

DIE CHIRURGENSCHULE INNSBRUCK

PROF. DR. RAIMUND MARGREITER



DIE
CHIRURGENSCHULE
I N N S B R U C K

PROF. DR. RAIMUND MARGREITER

I M P R E S S U M

1. Auflage

Text: Prof. Dr. Raimund Margreiter und seine ehemaligen Mitarbeiter

Satz, Layout, Lektorat, Druck: Sterndruck GmbH, Fügen

Satz- & Druckfehler vorbehalten. Trotz sorgfältiger Recherche wird keine Gewähr für die Richtigkeit des Inhalts übernommen.
Obwohl in diesem Buch auf die geschlechtsspezifisch korrekte Anrede zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet wurde,
wollen wir natürlich nicht nur die Leser, sondern auch alle Leserinnen ansprechen.

INHALTSVERZEICHNIS

01	Vorwort	S. SCHNEEBERGER	S. 05
02	Einleitung	R. MARGREITER	S. 11
03	Barmherzige Brüder Salzburg	H. WEISS	S. 15
04	Ordensklinikum Linz	M. BIEBL	S. 27
05	Hipfl Lorenz	H. ANTRETTER	S. 31
06	Barmherzige Schwestern Wien	A. KLAUS	S. 37
07	Universitätsklinik Graz	R. SUCHER	S. 45
08	Meixner Hans	R. MARGREITER	S. 51
09	Barmherzige Brüder Graz	F. AIGNER	S. 55
10	Kelz Theo	R. MARGREITER	S. 65
11	BZK Kufstein	J. WIEGELE	S. 73
12	Landeskrankenhaus Hall	E. STEINER	S. 77
13	Bozen, Bad Neustadt, Meran	H. PERNTHALER	S. 81
14	BZK St. Vinzenz Zams	P. SANDBICHLER	S. 89
15	BZK Kufstein	B. SPECHTENHAUSER	S. 93
16	Universitätsklinik Tübingen	A. KÖNIGSRÄINER	S. 99
17	BZK Kitzbühel, BZK St. Johann	H. NEHODA	S. 115
18	Kaiserslautern, Stuttgart, Leonberg	W. STEURER	S. 119
19	Univ.-Kliniken Salzburg & Innsbruck	D. ÖFNER-VELANO	S. 127
20	Krankenhaus Dornbirn	M. ZITT	S. 133
21	Landeskrankenhaus Hall	W. MARK	S. 143
22	Landesspital Liechtenstein	W. TABARELLI	S. 151
23	Univ.-Klinik Innsbruck	S. SCHNEEBERGER	S. 157
24	Univ.-Klinik Innsbruck	G. BRANDACHER	S. 167
25	Meran	A. PERATHONER	S. 185
26	Schlussworte	R. MARGREITER	S. 191

01

VORWORT

VORWORT

Univ. Prof. Dr. Stefan Schneeberger MBA

Es ist wohl fair zu sagen, dass Raimund Margreiter der bedeutsamste lebende österreichische Chirurg ist. Das sollte als Statement ja schon Gewicht haben. Und dennoch wird es dem Schaffen der Lichtfigur Margreiter und vor allem dem Menschen Raimund nicht gerecht. Eine Person ist immer mehr als die Summe und die Auflistung der beruflichen Erfolge. Die Beurteilung der Wertigkeit einer Leistung kann vor allem auch durch die kollektive Leistung der „Schüler“ und die Nachhaltigkeit der Errungenschaften über das direkte Wirken von Raimund Margreiter hinaus erfolgen. Das bedeutet also, dass es eigentlich zu früh ist, die Größenordnung der Leistung einstufen zu können, weil das Wirken der Schüler und der „Schüler der Schüler“ etc. – also der Personen, die hier zitiert sind – noch nicht in vollem Umfang bekannt ist. An dieser Stelle wird es naturgemäß etwas abstrakt, weil sich ja auch Einflussfaktoren zu vermischen beginnen und der direkte und ausschließliche Zusammenhang mit dem Einfluss des Autors nicht genau trennen lässt. Und dennoch wird in dem Wirken der nachfolgenden Generation(en) eine Gangart ersichtlich, also eine chirurgische Philosophie in der Art der chirurgischen Technik, in der strukturierten und klaren medizinischen Herangehensweise, in der Entschlossenheit, Entscheidungen zu treffen, und auch in der Aufopferungsbereitschaft für den Beruf, die Chirurgie und die PatientInnen.

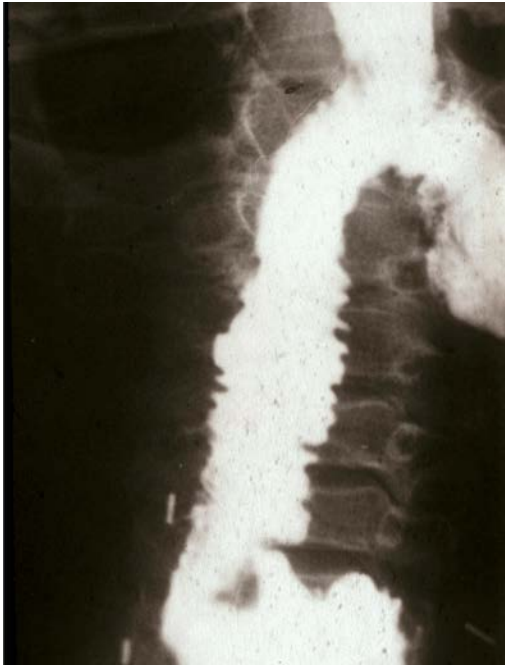
Der Autodidakt Margreiter hat mit verhältnismäßig wenigen bzw. kurzen Lernaufenthalten im Ausland (zweimal eine Woche bei Roy Calne in Cambridge, eine Woche bei CD Haagensen, Columbia University, New York, sechs Wochen mit Christoph Huber bei Don Thomas im Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle und einen Vormittag bei Paul Sugarbaker, Washington) eine neue chirurgische Landschaft in Österreich etabliert. Nach heutigen Kriterien scheint das schwer vorstellbar, aber gleichzeitig passt das schon zur Persönlichkeitsstruktur und der Denkweise

Margreiters. Die technische Realisierung einer Operation ist dann einfach, wenn die Prinzipien verstanden wurden. Ausgereifte Künstler müssen keinen Malkurs belegen, sich aber die Inspiration für ihre Werke holen. So in etwa ist dieser Lebenslauf möglicherweise zu verstehen. Wenn also die Prinzipien in der Chirurgie verstanden wurden, sind viele Anwendungen nur Abhandlungen der bereits existierenden Technik, aber ausgelegt für neue Erkrankungen.

Insgesamt wurden 40 Operationen in Innsbruck erstmals von Raimund

Margreiter durchgeführt. Dazu zählen die Resektion des obersten Speiseröhrendrittels und Ersatz durch eine Dünndarmschlinge, Speiseröhren Ersatz durch subkutanen Dickdarm bei einem Herzempfänger.

Autotransplantierter Dünndarm

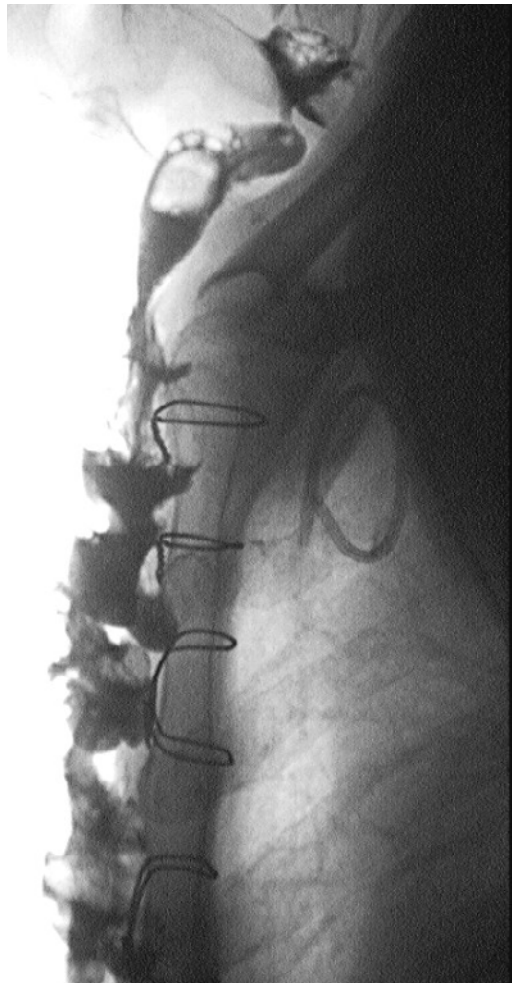


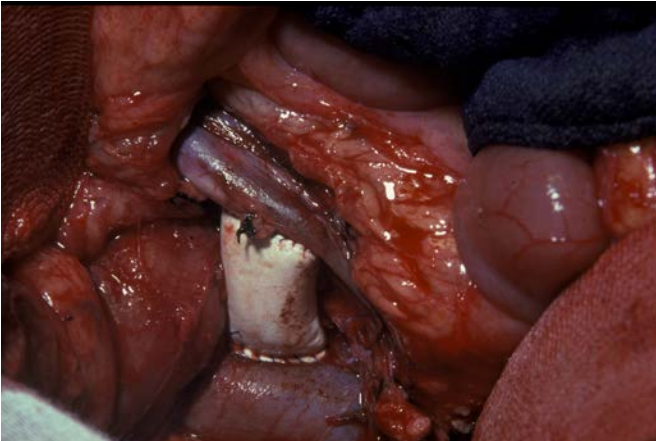
Speiseröhrenersatz nach HTX



Weiters die „modifiziert radikale Mastektomie“ nach Patey sowie die erste Tumorektomie oder partielle Mastektomie. Bei Patienten mit portaler Hypertension wurden von ihm praktisch alle Shunt-Formen inklusive dem meso-atrialen Shunt und die verschiedensten lokal blutstillenden Eingriffe bei sonst nicht beherrschbaren Ösophagusvarizen-Blutungen gemacht. An der Leber führte er sämtliche Resektionen aus, auch Operationen mit simultanem Ersatz der Hohlvene oder eine rechtsseitige Trisegmentektomie mit Resektion des Pankreaskopfes wie auch die Pankreaskopfresektion mit Arterie und/oder Vene.

Seitliches Röntgen





Mesenterico-caval Shunt

Die Peritonektomie mit anschließender intraabdomineller Chemotherapie gehört ebenfalls zu den lokalen Primizen.

Diese Entwicklungen waren bemerkenswert und in Bezug auf die Innsbrucker Chirurgische Schule entscheidende Meilensteine für den Anschluss an die internationale Spitze. Für sehr viel größere Aufmerksamkeit haben aber die Pionierleistungen in der Transplantation gesorgt. Weltweit erstmals führte Raimund Margreiter eine kombinierte Leber- und Nierentransplantation, mit Internisten zusammen Leber- und Knochenmarkstransplantation sowie die erfolgreiche Transplantation von mehr als 3 Organen gleichzeitig durch. Er organisierte und orchestrierte weiters das Team und die immunologische Behandlung bei der ersten Doppel-Unterarm- und zweiten Doppelhandtransplantation. Innerhalb von Eurotransplant führte er erstmals eine Doppellungentransplantation, eine Darmtransplantation und eine sogenannte Cluster-Transplantation durch. Erstmals in Österreich erfolgte durch ihn eine Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantation, die erste erfolgreiche Lebertransplantation, die erste erfolg-

reiche Herz-Lungen-Transplantation, eine auxiliäre Leber-Teiltransplantation sowie in Kooperation mit dem Klinikum San Raffaele, einem Zentrum bei Mailand, unsere erste Inselzelltransplantation. Seine Vision, jedes temporäre sowie permanente Organversagen in einer klinischen Abteilung therapieren zu können, ist in Erfüllung gegangen.

Dann wären da noch die Gründung des D. Swarovski Forschungslabors und des Tiroler Krebsforschungsinstitutes (TKFI) zusammen mit H. Kuprian und A. Braun zu erwähnen sowie die Ausrichtung zahlreicher nationaler und internationaler Kongresse inklusive des größten Kongresses in der Transplantation, der 2004 erstmals im deutschsprachigen Raum in Wien stattfand. Er war Präsident der European Society for Organ Transplantation (ESOT) und der European Surgical Association (ESA). Allesamt Ausdruck einer internationalen Reichweite und Präsenz. Was wiederum nicht im Lebenslauf steht, ist der Respekt und die Anerkennung der internationalen Community über diese Positionen hinaus. Ein regelmäßiges und durchaus ehrlich erfreutes „Hey Raymond“ war ein steter „Soundbite“, wann immer ich Raimund bei einem Kongress begleiten konnte. Also der Respekt und die Freude der Person und dem Menschen, nicht nur die Huldigung und Anerkennung der Leistung gegenüber sind der Fußabdruck, den Raimund in der Szene hinterlässt.

Seine Errungenschaften wurden mit einer Reihe von Auszeichnungen gewürdigt. Nur einige ganz besondere sollen hier erwähnt werden. Im Jahr 2017 hat Eurotransplant, die erste und größte Organisation für den überregionalen

Organaustausch, in Anwesenheit des holländischen Königs sein 50-jähriges Jubiläum gefeiert. Die einzige Auszeichnung an einen Mediziner hat man Prof. Margreiter zugedacht. Er ist Ehrenmitglied der Österreichischen, der Schweizer und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Das Land Tirol hat ihn mit dem Ehrenzeichen des Landes, dem Tiroler Landespreis für Wissenschaften und dem Sportehrenzeichen des Landes Tirol gewürdigt. Von den weiteren zahlreichen Ehrenmitgliedschaften sei hier nur die der European Society of Organ Transplantation erwähnt. Dazu kommen noch Dutzende weitere Auszeichnungen.

Doch die wichtigsten und nachhaltigsten Beiträge zur Chirurgie sind nicht in diesen Zahlen und Auflistungen zu finden. Sowie die wichtigsten Werte einer Person nicht in dem zu finden sind, was sie selbst vollbringen, sondern in den Ergebnissen derer, die sie erschaffen. Auf diese Weise multipliziert sich die Leistung und das Wirken und die Pionierleistung setzen sich fort und werden zur neuen Normalität. Wenn aus einer Klinik ein einziger Mitarbeiter eine Bewerbung für ein Ordinariat oder ein Primariat für sich entscheidet, ist das eine große Errungenschaft. Am Beispiel Margreiter ist es aber nicht ein Primariat gewesen, sondern es waren 15 und es war auch nicht nur ein Ordinariat, sondern es waren sechs (davon hat Prof. Öfner-Velano zweimal ein Ordinariat besetzt, s. u.).

Und in diesem Zusammenhang ist eine Sache doch sehr bemerkenswert und überstrahlt alle bisherigen Zahlen und Fakten. In dem von Raimund Margreiter verfassten Buch über die Geschichte

der Innsbrucker Chirurgie lässt sich sehr gut ablesen, dass die chirurgische Landschaft im Österreich des 18., 19. und 20. Jahrhunderts sehr wesentlich von der Wiener Chirurgischen Schule mitbestimmt und abschnittsweise dominiert wurde. Wenn wir heute einen Blick auf die chirurgische Landschaft in Österreich werfen, wird klar, dass diese Regel innerhalb nur einer Generation und unter der Leitung nur eines Chirurgen faktisch umgedreht wurde. Die Zahl der Besetzungen und Berufungen von Ordinariaten und Primariaten durch Schüler von Raimund Margreiter ist die wohl eindrucksvollste Demonstration der Reichweite des chirurgischen Ausnahmekonners.

Die Laudationen sollen aber nicht hinwegtäuschen über die Anforderungen und die Erwartungshaltung, die Prof. Margreiter auf sein berufliches Umfeld angewandt hat. Viele sind durch ein „Break or Take“ gegangen und die Personen, die in diesem Buch genannt sind, haben den Herausforderungen standgehalten. Andere haben das nicht. Mittlerweile sind zum Durchhaltevermögen und dem Maß an Anpassungs- und Leidensfähigkeit auch andere Kriterien und Qualitäten dazugekommen, die über Erfolg und Karriere entscheiden. Der natürliche Wandel suggeriert, dass eine herausragende Persönlichkeit mit einer Zeit und einer Ära verbunden ist. Also jeder Zeit seinen Geist, in diesem Fall personifiziert durch Raimund Margreiter.

Bei all der Euphorie und der Leidenschaft für das Geschriebene und das Erbrachte bleiben noch einige Hoffnungen für die Zukunft der Chirurgie in Österreich zu nennen: Ich hoffe, dass

zukünftige Listen und Gremien durch eine Diversität im Geschlecht und in der Persönlichkeitsstruktur geprägt sein werden. Wenn es nicht gelingt, eine Förderung und Gleichstellung zu erreichen, die darin resultiert, dass das Leistungsspektrum unabhängiger von Geschlecht und Hautfarbe wird, wird der Ausgleich wohl in Gremien erzwungen werden, die Leistung als nur eines der Kriterien für die Auswahl heranziehen. Das Führungsverhalten in der Medizin im Allgemeinen und in der Chirurgie im Speziellen ist wenig fortschrittlich im Vergleich zu anderen Disziplinen. Eine Leistungssteigerung und ein Schritthalten mit der internationalen Spitze benötigt daher ein Um- und Weiterdenken. Das Loslösen von alten Konventionen und teamorientierte Organisationsstrukturen und Wertesysteme sind nötig, um den Nährboden für Wachstum und Weiterentwicklung zu schaffen. Das öffentliche Gesundheitssystem ist in einer Krise und einem Umbruch gefangen, der in dieser

Form und in diesem Ausmaß gefährdend für die Aufrechterhaltung der Krankenversorgung in Österreich ist. Da akademische Chirurgie und Patientenversorgung nicht getrennt werden können und sollen, tritt mit der Verknappung der Ressourcen und der Einschränkung in der Versorgung auch ein Sterben der Wissenschaft und des Fortschritts in der Chirurgie ein. Die Entschlossenheit der politischen Entscheidungsträger ist notwendig, um einen Verfall der Chirurgie zu verhindern. Ansonsten laufen wir Gefahr, dass wir uns zwar stolz gegenseitig auf die Schultern klopfen können für die Leistung und den Stellenwert und die Errungenschaften in der österreichischen Chirurgie der letzten Jahrzehnte, aber dass dabei unsere Schultern bald Polster benötigen, um die schwindende Muskelmasse zu kaschieren, und dass es Staub aufwirbelt beim Klopfen, weil die letzten Fortschritte dann schon zu lange zurückliegen.

Ordinari

A. Königsrainer, D. Öfner-Velano (2x),
R. Sucher, S. Schneeberger, G. Brandacher

Primarii (Landeskrankenhaus)

E. Steiner, W. Steurer (3x), A. Klaus, H. Weiss,
H. Pernthaler (3x), F. Aigner, W. Mark,
M. Biebl, A. Perathoner

Primarii (Bezirkskrankenhaus)

J. Wiegele, B. Spechtenhauser,
P. Sandbichler, H. Nehoda, M. Zitt,
W. Tabarelli

02

EINLEITUNG

WAS WAR DER PLAN?

em. Prof. Dr. Dr. h.c. R. Margreiter

Für mich ist die Chirurgie der schönste aller Berufe, vorausgesetzt es gelingt, die Komplikationsrate niedrig zu halten. Ganz verhindern wird sie auch der beste Chirurg nicht können. Aber auch die Art, wie ein Chirurg mit Komplikationen umgeht, lässt auf seine Qualifikation schließen. Mehrere Faktoren, vor allem aber das Arbeitszeitgesetz sowie eine Reihe von Entwicklungen der letzten Jahre haben die Einstellung zum Arztberuf, aber auch die Einsatzbereitschaft nicht gerade positiv beeinflusst. Da Mediziner, die ihre Ausbildung an einer großen Abteilung erfahren, meist selbst die Leitung einer eigenen Abteilung anstreben, erwächst dem Chefarzt die Verpflichtung, seine Mitarbeiter nicht nur in Diagnostik und Therapie chirurgischer Erkrankungen und an Universitätskliniken vor allem in der Methodik klinischer Forschung auszubilden, sondern sie auch auf ihrem Berufsweg als Mentor beratend zu begleiten.

Trotz dieser nicht gerade positiven Entwicklung haben viele meiner Schüler ihre Einsatzbereitschaft in Verbindung mit entsprechendem Wissen und Können nicht verloren und wurden mit der Leitung verschieden großer Abteilungen belohnt. Als besonders erfreulich muss gewertet werden, dass nicht nur Landes-, Bezirks- und einige der größten Stadtkrankenhäuser in Österreich, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Südtirol und Liechtenstein, sondern auch mehrere Universitätskliniken für Chirurgie wie die in Innsbruck, Salzburg, Graz und mit Tübingen erstmals seit dem Zweiten Weltkrieg eine Deutsche Universitätsklinik für Chirurgie mit ehemaligen Mitarbeitern besetzt wurden. All diese Abteilungsvorstände – nur das männliche Geschlecht war vertreten – wurden von mir gefragt, ob sie mich als ihren Lehrer betrachten.

Obwohl man mir immer wieder eine etwas raue Art nachgesagt hat, verband mich dennoch ein gutes Verhältnis mit praktisch allen ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern. Und so entstand der Plan, mich vor Ort über deren Aktivitäten zu informieren. Bereits 2021 war der Besuch aller Ordinarien und Primarii geplant, musste jedoch wegen der Corona-Pandemie verschoben werden. Da seither vier der größten Abteilungen bzw. Kliniken Österreichs neu besetzt worden waren, musste ich den ursprünglichen Plan ändern und habe das nicht ungern getan. So wurden Krankenanstalten, für deren Besuch von Innsbruck aus mindestens zwei Tage notwendig gewesen wären, im Sinne einer Mehretappen-Rundfahrt konsekutiv besucht. Dieses Vorgehen hatte noch den Vorteil, dass man auch den Abend gemeinsam verbringen und sich austauschen konnte.

te. Folgende Reihenfolge erschien mir am sinnvollsten: Barmherzige Brüder Salzburg (Helmuth Weiss), Ordensklinikum Linz (Matthias Biebl), Barmherzige Schwestern Wien (Alexander Klaus), Universitätsklinik Graz (Robert Sucher) sowie Barmherzige Brüder Graz (Felix Aigner).

Die Geographie dieser Reise ermöglichte mir ohne größeren Mehraufwand, drei ganz besondere Patienten zu besuchen und damit ein altes Versprechen einzulösen. Einmal war es Lorenz Hipfl in Paudorf, einem kleinen Ort in der Nähe von Krems, dem am 5. Februar 1984 ein zweites Herz in heterotoper Position eingepflanzt worden war und der damit der am längsten mit einem fremden Herzen lebende Österreicher ist. 1998 musste ihm dann noch das eigene Herz ersetzt werden. Dann war es Johann Meixner, der weltweit erste Empfänger von Niere und Leber, der in Söding bei Graz lebt. Zuletzt noch Theo Kelz in Feldkirchen, von wo es dann nach Hause gehen sollte. Auf dieser sogenannten Österreich-Rundfahrt hatte ich somit fünf der größten Chirurgischen Abteilungen besucht, deren Leiter zumindest einen wesentlichen Teil ihrer Ausbildung bei mir absolviert hatten.

Als wir 1974 planmäßig unser Transplantationsprogramm starteten, war ich auf die freiwillige und unbezahlte Mitarbeit von Ekkehard Steiner, Martin Spielberger und Franz Aigner angewiesen, braucht es doch für diese Form der Chirurgie vor allem in Gefäß- und Viszeralchirurgie solide ausgebildete und möglichst komplikationsarm agierende Mitarbeiter. Schon die erste Assistentenstelle, die mir zusammen mit

der Professur 1984 von Minister Fischer vermittelt wurde, gehörte offiziell der Transplantationschirurgie, wurde aber zur Ausbildung anderen chirurgischen Stationen oder Gruppen der Klinik zugeteilt. Dort hatte auch ich die Möglichkeit, mich um diese „Neulinge“ zu kümmern. Neben dem Schwerpunkt Transplantation hatten meine Mitarbeiter auch auf dem Gebiet der Allgemeinchirurgie somit einiges zu bieten. Obwohl ich einem Lehrstuhl für Transplantationschirurgie vorstand, haben wir praktisch die gesamte Viszeralchirurgie, wie bereits im Vorwort erwähnt, abgedeckt. Allerdings lag das operative Schwergewicht neben der Transplantation eindeutig im hepato-biliären Bereich und der Mamma.

Alfred Königsrainer, der von 1981 bis 2004 – abgesehen vom Jahr 1995 – in die Transplantation integriert und ab 1990 mein Vertreter war, erhielt 2004 den ehrenvollen Ruf nach Tübingen, wo ich ihn schon besucht und mich von der hohen Qualität seiner Arbeit überzeugt hatte. Mit ihm nach Deutschland gezogen ist auch Wolfgang Steurer, der sich noch vor seinem Exodus in Innsbruck habilitieren konnte. 2009 übernahm er die Chirurgie in Kaiserslautern, 2012 das Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart und 2018 wechselte er nach Leonberg. Bei seiner vielfach gelobten Antrittsvorlesung in Kaiserslautern hatte ich das Vergnügen, dabei zu sein.

Folgende Abteilungen galt es dann noch im Sinne von Tagesausflügen zu besuchen: Kufstein (Julius Wiegele, Bernhard Spechtenhauser), Hall (Ekkehard Steiner, Walter Mark), Zams (Peter Sandbichler), Bozen (Heinrich Pernthaler), Meran (Heinrich Pernthaler, Alexander

Perathoner), Vaduz (Walter Tabarelli), Dornbirn (Mathias Zitt), Universitätsklinikum Salzburg und letztlich die Klinik Innsbruck (Dietmar Öfner-Velano und Stefan Schneeberger).

In diesem Zusammenhang sollte doch nicht unerwähnt bleiben, dass Stefan Schneeberger 2022 einen Ruf nach Wien erhalten, diesen aber wegen fehlenden Zuganges zur Transplantation, seinem Lieblingsgebiet, abgelehnt hat. Mit seiner Berufung an den Lehrstuhl in Innsbruck sprach eine Tiroler Zeitung erstmals von einer „Margreiter Schule“.

Auf eine eindrucksvolle Karriere kann Gerald Brandacher zurückblicken. Der Tiroler hat schon während des Studiums erfolgreich bei uns geforscht und ist nach der Habilitation zuerst nach Pittsburgh und dann nach Baltimore, wo er hauptsächlich in der Forschung tätig war. Am 1. September 2023 ist er dem Ruf nach Innsbruck gefolgt und ist jetzt als § 98 Professor für die Organisation und Koordination der Forschung an der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie verantwortlich.

Insgesamt waren/sind es also 25 Chirurgische Abteilungen, sechs davon Universitätskliniken, neun Landeskrankenhäuser und sechs Bezirkskrankenhäuser, die von ehemaligen Schülern geführt werden beziehungsweise worden sind.

Die Glosse in der „TT“ zur Berufung von Stefan Schneeberger hat mich veranlasst, meine ehemaligen Mitarbeiter zu bitten, ihre Ausbildung bei mir und ihren weiteren Werdegang zu Papier zu bringen. Und so ist dieses Buch entstanden.

Kopf des Tages

Mit Herz und Leber bei der Sache

Stefan Schneeberger
(neuer Direktor der Chirurgie)

Um an die Spitze zu kommen, braucht man Ehrgeiz. Und den, heißt es, bringt Stefan Schneeberger mit. Seit 1. Februar ist der 49-Jährige der neue Chef der Innsbrucker Chirurgie. Der Zillertaler startet auf hohem Niveau. Der ehemalige Leiter der Transplantationschirurgie wird nicht nur intern von Kollegen geschätzt, sondern genießt auch international einen guten Ruf.

Unter der Leitung des Tirolers wurde etwa die Entwicklung der Maschinenperfusion vorangetrieben. Innsbruck war 2018 eines der ersten Zentren weltweit, die die Konservierung von Spenderlebern außerhalb des Körpers möglich machten. Heute befindet man sich bei Lebertransplantationen laut Schneeberger „auf Weltmeisterniveau“. Im Vordergrund steht für den Chirurgen und Forscher, der in seiner Jugend vor dem Medizinstudium das Schlosserhandwerk lernte, aber nicht die Maschine, sondern der Mensch. „Nicht alles, was möglich ist, muss auch zwangsläufig sinnvoll sein“, lautet die Devise des neuen Klinikdirektors.

Zeit für die Familie soll trotz der neuen Herausforderung nicht zu kurz kommen. Der gebürtige Zeller ist verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von sechs und zehn Jahren. Privat zieht es den begeisterten Bergsportler und Fahrradfahrer in die Natur. Gelernt hat der Unterländer während seines Medizinstudiums in Innsbruck im Forschungslabor von seinem Vorbild, dem Transplantations-Pionier Raimund Margreiter – ebenfalls ein Zillertaler. Nach der „Margreiter Schule“ und einigen Jahren in den USA, u. a. in Pittsburgh und Baltimore, kehrte der Tiroler 2010 in seine Heimat zurück. Nun freut sich der ambitionierte Arzt auf neue Aufgaben zwischen OP-Saal, Labor und Büro. Mit seinem Team will er weitere Fortschritte erzielen. Der nächste Quantensprung könnte eine Organbank in Innsbruck sein. Am Ziel, sagt Schneeberger, sei er nämlich noch lange nicht. (nic)

Lesen Sie
dazu mehr
auf Seite 5





BEGINN DER
ÖSTERREICH-RUNDFAHRT

PRIM. PROF. H.C. UNIV. DOZ. DR.
HELMUT WEISS

R. Margreiter

Nach exakter Vorbereitung, vor allem Buchung krankenhaushnaher Zimmer, sodass wir vor Ort das Auto kaum mehr benützen mussten, begann die Reise am 17. Mai 2023.

Nach problemloser Fahrt – gefahren ist die gesamte Strecke meine Frau, da ich wegen meiner Parkinson-bedingten Polyneuropathie und der Bewegungseinschränkung im rechten Knie durch eine suboptimal funktionierende Prothese nur mehr kurze Strecken fahren kann – und Einchecken im Hotel, waren es nur mehr wenige Minuten zu Fuß bis zum Krankenhaus. Wie vereinbart wurden wir von Helmut Weiss um 16 Uhr beim Portier des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Salzburg empfangen.

Er führte uns durch seine Abteilung in ein Besprechungszimmer, wo wir von seinen Mitarbeitern sowie dem Leiter der Anästhesie und Intensivpflege Dozent Peter Paal und Prof. Gottfried Wechselberger, Chef der

Plastischen Chirurgie im Haus, und seiner Oberärztin Frau Prof. Priv. Dozent Elisabeth Russe begrüßt wurden.

Empfang beim Eingang



Weiss mit ehemaligen Innsbrucker KollegInnen

Paal und Wechselberger kannte ich gut, hatten sie doch ihre Ausbildung in Innsbruck erfahren und sind dann noch einige Jahre geblieben.

Mit mehreren Mitgliedern der Familie von Frau Russe bin ich persönlich befreundet.

Prim. Prof. h.c. Univ.-Dozent Dr. Helmut Weiss hat von 1984 bis 1990 in Innsbruck studiert und ist schon ab 1987 als Mitglied des studentischen Transplantationsdienstes – weil stets zu wenig Assistenten waren, wurde mit Studenten ein Dienst eingerichtet, der uns eine immer kompetenter werdende Assistenz und den Studenten ein Taschengeld brachte – in Kontakt mit diesem spannenden Gebiet gekommen.

Unter anderem hatte er zahlreiche Auslandsaufenthalte in Rochester (MAYO-Klinik), Strasbourg (Laparoskopisches Trainingszentrum), Mailand (AIMS Academy), Cincinnati (MIC Trainingszent-

rum), Irvine und Seoul absolviert.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder verfügt über 49 vollstationäre, 6 tagesklinische und 4 Intensivpflege-Betten. Insgesamt stehen 6 Fachärzte und 7 Assistenzärzte zur Verfügung.

Moderne Viszeralchirurgie unter Berücksichtigung minimalinvasiver Operationstechniken bildet den Schwerpunkt der Abteilung. So hat er über die weltweit größte Fallzahl an Single-Port-Eingriffen berichtet.

Neben 122 Originalarbeiten verfügt er noch über eine Reihe weiterer Publikationen.



Vorstellung des Programms

ANEKDOTEN UND GEDANKEN EINES CHIRURGISCHEN SCHÜLERS

Helmut Weiss

Es begann 1987 mit einem visionären Gespräch zweier hochmotivierter Studienkollegen in einem Innsbrucker Kaffeehaus. Mein Gesprächspartner war Ewald Wöll, der spätere Abteilungsleiter der Inneren Medizin am KH Zams/Tirol und international renommierter Onkologe. Bereits nach Absolvierung des ersten Studienabschnitts hatte ich die Möglichkeit, wissenschaftlich am Institut für Physiologie in Innsbruck in der Arbeitsgruppe von Univ.-Prof. Dr. Florian Lang – ab 1992 Direktor des Physiologischen Institutes an der Universität Tübingen – mitzuarbeiten. Infiziert von unbändigem Forschergeist beschäftigte ich mich neben dem Studium jeden Tag – auch an Sonn- und Feiertagen – mit technisch aufwendigen elektrophysiologischen Studien wie Membranpotenzialmessungen und Patch Clamp zur Untersuchung von Eigenschaften und Regulation von Ionenkanälen sowie Transportern der Zellmembran.

Allerdings konnte mein privates Umfeld meinen frühakademischen Stolz nicht teilen. Einerseits weil zumindest für die Großeltern das Berufsbild des Physiologen als nicht deckungsgleich mit dem Bild eines heilenden Arztes verstanden wurde und andererseits mein beruflicher Traum seit jeher auf eine chirurgische Tätigkeit ausgerichtet war. Also machte ich mich – für einen Studenten unüblich – adrett mit Krawatte und Sakko gekleidet, auf den Weg zu sämtlichen Abteilungen der Universitätsklinik Innsbruck mit chirurgischem Behandlungsprofil, um mich eventuell für eine Dissertationsstelle (natürlich ohne Bezahlung) zur Verbesserung meiner Qualifikationen zu bewerben. Nach Vorsprache in allen (!) Chefsekreta-

riaten und genauso vielen frustrierenden Absagen – „zu jung, kein laufendes Projekt, alles besetzt“ – fand ich mich zwar ohne erhoffte chirurgische Perspektive ziemlich enttäuscht, aber durchaus bereit, für meine chirurgische Zukunft zu kämpfen, im Parterre des Chirurgie-Gebäudes wieder. In dieser Situation fiel mir ein Schild ins Auge: „Prof. Dr. Raimund Margreiter, Transplantationschirurgie, 1. Stock“. Nach kurzer telefonischer Voranmeldung klopfte ich an. In einem viel zu kleinen Büro traf ich Prof. Margreiter in seinem OP-Gewand am vollgepackten Schreibtisch. Die Gunst der Stunde ermöglichte mir eine kurze Darstellung meines Anliegens und knappe Schilderung meiner aktuellen wissenschaftlichen Zusatztätigkeit. Seine Entscheidung sollte mein weiteres Leben prägen: „Sie bleiben jetzt während des Studiums auf der Physiologie, weil die Chirurgie braucht auch gebildete Leute. Zudem bekommen Sie ab sofort einen Pager (zu dieser Zeit gab es noch keine Smartphones) und sind als Mitglied des Studententeams direkt bei den Transplantationen dabei!“

Bis zur Promotion 1990 war ich als Studienassistent/Demonstrator am Institut für Physiologie tagsüber beschäftigt und nachts und feiertags an der Transplantationschirurgie als OP-Assistent im Einsatz. Die an mich gestellte Bedingung, das Studium in Mindestzeit zu absolvieren, wurde dennoch erfüllt. Dieses Engagement ermöglichte mir während des Medizinstudiums eine klinische Ausbildung (für ausgewählte internationale Studenten) an der Mayo-Clinic in Rochester/USA. Meine postpromotionelle Anstellung trat ich als Assistent am Institut für Physiologie unmittelbar nach

dem Studium (bei einer damals üblichen Turnus-Wartezeit von bis zu sieben Jahren) an. In dieser Zeit konnte ich an insgesamt neun wissenschaftlichen Originalarbeiten (zwei als Erstautor) mitwirken und erste nationale und internationale Vorträge halten. Noch entscheidender für meine spätere berufliche Leistungsfähigkeit waren allerdings die ungezählten nächtlichen Operationsstunden bei Organtransplantationen, in denen ich die Technik der modernen Chirurgie in ihrer gesamten Breite schon in jungen Jahren miterleben und lernen konnte.

Als weiteren Bonus erhielten die OP-Studenten in Abhängigkeit von der Dauer des Eingriffes einen Scheck über 300 bzw. 400 Schilling vom Verein zur Förderung der Transplantationschirurgie. Mein erster chirurgisch verdienter Scheck hängt heute noch eingerahmt und unterschrieben, allerdings mit vergilbter Schrift, in meinem Büro und wurde aus sentimental Gründen nie eingelöst.

Irgendwann spätnachts beim Waschen für die nächste Operation wurden mir von Prof. Margreiter mit einem verschmitzten Lächeln die neuesten chirurgischen Erfolge mit einer sehr wohl gerechtfertigten Selbstanerkennung erklärt, mit dem Zusatz: „Sehen Sie, das, was ich erreicht habe, das werden Sie nie erreichen!“ Obwohl ich sofort erwiderte: „Da sollten wir die nächsten 30 Jahre noch abwarten“, ist bereits jetzt klar, dass er recht behalten wird. Prof. Margreiter meinte, er könne sich beim besten Willen nicht an dieses Gespräch erinnern. Zudem sei Angeberei nicht seine Sache.

Im Jahr 1991 wechselte ich als Ausbildungsassistent an die I. Chirurgie unter der Leitung von Prof. Franz Gschnitzer.

Nach einer gefäßchirurgischen Ausbildung unter Prof. Gerhard Flora und einer knapp zwei Jahre dauernden Ausbildung am Krankenhaus Kufstein unter Prim. Julius Wiegele konnte ich in Innsbruck die Facharztausbildung abschließen und wurde 1998 zum Oberarzt ernannt. Berufsbegleitend konnte ich zwischenzeitlich das European College of Transplantation in Oxford (England) und Leiden (Holland) und ebenso das Studium der Gesundheitswissenschaften und Krankenhausmanagement an der UMIT Hall mit Auszeichnung absolvieren. Im Jahr 2001 folgte die Habilitation im Fach Chirurgie als sehr junger Chirurg noch zu den damals verschärften Bedingungen des alten Hochschulgesetzes.

Minimalinvasive Chirurgie

Neben der Transplantationschirurgie, welche mich meine gesamte Zeit in Innsbruck begleitete, und der täglich praktizierten Viszeralchirurgie wurde ich von Prof. Franz Aigner mit dem Ziel unter die Fittiche genommen, mich mit der damals noch in den Kinderschuhen steckenden Minimalinvasiven Chirurgie (MIC) intensiver auseinanderzusetzen. Das chirurgische Dilemma, den Patienten mit dem üblichen Zugang verletzen zu müssen, bevor man die eigentliche chirurgische Leistung erbringen kann, wurde zwar seit der Einführung der Narkose und der Asepsis für den Patienten sicherer und erträglicher, aber lange Genesungsverläufe und schwere Wundkomplikationen waren vor der Ära der Minimalinvasiven Chirurgie allgegenwärtig. Der viszeralchirurgische Einstieg in diese Techniken war die Entfernung der Gallenblase. Die Verpflichtung, zuerst diesen Eingriff mehrmals in offener Technik durchführen zu müssen, bevor man sich an die mi-

nimalinvasive Methode wagt, hatte ich bereits am Krankenhaus Kufstein erfüllt. Heute wäre diese veraltete Vorgangsweise für junge Chirurgengenerationen undenkbar. 1996 hat Prof. Aigner das erste verstellbare Magenband laparoskopisch angelegt und damit die neue Ära der Übergewichtschirurgie eingeläutet. Ich hatte von Beginn an das Glück, sowohl bei den klinischen als auch grundlagenwissenschaftlichen Arbeiten im Rahmen dieses Programms dabei sein zu können und dementsprechend internationale Anerkennung zu ernten.

Die Operationstechniken entwickelten sich rasant weiter und so konnte ich schließlich nationale und internationale Pioniereingriffe zunächst im Bereich der metabolischen Chirurgie (die Bezeichnung Übergewichtschirurgie wurde nach Erkennen vieler operativ beeinflusster metabolischer Verbesserungen umbenannt) durchführen und auch publizieren. Zeitgleich haben wir uns auch mit der Robotik beschäftigt. Unter Einbeziehung neuester wissenschaftlicher Methoden wurden auch verschiedene nichtklinische Fragestellungen bei diesem Patientengut geklärt. Aus diesem Engagement resultierte mein Habilitationsthema und die Mitgestaltung bei der Entwicklung internationaler Behandlungsplattformen für Patienten mit krankhaftem Übergewicht (Deutschland, Japan). Darüber hinaus ermöglichte das minimalinvasive Operieren komplexer Situationen bei morbid adipösen Patienten ein ständiges Training technischer Fertigkeiten, welche auf viele Bereiche der viszeralchirurgischen Onkologie (zunächst am Kolon, danach am Magen und schließlich an allen Organen) wie auch bei der Nierenlebendspende umgesetzt werden konnten.

Die ersten fünf Jahre als Oberarzt an der Allgemein- und Transplantationschirurgie der MUI investierte ich klinisch und wissenschaftlich hauptsächlich in gastrointestinale Onkologie, chirurgische Intensivmedizin und in die Weiterentwicklung minimalinvasiver und endoskopischer Behandlungstechniken im oberen und unteren Verdauungstrakt. 2002 richteten wir ein zukunftsweisendes Trainingszentrum für Minimalinvasive Chirurgie ein, in dem modernste OP-Computersimulationen und Pelvitainer mit perfundierbaren Organen eingesetzt wurden sowie Operationstraining im Tiermodell möglich war. Das bis dahin in der chirurgischen Ausbildung praktizierte risikoreiche Lernen am Patienten wurde dadurch hinfällig. Neue Operationstechniken konnten von uns gefahrlos weiterentwickelt werden und schafften die Grundlage für heute standardisierte Methoden.

Der ehrenvollen Einladung von Prof. Alfred Königsrainer, an seiner Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Tübingen die Leitung der international bekannten Arbeitsgruppe für Minimalinvasive Chirurgie und Chirurgische Endoskopie zu übernehmen, bin ich gerne nachgekommen. Nach einer äußerst interessanten Zeit kehrte ich allerdings aus privaten Gründen und Gründen der Zukunftsausrichtung wieder an die MUI zurück und leitete die Arbeitsgruppen für Minimalinvasive Chirurgie, metabolische Chirurgie und stellvertretend die für hepatobiliäre Chirurgie und chirurgische Endoskopie.

In diesem fachlich ergiebigen Berufsabschnitt konnte ich mich, meine Mitarbei-

ter und meine Verantwortungsbereiche, jenseits einer Arbeitszeitregelung rund um die Uhr, ganz entscheidend weiterentwickeln.

Würde ich retrospektiv auf meine wichtigsten Leistungen an der MUI angesprochen werden, dann wäre für mich an erster Stelle die Einführung eines kollegialen Teamgedankens zu nennen, der es ermöglicht hat, junge Generationen für den schönen, aber belastungsintensiven Auftrag der Chirurgie zu motivieren, ohne dabei die eigene Energie an Konkurrenzkampf und Neid zu vergeuden.

Einige Mitarbeiter aus der Gruppe haben sich diese Eigenschaften mehr oder weniger erhalten können und in leitender Position wieder weitergegeben. Viele praktikable, aber auch teils skurrile Entwicklungen am Medizinprodukte-Sektor führten in dieser Zeit zu einem rasanten Wettlauf von technischen Möglichkeiten gegen die bestehende wissenschaftliche Evidenz.

Einerseits waren wir dem akademischen Beweis von nachweisbaren und bestätigten Vorteilen neuer Behandlungsmöglichkeiten verpflichtet, andererseits arbeiteten wir phasenweise ohne Daten aus prospektiv-randomisierten oder Langzeitstudien aus der Gewissheit der faktischen Überlegenheit mancher neuen Techniken. Selbstverständlich wurden alle innovativen Eingriffe sorgfältig dokumentiert und einer unabhängigen ethischen Kontrolle unterzogen.

Allerdings konnten die erforderlichen Daten erst Jahre später den Beweis liefern. Die unterschiedliche Akzeptanz und zum Teil beharrliches Ablehnen neuer Operationsverfahren führten aber bei den Chirurgen zu größer werdender Diskrepanz in den chirurgischen Fertigkeiten und damit auch zur fehlenden

Vergleichbarkeit der klinisch-wissenschaftlichen Datenqualität in Bezug auf das perioperative Outcome.

Systemische Therapieformen werden zum Beispiel hinsichtlich des krankheitsfreien Überlebens und Gesamtüberlebens evaluiert und die behandlungsbedingten Nebenwirkungen dargestellt.

Daraus ergeben sich wichtige bis bahnbrechende neue patientenindividualisierte Behandlungsoptionen. Leider verzerrten sich in den Jahren der Lernkurven für Minimalinvasive Chirurgie (etwa 1990 - 2010) viele wissenschaftliche Erkenntnisse durch den Bias der individuellen Chirurgenleistung, da sich eine Diversion der operativen Patientenversorgung zwischen Chirurgen mit traditionell offenem Operationszugang und jenen mit modernerem minimalinvasivem Zugang gebildet hat und sich das Outcome nicht nur nach der eigentlichen Behandlungsmaßnahme, sondern auch nach dem Zugangstrauma (und letztlich dem ausführenden Chirurgen und seiner Geschicklichkeit) ergeben hat.

In dieser klinischen Umbruchszeit übernahm ich 2008 die Primararztstelle an der Abteilung für Chirurgie und die stellvertretende ärztliche Leitung am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg. Gemeinsam mit den Abteilungen für Innere Medizin, Gynäkologie, Urologie, Plastische Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, flankiert von den Abteilungen für Radiologie, Nuklearmedizin sowie Anästhesie und Intensivmedizin, ist eine vollstationäre, kurzzeitstationäre und tagesklinische Patientenversorgung mit gesamt 233 Betten möglich.

Beginnend mit 79 systematisierten chirurgischen Betten konnte in den vergangenen 15 Jahren eine Steigerung der Patienten- und Operationszahlen trotz Reduktion der Bettenanzahl auf 49/6 (vollstationär/tageschirurgisch) erzielt werden. Zwei Operationssäle, ein interdisziplinärer Eingriffsraum, vier zusätzliche Intensivbetten sowie eine Endoskopie-Einheit mit gastrointestinalem Funktionslabor und ein OP-Roboter ergänzen das moderne Equipment der Abteilung. Die Patientenversorgung wird vollelektronisch (papierlos) dokumentiert und das gesamte Haus ist für pCC/KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen – 3. Rezertifizierung) und EMAS (Eco-Management and Audit Scheme – 2. Rezertifizierung) zertifiziert.

Im Rahmen der Trägerschaft der Barmherzigen Brüder werden qualitätssichernde Prozesse dem Leitbild des Hauses (Hospitalität, Respekt, Verantwortung und Spiritualität) entsprechend stark unterstützt und effizient umgesetzt.

Gemeinsam mit sechs bis sieben Fach-Oberärzten, drei bis fünf Assistenzärzten und wenigen Ärzten in der Basisausbildung war es uns in diesen Jahren möglich, 30 wissenschaftliche Originalarbeiten, zwei Übersichtsarbeiten und zwei Fallberichte zu veröffentlichen. Von diesem Team wurden zudem eine Habilitation, drei PhD-Studien und zwei Diplomarbeiten erarbeitet.

Durch die Anwendung neuer Operationsverfahren konnten mehr als 250 nationale und internationale klinische Hospitationen an der Abteilung erfolgreich abgehalten und vier klinische Fellowships für Minimalinvasive Chirurgie vergeben werden. Für den Nachwuchs

wurden Trainingsprogramme im Rahmen von Studentenpraktika oder Ausbildungseinheiten im Klinisch-Praktischen Jahr eingerichtet. Patientendaten werden zur Qualitätssicherung in internationale Register (IFSO, zeitlich limitiert in ECSPECT, ALPPS, EUROCRINE, TaTME, Herniamed, E-MIPS) eingepflegt.

Zusätzlich wurden ein Interdisziplinäres Tumorboard, Schilddrüsen/Nebenschilddrüsen-Board, Leber-Pankreas-Darm-CED-Board und Interdisziplinäres Adipositas-Board etabliert und Teilbereiche nach DGAV (Qualitätssiegel/Kompetenzzentrum Hernien, Exzellenzzentrum für MIC) oder MKÖ (Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum) zertifiziert bzw. beantragt.

Das fachliche Spektrum der Abteilung überspannt die gesamte Viszeralchirurgie mit aktuell 2200 operativen Fällen mit jährlich 40–50 Leber-, 20–35 Pankreas-, 150–200 Kolorektal- und 50–75 Eingriffen gegen morbid Adipositas und die zahlenmäßig häufigsten Eingriffe wie Hernienreparationen, Cholezystektomien, Fundoplikationen, Appendektomien und natürlich auch Varizen sowie Port-a-Cath-Anlagen.

Wie alle chirurgischen Abteilungen sind wir dem wirtschaftlichen Druck zur Umsetzung einer Tageschirurgie unterworfen. Innerhalb der gegebenen strukturellen Möglichkeiten haben wir diesem Anspruch des Gesetzgebers insofern Folge geleistet, als dass wir den Anteil von tageschirurgischen Eingriffen bei Varizen, Hernien und Port-Operationen steigern konnten und zudem die Aufenthaltsdauer durch Reduktion der präoperativen Verweildauer (73% Same Day Surgery) noch effektiver senken konnten.

Die Abteilung ist Lehrabteilung der Medizinischen Universitäten Innsbruck, Wien und der PMU Salzburg. Darüber hinaus sind wir Teil eines nationalen und internationalen Netzwerkes zur Entwicklung und Vermittlung von minimalinvasiven Operationsfertigkeiten und endoskopisch innovativen Therapieverfahren.

Als wichtige ausländische Partnerinstitutionen (Schwerpunkte, Ansprechpartner) der letzten Jahre sind zu nennen:

Saint Blasius Hospital Dendermonde, Brüssel (Minimal Invasive Bariatric Surgery, J. Himpens), Institute of Laparoscopic Surgery, Bordeaux (Minimal Invasive Surgical Oncology, ehemals J. Dulucq), University of California Irvine, USA (Colorectal and GI Unit, M. Stamos, N. Nyghen), Wake-Forest University, Winston-Salem, USA (Surgical Oncology, HIPEC, E. A. Levine), Duke University, Durham, USA (Transplant – Minimal Invasive Surgery, P. Kuo, T. Pappas), Cincinnati University Clinic, USA (Minimal Invasive Liver Surgery, J. Buell), Cleveland Clinic, USA (General Surgery, NOTES, J. Ponsky, R. Onders), Michigan University, Ann Arbor / Michigan, USA (Hepatobiliary, Thoracic Surgery, M. Mulholland, M. Orringer), Harvard University Boston, Mass. General Hospital, USA (General Surgery, Pancreas, ehemals A. L. Warshaw), Cornell University, Presbyterian Hospital, NYS, USA (Minimally Invasive Surgery, ehemals M. Gagner), MAYO-Clinic, Scottsdale, USA (Bariatric Surgery, J. Swain), Oita-University Faculty of Medicine, JAPAN (Bariatric-Laparoscopic Gastric Surgery, ehemals S. Kitano), St Mary's Hospital Seoul, KOREA (Liver Surgery, D. Kim), Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, SPAIN (Single Port Surgery, Bariatric, Hernia, S. Morales-Conde), Policlinico di Milano, ITALY

(Single Port Colorectal Surgery, L. Boni), VU University Medical Center, Amsterdam, NL (TaTME, C. Sietses), Indian Society of Metabolic Surgery, Hyderabad, Istanbul (Bariatric-Metabolic Surgery, S. Ugale).

Durch diese Erfahrung war mir die Möglichkeit gegeben, Demonstrationseingriffe im Inland und Ausland (Mexiko, Brasilien, Italien, Belgien, Deutschland, Schweiz, USA, Indien) durchzuführen.

Die Eingriffe reichten von einfachen Single-Port-Operationen bis zu komplexen minimalinvasiven metabolischen Eingriffen. Mit großer Freude und Dankbarkeit konnte ich 2014 die Ehrung zum Prof. h.c. an meiner Alma Mater, der Medizinischen Universität Innsbruck, entgegennehmen. Einige Wissenschaftspreise und Vorstandspositionen in diversen Fachgesellschaften komplettieren mein standespolitisches Oeuvre. Als Mitglied des Salzburger Landessanitätsrats nehme ich seit 2009 meine gesundheitspolitische Verantwortung wahr.

Mein wissenschaftliches Hauptaugenmerk orientiert sich an der optimierten Patientenversorgung unter Berücksichtigung aller verfügbaren operativen und perioperativen Behandlungstechniken. Dazu zählt in erster Linie die Entwicklung und Anwendung minimiert invasiver Operationsverfahren, wie die Single-Port-Laparoskopie (SIL).

Mit aktuell knapp 8000 dokumentierten onkologisch und nichtonkologisch indizierten SIL-Eingriffen (Major und Minor Leberresektionen, Pankreas-Linksresektionen, Gastrektomien, Colektomien, Adrenalektomien, Splenektomien, Gallenblasenentfernungen, Blinddarmoperationen und Leistenbruchreparatio-

nen u. a.) zählt unsere Abteilung zu den internationalen Marktführern auf diesem Gebiet. Die anfängliche Kritik einer erhöhten technikbezogenen Narbenhernienrate ist verstummt, nachdem SIL-Eingriffe gänzlich über eine solitäre Inzision durchgeführt werden können, welche der errechneten Schnittlänge für einen einzigen 10 mm Laparoskopie-Trokar entspricht. Lediglich das zu entfernende Präparat führt zu einer notwendigen Schnitterweiterung bzw. Verlagerung des Bergeschnitts zu einer natürlichen Körperöffnung (transvaginale oder transanale Bergung). Leider ist die Methode der SIL in Misskredit gelangt, wahrscheinlich weil die fehlenden freien Übungsressourcen der meisten Chirurgen die Erlangung einer entsprechenden SIL-Fertigkeit nicht zugelassen haben. Wir haben versucht, diesen Umstand der chirurgischen Gesellschaft mit einem kleinen Zwinkern in der Publikation „Analogies between medusa and single port surgery in gastroenterology and hepatology: A review“ vor Augen zu führen.

Im Sinn einer Qualitätssicherung wurde wissenschaftliches Arbeiten immer vorangetrieben und klinische Fragestellungen enthusiastisch untersucht und entsprechend unserer Stärken/ Möglichkeiten innovative Eingriffe und Techniken geprüft.

Die folgende Auflistung beschreibt organbezogen mein Engagement anhand von nationalen oder internationalen Erstbeschreibungen von Operationen, die in den letzten Jahren an dieser Abteilung erfolgreich durchgeführt und systematisch evaluiert werden konnten. Dies führte zu hohem fachlichen Renommee

und Einladung zu internationalen Lehraufgaben als Referenz-Operateur:

Leber-Galle: laparoskopische Hemihepatektomie (2008), SIL Minor und Major Hepatektomien (2009), SIL-Choledochusresektion (2012), Radiofrequency-assisted ALPPS (2014)

Pancreas-Milz: SIL-Pankreaslinksresektion (2009), DIL-Pankreaslinksresektion, roboterassistierte Duodenum erhaltende Pankreaskopfresektion (2020), SIL-Splenektomie (2013)

Magen: Metabolisch: SIL-RY-Magen-Bypass (2010), SIL-Sleeve-Resektion (2010), SPIDER-RY-Magenbypass (2011). Onkologisch: laparoskopische Gastrektomie mit D2-LA (2008), SIL-Gastrektomie (D1-LA, 2013), transgastrale SIL-Magenresektionen (2012). Funktionell: SIL-Fundoplikation (2008), Refluxstop (2017)

Kolon-Rektum: SIL-Resektionen (2008), transvaginale/transrektale Präparatebergung v/rNOSE (2009), transanale Total Mesorektale Rektumresektion TaTME (2014), SIL-CME rechts (2010), Rektopexie (SIL-Robotik-SPIDER, 2008-2010), transkolische SIL-Resektion (2021)

Hernien: Leistenbruchreparationen: SIL-TAPP/TEP (2008), Bauchwandbruchreparationen: SIL-eTEP, SILAR, SIL-ACS, DIL-TAR

Nebenniere: SIL-Adrenalektomie (2009), Retroperitoneoskopisch-SP-Adrenalektomie (2011)

Schilddrüse-Nebenschilddrüse: SP-TOETVA (2022), SP-TOETVA mit retroaurikulärer Präparatebergung (2022)

Weiters fanden innovative Techniken im Rahmen der flexiblen Endoskopie Anwendung (auch als Rendezvous mit MIC- Zugängen). Neben der Adaptierung an das ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Konzept beschäftigen wir uns akademisch mit der Konditionierung und vor allem Prähabilitation unserer Patienten.

Wenngleich unser akademisches Bemühen nicht ausreicht, viszeralchirurgische Paradigmen zu versetzen, so können wir durch unsere Erfahrung und Flexibilität (im IDEAL-Konzept) sehr gut neue operative Zugangstechniken auf deren Sicherheit und Praktikabilität ausloten, um größere Studien anzustoßen.

Tempora mutantur, nos et mutamur in illis.

Mindestens gleichbedeutend mit meinem Anspruch einer optimalen Patientenversorgung sind die nichtklinischen Herausforderungen und Potentiale der aktuellen Zeit. Die überstandene Corona-Pandemie hat einen schwelenden Pflegemangel aufgedeckt und befeuert, der Ärztemangel mahnt zur Bereitstellung attraktiver Stellenmodelle im Spannungsfeld der Marktbegleiter.

Der Generationenwechsel schafft neue Sichtweisen in der Betrachtung der Arbeitszeit und der Ausbildungsformen.

Die elektronische Transparenz schreit nach konsequentem Datenschutz und lückenloser Dokumentation.

Die chirurgische Ausbildungsverantwortung des Abteilungsleiters ist durch einen Überhang von administrativer Beschäftigung der Assistenten in den verbleibenden 40 % ihrer gesetzlich möglichen Arbeitszeit mit herkömmlichen Methoden fast nicht mehr zu übernehmen.

Unbestritten führen neue Anforderungen und Fragestellungen immer wieder zu neuen Lösungen – als aufmerksamer Schüler einer hervorragenden chirurgischen Schule unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Raimund Margreiter kann ich mich auf ein solides handwerkliches und akademisches Fundament verlassen, auf welchem hoffentlich noch weitere Generationen an ChirurgInnen die Zukunft aufbauen können.

Mit lieben Grüßen und in ehrender Anerkennung an meinen wichtigsten chirurgischen Lehrer, Herrn Univ.-Prof. Dr. Raimund Margreiter

*Prim. Prof. h.c. Univ. Doz. Dr. Helmut Weiss,
MSc FEBS Salzburg, Juli 2023*

04

PRIM. UNIV. PROF. DR.
MATTHIAS BIEBL

R. Margreiter

Matthias Biebl ist 1976 in Wien geboren, in Innsbruck aufgewachsen und hat auch das Medizinstudium im Oktober 1995 in Innsbruck begonnen und im Jahr 2001 ebendort abgeschlossen, wobei er das letzte Studienjahr in Berlin verbracht hatte. Seine Ausbildung hat er ebenfalls in Innsbruck angefangen, nachdem er sich am Tag nach seiner Promotion bei mir im Büro vorgestellt hatte. In dem Gespräch fragte er mich nach Entwicklungsmöglichkeiten in der Chirurgie und ich sagte ihm, dass meiner Meinung nach die Onkologie und die Transplantationschirurgie in der Chirurgie die Felder seien, in denen man sich als akademischer Chirurg am besten weiterentwickeln könne. Als er fragte, ob er zunächst an meiner Abteilung als Gastarzt Erfahrung sammeln dürfe, da er sich für Chirurgie interessiere und ohnehin erst auf eine Stelle warten müsse, bejahte ich dies. Auf meine Frage, ab wann er denn Zeit habe, antwortete er „ab morgen“, und so trafen wir uns am nächsten Tag um 07:30 in der chirurgischen Frühbesprechung.

Nach einigen Monaten ergab sich dann für Matthias Biebl die Möglichkeit, über eine frei gewordene Karenzstelle an der chirurgischen Klinik von Prof. Bodner in Innsbruck seine Fachausbildung zu beginnen, von wo aus er seine Laufbahn an der Innsbrucker Universitätsklinik mit einer damals üblichen Rotation auf die Gefäßchirurgie anfangen konnte. Nach einer dann doch fast zweijährigen Ausbildungszeit auf der Gefäßchirurgie sowie einem Forschungsjahr an der Mayo Clinic Jacksonville kam er dann ab 2004 als Assistent an meine Klinik und konnte seine Ausbildung als Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie bis 2009 abschließen. Im Rahmen seiner Facharztausbildung und zur Vertiefung seiner Kenntnisse war er in diesen Jahren für Rotationen am Bezirkskrankenhaus

Kufstein sowie am Landeskrankenhaus Salzburg tätig.

Früh zeigte sich sein Interesse an der Transplantationschirurgie, sodass ich ihn mit einigen jungen Mitstreitern bereits in dieser Zeit für die Nieren- und Pankreastransplantation einsetzen konnte und ihn zusammen mit Stefan Schneeberger und Robert Öllinger nach seiner Facharztprüfung für die Lebertransplantation anlernen konnte.

Habilitiert hat er sich ebenfalls in Innsbruck 2009 mit dem Thema: „Minimal-invasive Behandlungsoptionen der Aorta und ihrer viszerale Äste“.

Insgesamt gibt es mehr als 160 Publikationen von ihm.

Für eine weitere Spezialisierung in minimalinvasiver Chirurgie ging er 2011 für 11 Monate an das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg.

Sein klinisches Hauptinteresse galt nach wie vor der Transplantations- sowie der gastrointestinalen und besonders der minimalinvasiven und robotergestützten Chirurgie.

Zurück in Innsbruck erfolgte dann 2011 die Ernennung zum Oberarzt an der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, wo er sich schwerpunktmäßig mit der Leber- und Pankreas-Transplantationschirurgie beschäftigt hat.

Im Jahr 2014 erhielt er einen Ruf als W2-Professor für laparoskopische Chirurgie an die Berliner Charité, wo er von 2014 bis 2021 tätig war – zunächst als Geschäftsführender Oberarzt und ab Juli 2020 als stellvertretender Klinikdirektor

der Chirurgischen Klinik Charité Berlin. Im Jänner 2022 erfährt die steile Karriere von Matthias Biebl einen absoluten Höhepunkt, wird er doch mit der Leitung der Abteilungen für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie des Ordensklinikums Linz betraut. Dieses ist durch Zusammenlegung der Chirurgischen Abteilungen der Krankenhäuser der Elisabethinen und der Barmherzigen Schwestern entstanden.

Mit 165 Betten und 61 Arztstellen ist es die größte chirurgische Abteilung Österreichs. Schwerpunkte sind die onkologische und Mamma-Chirurgie sowie die Thorax-, Transplantations- und Hernien-Chirurgie.

Am Anfang seiner Tätigkeit in Linz meinte Prof. Biebl auf die Frage, was seine mittelfristigen Ziele seien, dass es die bestmögliche Patientenversorgung im Bereich der chirurgischen Onkologie und der Transplantation sei. Dazu gehöre auch die Verankerung der minimalinvasiven Robotertechnik, die zu seinen Spezialgebieten gehöre. Bei der Entfernung von Tumoren seien Genauigkeit und Präzision das oberste Ziel. Roboterassistierte Systeme seien daher gerade in diesem Bereich eine große Hilfe für den Operateur.

Generell gälte, je genauer eine Operation durchgeführt würde und je weniger umgebendes Gewebe davon betroffen sei, desto schneller sei auch die Wundheilung und der Patient würde schneller genesen. Zudem hoffe er, dass die Digitalisierung zunehmend in den OP-Saal einziehen würde. Er ginge davon aus, dass zukünftig die für einen chirurgi-

2011 noch in Innsbruck



schen Eingriff notwendigen Patientendaten digital zusammengeführt werden können.

Anlässlich unserer Österreich-Rundfahrt besuchten wir Prof. Biebl im Ordensklinikum in Linz.



Eingang der Barmherzigen Schwestern Linz



Im Chefbüro

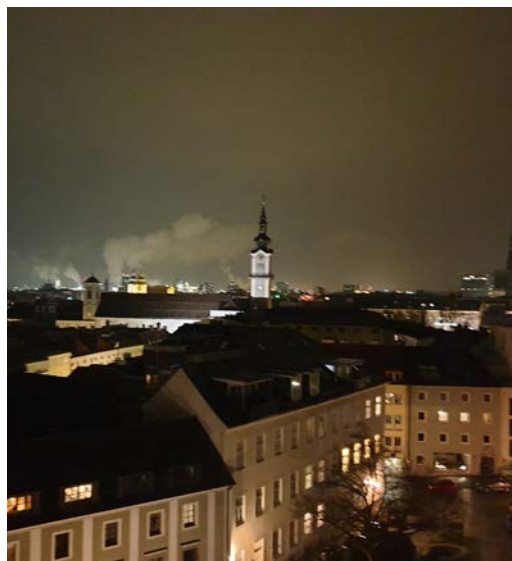
Er hat Videos gezeigt, in denen Tumore mit minimalinvasiver Robotertechnik entfernt wurden.

Diese Tumore hatten wir in Innsbruck zwar auch entfernt, aber nicht so präzise und gewebeschonend. Ich war doch erstaunt, wie sich die Technik in den letzten 15 Jahren weiterentwickelt hat.

Nach dieser höchst eindrucksvollen Demonstration führte uns Prof. Biebl auf den Schlossberg, wo wir bei herrlicher Aussicht über Linz bei Nacht unser Abendessen genossen.



OP mit Da-Vinci-Roboter



*Blick vom Schlossberg
über Linz bei Nacht*

05

EINE HÖCHST UNGEWÖHNLICHE HERZTRANSPLANTATION

R. Margreiter

Da wir heute auf der Fahrt nach Wien Herrn Hipfl und seine Frau besuchen wollten, sind wir schon gleich nach dem Frühstück von Linz weggefahren. Die beiden wohnen in Paudorf unweit von Krems, sodass wir in St. Pölten die Autobahn verlassen haben und gegen 11 Uhr bei den Hipfls eingetroffen sind. Die letzten Meter zu Fuß waren sehr steil und ohne Handlauf, sodass ich froh war, Herrn Hipfl und seine Frau nach so vielen Jahren begrüßen zu können. Die Medikamente, die Herr Hipfl zur Vermeidung einer Abstoßungsreaktion regelmäßig nehmen musste, haben trotz der geringen Dosierung Hauttumoren und Geschwülste im Rachen verursacht.

Obwohl die Lebensqualität aufgrund dieser Komplikationen nicht wenig beeinträchtigt ist, erfreut er sich immer noch des Lebens.

39 Jahre hatte ich Herrn Hipfl nicht mehr gesehen und wir waren beide sehr gerührt. In diesen 39 Jahren hatte sich viel ereignet und Herr Hipfl konnte viel erzählen. So sagte er mir unter anderem, dass das erste Herz von einem Mann, das zweite von einer Frau stamme. Nach einem köstlichen Mittagessen haben wir noch einige Fotos gemacht und ich habe ihm mein Buch „Ein Leben für die Chirurgie“ signiert. Als wir uns verabschiedeten, war uns bewusst, dass wir uns wahrscheinlich nicht mehr sehen werden. Bin mir nicht sicher, ob wir nicht beide Tränen in den Augen hatten.

Da Herr Hipfl sich im späteren Verlauf durch die Erkrankung seines eigenen Herzens einer zweiten Herztransplanta-



Bei Lorenz Hipfl zuhause

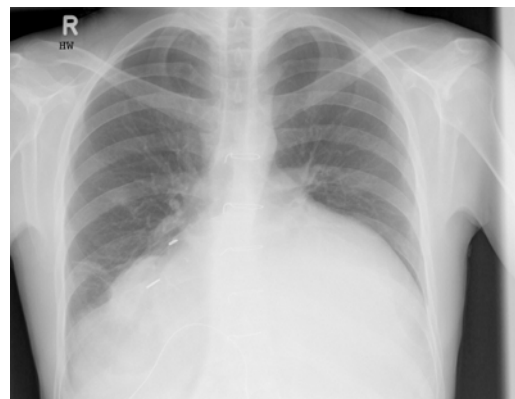
tion unterziehen musste, habe ich den Operateur gebeten, diesen höchst ungewöhnlichen Fall darzustellen.

Herr Hipfl litt vor 40 Jahren an einer dilatativen Kardiomyopathie, deren Genese eigentlich nie ganz klar war, und wurde am 5.2.1984 von Prof. Margreiter an der Chirurgie in Innsbruck transplantiert. Es war dies erst die zweite Herztransplantation in Österreich, die erste fand am 11.10.1983 bei einem 52-Jährigen Mann, der wegen eines zu hohen Lungengefäßwiderstandes von München, dem damals einzigen Herztransplantationszentrum im deutschsprachigen Raum, abgelehnt und uns vom Krankenhaus Kufstein zugewiesen worden war, statt. Dieser Patient wurde ebenfalls von Prof. Margreiter operiert und hatte den Eingriff problemlos überstanden.

In diesem frühen Abschnitt der Herztransplantation standen uns noch keine Medikamente zur Senkung eines deutlich erhöhten Lungengefäßdruckes, der durch chronischen Rückstau von Blut in die Lunge entsteht, zur Verfügung. Heute gibt es mehrere potente Wirkstoffe zur Behandlung des Lungenhochdruckes, von denen Sildenafil, das für diese Indikation entwickelt worden war, aber als Viagra zur Behandlung der erektilen Dysfunktion Berühmtheit erlangte, eines der meistverwendeten ist.

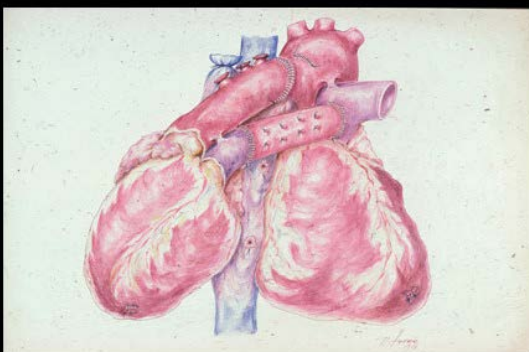
Bei beiden Patienten kamen deshalb nur zwei Eingriffe in Frage. Einmal ist es die Herz-Lungen-Transplantation und zum anderen die heterotope Form, bei der das patienteneigene Herz in situ verbleibt und das Spenderherz zusätzlich implantiert wird. Die erste erfolgreiche Herz-Lungen-Transplantation gelang Bruce Reitz in Stanford erst 1982 und es sind nur einzelne Patienten, die bisher diesen Eingriff überlebt haben. Deshalb hat man sich für die heterotope Form der Herztransplantation entschieden.

Bei dieser Technik der heterotopen oder, wie sie auch genannt wird, auxiliären Herztransplantation, verbleibt das erkrankte Herz des Empfängers in seiner Position, während das Spenderorgan in die rechte Brustkorbhöhle eingebracht und mit den entsprechenden großen Gefäßen wie Aorta (Hauptschlagader),



Thorax-Röntgen hHTX

Heterotopic HTX



Heterotope Herztransplantation

Pulmonalarterie (Lungenschlagader), linker Vorhof und obere Hohlvene (Vena cava superior) anastomosiert wird. Das Spenderherz entlastet das eigene kranke Herz und normalisiert im günstigsten Fall den Kreislauf.

Einer der gravierenden Nachteile der heterotopen Transplantation ist, dass das eigene kranke Herz im Körper ver-



CT-Aufnahme hHTX

bleibt und das Fortschreiten der Herzkrankung im Langzeitverlauf zusätzliche Probleme entstehen lässt. Meistens sind das maligne Rhythmusstörungen, vor allem Kammerflimmern im eigenen Herzen, welche dann im Extremfall das heterotop transplantierte Herz in seiner Funktion massiv behindern, indem es zur Rezirkulation kommt. Dabei pumpt das heterotop positionierte Spenderherz das Blut korrekt in die große Körperschlagader, ein Teil rinnt jedoch in das kranke eigene linke Herz, das flimmert und dessen Klappen nicht mehr schließen können. Diese Rezirkulation führt zu einem deutlichen Perfusionsdefizit des Körpers, wobei der Patient trotz guter Funktion des Spenderorgans in seiner Leistungsfähigkeit massiv eingeschränkt ist.

Diese Veränderungen traten bei Herrn Hipfl 14 Jahre nach der Ersttransplantation auf. Nach ausführlicher neuerlicher Abklärung wurde entschieden, ihm in einer weiteren Operation bei Pumpversagen des eigenen kranken Herzens

und intakter Funktion des heterotopen Spenderherzens sein eigenes zu ersetzen.

Als ein passendes Spenderorgan im Haus verfügbar wurde, konnte der Eingriff am 28.7.1998 erfolgreich durchgeführt werden. Voraussetzung war, dass es sich um einen jungen Hausspender handelte, weil die zu erwartende Komplexität des Eingriffes eine exakte zeitliche Planung der einzelnen Operationschritte unmöglich machte.

Allein die Wiedereröffnung des Brustkorbs (Resternotomie) war eine Herausforderung, kommt es doch nach jedem Ersteingriff zu ausgeprägten Verwachsungen, die mühsam gelöst werden müssen, gefolgt von der meist recht schwierigen Dissektion wichtiger anatomischer Strukturen.

In diesem seltenen Fall lag ja hinter dem Brustbein auch noch das sogenannte pulmonale Homograft, das 1984 von Prof. Margreiter beim Ersteingriff als Verbindung zwischen der Pulmonalarterie des rechtsthorakal liegenden heterotopen Herzens mit der Pulmonalarterie des Empfängers angelegt worden war.

Dieses weitleumige Gefäß durfte unter keinen Umständen lädiert werden, weil es in der Frühphase der Reoperation absolut lebensnotwendig war. Nicht minder schwierig war die retrosternale Adhäsioolyse, bis schließlich das kranke eigene Herz so weit mobilisiert war, dass nach Beginn der extrakorporalen Zirkulation (Herz-Lungen-Maschine) das eigene Herz von Herrn Hipfl entfernt werden und unter Schonung aller wichtigen Strukturen, vor allem auch des he-

terotop liegenden Herzens, das zweite Spenderorgan komplikationsfrei orthotop implantiert werden konnte.

Die Herz-Lungen-Maschine war zum Teil über die großen Leistengefäße im Bereich des rechten Oberschenkels, teilweise an die großen intrathorakalen Gefäße angeschlossen worden.

Die erwartete schwierige Operation konnte jedoch ohne Probleme durchgeführt werden und ist im Wesentlichen wie geplant abgelaufen. Der Pulmonalis-Homograft aus dem Jahre 1984 war so fragil geworden, dass wir ihn durch eine 14 mm Goretex-Prothese ersetzt haben. Die Ischämiezeit, also jene Zeit, während der das Spenderorgan außerhalb des Körpers gekühlt, aber nicht durchblutet wird, betrug 117 Minuten, wobei vier Stunden als maximale kalte Ischämiezeit gelten.

Bereits intraoperativ war die Funktion beider Herzen sehr gut, sodass eine Entwöhnung von der Herz-Lungen-Maschine sofort möglich war wie auch der Verschluss des Brustkorbs nach Normalisierung der Blutgerinnung.

Insgesamt dauerte der Eingriff in der Nacht vom 28.7. auf den 29.7.1998 zehn Stunden.

Im Anschluss wurde Herr Hipfl auf die transplantationschirurgische Intensivstation verlegt. Auch der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationsfrei, sodass der Patient bei guter Funktion beider Herzen rasch von der künstlichen Beatmung entwöhnt werden konnte.

In den ersten Wochen wurde der Patient dreimal mit einer speziellen Zange über die rechte Halsvene biopsiert, wobei unter Röntgenkontrolle Gewebe aus den rechten Kammern beider Herzen entnommen wurde. Die histologische Untersuchung der Biopsate ergab keinen Hinweis auf eine Abstoßungsreaktion, sodass die immunsuppressive Therapie entsprechend reduziert werden konnte.

Knapp ein Monat nach der Operation wurde Herr Hipfl in häusliche Pflege entlassen. Erfreulicherweise ist es zu keinen Problemen von Seiten der zwei Transplantate gekommen.

Muss zugeben, dass es etwas ungewöhnlich ist, wenn ein Allgemeinchirurg, der noch nie am Herzen operiert hat, eine Herztransplantation macht.

Der Eingriff ist eigentlich relativ einfach: Es werden die zwei rechten und die zwei linken Vorhöfe zusammengeknüpft, dann die Spenderaorta mit der Aorta des Empfängers und zuletzt muss die Distanz zwischen Lungenarterie des Empfängers und der des Spenders überbrückt werden.

Wichtig bei diesem Eingriff ist, dass es zu keiner Blutung vor allem an der Rückseite der recht großen Strukturen kommt. Ich war mir völlig sicher, dass mir das nicht passieren würde. Wahrscheinlich bin ich der einzige Allgemein-

chirurg, der sowohl Herz- als auch Lungen- und Herzlungentransplantationen durchgeführt hat.

Weil sich kein Transplantationschirurg mit dem Anschluss der Patienten an die Herz-Lungen-Maschine befassen wollte, wurde der chirurgische Akt der Herz-, Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen mit guten Ergebnissen den Herzchirurgen überlassen. So hat Antretter zwischen 2000 und 2004 101 konsekutive Herzverpflanzungen ohne Mortalität durchgeführt. Mit der Besetzung des Lehrstuhles für Herzchirurgie im Jahre 2000 durch Prof. Günther Laufer wäre die Herztransplantation ohnedies in deren Aufgabenbereich übergegangen.

06

PRIM. UNIV. PROF. DR. MAG.
ALEXANDER KLAUS

R. Margreiter

Prof. Klaus, der 1971 in Bregenz geboren wurde, hat sein Medizinstudium 1989 in Innsbruck begonnen und 1996 abgeschlossen. Ab 1993 war er Mitglied unseres Studentendienstes und hat in dieser Zeit seine Dissertation geschrieben, die er 1996 fertiggestellt und publiziert hat.

Seine Ausbildung begann er 1997 in Innsbruck, hat eine Zeit lang in Bregenz gearbeitet und seine Facharztausbildung 2004 in Innsbruck abgeschlossen. Besonders interessiert haben ihn die minimalinvasive, onkologische und bariatrische Chirurgie. Prof. Klaus blieb in Innsbruck bis 2010 und übernahm dann die Leitung der Chirurgischen Abteilung am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien.

Zwei Auslandsaufenthalte haben seine Kompetenz erweitert: einer von 2000-2001 an der Mayo Clinic in Jacksonville und ein zweiter von 2008-2009 in Paris, wo er mit dem Europäischen Universitätsdiplom auf dem Gebiet der chirurgischen Strategien bei HPB-Tumoren ausgezeichnet wurde.

Schwerpunkte seiner Forschungstätigkeit waren neben der Dünndarmtransplantation, funktionelle Erkrankungen des Verdauungstraktes sowie bariatrische Chirurgie und Onkologie. Seine Forschung fand in 68 Publikationen ihren Niederschlag. Habilitiert hat er sich bereits 2003 mit einer Arbeit zum Thema: "Funktionelle Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes aus chirurgischer Sicht".

Das Ziel seiner Tätigkeit war immer die Leitung einer eigenen Abteilung. Diese hat er dann 2010 – wie oben beschrieben – erreicht. Seine erfolgreiche Tätigkeit war mit Anlass, 2016 die Chirurgie vom Herz-Jesu-Krankenhaus mit der vom Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern unter seiner Leitung zu vereinen, sodass nun 32 Ärzte über 50 Betten und vier Operationssäle verfügen.

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien



Schon in Innsbruck ist ihm der erste „Single Incision“ laparoskopische Eingriff in Österreich geglückt. Auch seine erste tagesklinische Gallenblasenoperation war eine Österreich-Premiere. Darüber hinaus entwickelte Prof. Klaus neue „minimalinvasive“ Operationstechniken von Dick- und Enddarmkrankungen. Zudem ist es ihm gelungen, Leber- und Pankreaschirurgie im regionalen Strukturplan Gesundheit zu verankern.

Gelungen ist ihm ebenfalls der Aufbau eines Beckenboden-, Adipositas- wie auch Darmkrebszentrums und deren Zertifizierung.

Chirurgie ist gut strukturiert



Besonders imponiert hat mir die Organisation seiner zahlreichen Aktivitäten. So hat er schon vor neun Jahren begonnen, Hernien, Varizen, Gallenblasen- und proktologische Eingriffe ambulant zu operieren. Voraussetzungen für eine tagesklinische Gallenblasenoperation sind keine allzu große Entfernung vom Kran-

kenhaus wie auch die Anwesenheit einer erwachsenen Person, die im Notfall den Transport ins Krankenhaus organisieren könnte.

Einzigartig in Österreich dürfte die Verpflichtung sein, als Leiter einer medizinischen Abteilung keine Schulden zu produzieren. Der Ausbau der Roboterchirurgie und die OP-Möglichkeiten helfen dabei, die Bettenkapazität und Liegedauer zu reduzieren und damit kostenneutral zu agieren.



In seinem Büro

Beim Verlassen seines Zimmers, in dem unsere Unterredung oder besser Unterrichtung stattgefunden hat, haben wir den Direktor des Krankenhauses kennen gelernt. Und von ihm haben wir erfahren, dass Prof. Klaus zu seinen zahlreichen Verpflichtungen zudem noch Ärztlicher Direktor dieser Institution ist.



Im Hof des Krankenhauses



*2015: Österreichischer
Chirurgenkongress in Linz*

Beim Abendessen in einem typischen Wiener Gasthaus haben wir dann noch weiter diskutiert und über alte Zeiten gesprochen, unter anderem auch vom Österreichischen Chirurgenkongress, der 2015 in Linz stattfand und von ihm organisiert worden war. Als ich ihn gefragt habe, ob er sich noch an einen Kongress

in Mailand erinnern könne, zu dem ich ihn als Studenten - also vor etwa 25 Jahren - mitgenommen und gefragt habe, ob er gut sei, hatte er mit einem klaren „ja“ geantwortet.

Ja, er ist sogar sehr gut.

WIE ALLES BEGANN: VON INNSBRUCK NACH WIEN

Alexander Klaus

Mein erster Kontakt zu Professor Raimund Margreiter ergab sich als Student im zweiten Studienjahr Medizin, nachdem ich gehört hatte, dass es an der Transplantationschirurgie in Innsbruck die Möglichkeit gab, als Student im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes an Operationen teilzunehmen. Davon war ich begeistert und in meiner unbescholtenen Art machte ich mich auf den Weg in die Chirurgie und suchte die Transplantationschirurgische Station im 3. Stock. Die Tür dort war versperrt und man musste anläuten, um die Station betreten zu dürfen. Als ich dies tat, öffnete mir ein Mann im weißen Arztmantel und fragte mich, was ich hier wolle. Ich erklärte, dass ich eben an diesem studentischen Dienst Interesse habe, und er zeigte mir den Weg in das Büro der Koordinatoren im ersten Untergeschoss, wo man mir weiterhelfen werde. Ich machte mich also auf den Weg dorthin und fand einen erstaunten Koordinator vor. Er erklärte mir, dass der nette Herr, den ich auf der Station angetroffen habe, der Herr Professor Margreiter gewesen wäre und er ihn angerufen hat.

Herr Fetz, der Koordinator, war ziemlich erstaunt darüber, dass ich ohne Termin mit Professor Margreiter gesprochen habe. Ich konnte schnell erkennen, wie hoch sein Ansehen in der Klinik war, mit welcher Naivität und Leichtigkeit ich Glück hatte und wie groß sein Interesse war, uns Studenten in die klinische Arbeit zu integrieren. Zur damaligen Zeit war dies untypisch. Zudem konnte ich durch diese Tätigkeit auch einen Teil meines Studiums finanzieren, da wir für Einsätze von ihm entlohnt wurden. Ein Modell zur frühen Integration von Stu-

denten, welches wir bei uns im Barmherzige-Schwestern-Krankenhaus auch mit großem Erfolg verfolgen. Die Honorierung erfolgte in Form von Bankschecks, die persönlich bei ihm abzuholen waren. So bin ich alle paar Wochen meist mit einem befreundeten Studenten in sein Sekretariat gegangen, um sozusagen den Lohn abzuholen. Seine damalige Sekretärin kannte ihn gut und es konnte durchaus vorkommen, dass sie uns mit den Worten begrüßte: „Buben, heut’ brauchts ned zu ihm eingehen. Heut geht gar nix.“

So wussten wir, sein Stresslevel war an diesen Tagen zu hoch, und wir sind dann ein paar Tage später wieder angerückt. Mein Interesse an der Chirurgie wurde dadurch also geweckt und fast zeitgleich erfuhr ich durch meine Tätigkeit an der Anatomie, dass dort im obersten Stock des Instituts ein Labor der Transplantationschirurgie war, in welchem Forschung in den Bereichen der Transplantationsmedizin im Kleintiermodell stattfand. So kam ich zu meinem Dissertationsthema der chronischen Abstoßungsreaktion und deren Auswirkung auf die Motilität des Darmes. Daran habe ich mehrere Jahre gearbeitet. Unter anderem ermöglichte mir Professor Margreiter einen Auslandsaufenthalt als Student in Oxford, wo ich auch meine technischen Fähigkeiten in der Mikrochirurgie verbessern konnte. Alle wissenschaftlich Tätigen trafen sich regelmäßig zu Laborbesprechungen, wo wir nahezu immer mit den Worten „Leitln, es miasts mehr forschen“ vom Professor ermutigt wurden. Das konnte er durchaus auch mit lauterer Stimme und einigen Zusätzen kundtun.

Als Studenten waren wir dabei allerdings immer im Hintergrund und so hatten diese Besprechungen für uns auch einen gewissen unterhaltsamen Beigeschmack. Der Anspruch an das Fach Chirurgie von Professor Margreiter an sich selbst und an alle in seinem Umfeld Tätigen war immer groß; ich würde meinen sehr, sehr groß. Es war mir dann eine große Ehre, dass Professor Margreiter zu meiner Promotion kam, um mir dort zum Studienabschluss zu gratulieren. Ein großes Zeichen der Wertschätzung für mich als Student.

Meine Ausbildungsstelle an der Universitätsklinik Innsbruck bekam ich dann nach einem halben Jahr Tätigkeit in Vorarlberg auch durch die Unterstützung von Professor Margreiter in der Professorenkurie. Die Chirurgische Klinik wurde in den kommenden Jahren mehrfach umstrukturiert, so begann ich an der Herzchirurgie und beschäftigte mich dort auch mit der Herztransplantation. Die Zeit verging dann schnell und ich hatte durch die verschiedenen Rotationen im klinischen Bereich etwas mehr Abstand zur Transplantationschirurgie, blieb allerdings mit einigen Forschungsthemen dort anhängig.

Einen engeren Kontakt hatte ich dann wieder nach der Zusammenlegung der Chirurgischen Abteilungen und durch die Leitung dieser großen Abteilung durch Professor Margreiter. Meine Stellung war damals die eines jungen Facharztes und in den weiteren Jahren dann eines Oberarztes. Gemeinsam mit Helmut Weiss konnten wir ein Trainingszentrum für minimalinvasive Chirurgie an der Abteilung etablieren und haben in Rücksprache mit Raimund Margreiter

ein Curriculum für unsere jungen ChirurgenInnen erstellt, welches jeder durchlaufen sollte.

Die Abteilung wurde in den kommenden Jahren komplett in Arbeitsgruppen strukturiert und auch in komplexe Prozesse, die den Tagesablauf anbelangen. Obwohl zum damaligen Zeitpunkt die wöchentliche Arbeitszeit der Chirurgen und Chirurgeninnen das heutige Ausmaß um 50-100 % übertraf, waren aufgrund der Größe der Abteilung strukturierte Besprechungen zum Erhalt der kontinuierlichen Patientenbetreuung notwendig. In der gemeinsamen Morgenbesprechung wurden daher alle operativen Eingriffe des vergangenen Tages besprochen und es konnte durchaus sein, dass Professor Margreiter einen mehr oder weniger impulsiven Beitrag zum Tagesablauf leistete.

Einmal wurde anhand einer einfachen Skizze auf einem täglich zur Verfügung stehenden Flipchart der Zusammenhang zwischen der Evidenz und der Kompetenz eines Chirurgen bzw. einer Chirurgin graphisch dargestellt. Es besteht offenbar ein linearer Zusammenhang: Ärzte, die wenig Kompetenz mitbringen, brauchen eine Menge an Evidenz, um erfolgreich sein zu können.

Aus dem Team der Chirurgie ging in den kommenden Jahren eine Reihe an Primärärzten hervor und so kam es, dass ich in meinen letzten Jahren an der Universitätsklinik in Innsbruck mehrere Arbeitsgruppen leiten konnte und auch in das Lebertransplantationsprogramm maßgeblich involviert war. Eines Tages kam er zu mir und meinte, dass ein ehemaliger Student von ihm in den USA bereits über einen einzigen Zugang am Na-

bel operiere, und er verstehe überhaupt nicht, warum wir das hier nicht schon längst auch machen würden.

Das war quasi die Aufforderung, die sogenannte Single-Port-Laparoskopie an der Abteilung zu etablieren. So entstand die erste Gallenblasenoperation allein über den Nabel in Österreich, die wir in Innsbruck erfolgreich durchführten.

Das Arbeitspensum war hoch und ein paar Monate war ich durch den vorübergehenden Ausfall eines Kollegen alleinige Ansprechperson für die Leberimplantation und verantwortlich für einige Programme in der Viszeralchirurgie.

Viel Freizeit gab es zum damaligen Zeitpunkt nicht. Umso mehr freute ich mich, einen Abend für ein gemeinsames Abendessen in einem Restaurant mit meiner Frau reserviert zu haben, an welchem auch unsere beiden kleinen Töchter zuhause betreut waren. Wir waren im Auto unterwegs in die Stadt, als ein Anruf aus dem OP kam und mir der OP-Assistent mit leiser Stimme zuflüsterte: „Kommen Sie bitte schnell in den OP.“

Prof. Margreiter operiert einen jungen

Mann mit einer schweren Leberverletzung nach einem Motorradunfall und er ist so laut, dass wir ihn fast nicht mehr verstehen.“ Ich drehte also um, brachte meine Frau nach Hause und fuhr in die Klinik. Im OP angekommen wurde ich von ihm mit den Worten begrüßt: „Klaus, kommens da her - oder glauben's, dass ich Ihnen an roten Teppich ausleg'!“ Die Operation konnte Professor Margreiter dann erfolgreich beenden.

Meine weitere chirurgische Karriere war geprägt durch einen sehr engen Kontakt und Raimund Margreiter war insbesondere in seinen letzten Jahren mein großer Lehrmeister, dem ich sehr viel von meinem chirurgischen Können in der Behandlung onkologischer Erkrankungen verdanke.

Ich habe von ihm gelernt, dass die Chirurgie viel Passion verlangt, um erfolgreich zu sein. Zu guter Letzt hat er mich auch bei meiner Bewerbung um das Primariat in Wien aktiv unterstützt.

Vielen Dank für die jahrelange Unterstützung.

07

UNIV. PROF. DR.
ROBERT SUCHER

R. Margreiter

Robert Sucher ist 1979 in Klagenfurt geboren, hat dort das Gymnasium besucht, 1998 das Medizinstudium in Innsbruck begonnen und 2004 mit der Arbeit „Prevention of Ischemia/Reperfusion-Associated Injuries: Role of Intracellular Signaling Pathways“ abgeschlossen. Bereits als Student hat er dreimal im Ausland hospitiert: 1999 ein Monat an der Abteilung für Urologie und Transplantationschirurgie im Beaumont Hospital in Dublin, Irland; 2001 zwei Monate am Department of Neurosurgery im Canberra Hospital, Australien und ein Jahr darauf wiederum zwei Monate an der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie in Zürich.

Seine chirurgische Basisausbildung erhielt er an der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie in Innsbruck von 2005 bis 2011, wovon er zwischen 2009 und 2010 als Surgical Fellow an der Chirurgischen Abteilung des Starzl Transplant Institute gearbeitet hat. Die Jahre 2012 und 2013 verbrachte er dann als Oberarzt wieder in Innsbruck, wobei 2012 ein besonders wichtiges Jahr in seiner Laufbahn war. So wurde ihm nicht nur der Facharzttitel verliehen, sondern auch seine Habilitation mit der Schrift „Pteridinderivate und intrazelluläre Signaltransduktionsmoleküle – Mechanismus und Wirkung auf den Ischämie- und Reperfusionsschaden sowie das Langzeitüberleben von soliden Organ- und vaskularisierten Gewebetransplantaten“ zu einem erfolgreichen Ende gebracht. 2014 ging er dann mit Prof. Pratschke an die Charité nach Berlin. Nur zwei Jahre später folgte er Prof. Daniel Seehofer nach Leipzig an die Universitätsklinik als dessen leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikbe-

reichsleiter. In der neuen Arbeitsstätte beschäftigte er sich hauptsächlich mit hepatobiliärer Chirurgie, Transplantationschirurgie aber auch Thorax- und Gefäßchirurgie.

Zwischen 2017 und 2020 widmete er sich den immer wichtiger werdenden wirtschaftlichen Aspekten der Medizin. So besuchte er nicht nur die Handelshochschule in Leipzig, sondern studierte auch an der Business School in Barcelona, wo er für die Arbeit „Smart Medicine in a Smart World – How Artificial Intelligence is Poised to Reinvent Transplant Medicine“ mit dem Titel Executive MBA belohnt wurde. Dass er noch



Master of Business Administration

eine Reihe weiterer Fortbildungskurse besuchte, sei nur am Rande erwähnt. Zusätzlich zu den zahlreichen Tätigkeiten hat Sucher für ein Dutzend internationaler Zeitschriften wissenschaftliche Arbeiten begutachtet und schließlich 11 Dissertanten betreut. Für all seine Tätigkeiten wurde er mit einer langen Liste wissenschaftlicher Preise belohnt. 2023 erhielt er dann den Ruf als Leiter der Klinischen Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am LKH-Universitätsklinikum in Graz. In der kurzen Zeit an seiner neuen Arbeitsstätte ist es ihm gelungen, vor allem den Bereich der hepatobiliären und pankreatischen Chirurgie wie auch die Transplantation ganz wesentlich weiter zu entwickeln, was an der Zahl der zuweisenden Institutionen ablesbar ist. Nachdem wir im Starkregen von Wien kommend unser Hotel in Graz bezogen haben, wurden wir dort am frühen Nachmittag von Robert Sucher abgeholt und als Erstes durch das riesige Klinikgelände bis zu den experimentell-chirurgischen Einrichtungen geführt.



Mit Sucher und Aigner nach der Sitzung

Es ergab sich, dass für diesen Nachmittag ein Symposium über extrem komplexe Lebereingriffe angesetzt war. Die Diskussion, an der auch Radiologen sowie Onkologen teilnahmen, vermittelte mir einen guten Eindruck vom Niveau der Chirurgie in Graz. Am Ende der Veranstaltung hatte ich noch reichlich Gelegenheit, mit Oberärzten der Klinik zu diskutieren. Allein schon die Tatsache, dass Sucher in den Monaten seiner Tätigkeit in Graz noch keine Blutkonserve gebraucht hat, spricht für das hohe Niveau seiner Operationstechnik. Bei einem gemütlichen Abendessen hatte ich noch die Gelegenheit, die eine oder andere Frage zu klären. Insgesamt ging ein sehr informativer, aber auch unterhaltsamer Tag zu Ende.

Klinischer Abend



Vor dem Abendessen

VON INNSBRUCK NACH GRAZ IM SAUSESCHRITT

Robert Sucher

Eine nahezu perfekte Welt, in Innsbruck konnte man Whipple-Operationen machen, Leber resezierern, multiviszeral transplantieren und um die Ecke Ski fahren, Kajak fahren, Klettern ... „mens sana in corpore sano“.

Paddeln mit Christian Margreiter



Abendliche Skitouren auf den Patscherkofel im Winter bei Vollmond und Föhnsturm. Um 24:00 Gipfelsturm, dann Abfahrt, um 01:30 im Bett. Da ist „Mann“ am nächsten Morgen einsatzbereit.

Mein Leitspruch: Per aspera ad astra! Durch Mühe zu den Sternen! Eingebrennt in meine Innsbrucker OP-Schuhe (2006).

Per aspera ad astra



Es gab noch kein Arbeitsruhegesetz. Felix Aigner und ich haben uns immer darum bemüht, die meisten Nachtdienste in einem Monat zu machen. Zu Glanzzeiten waren es 16 Dienste, also jeden zweiten Tag Nachtdienst. Nach dem Dienst sind wir nicht nach Hause gegangen, sondern haben normal weitergearbeitet oder sind ins Daniel-Swarovski-Labor gegangen. Am meisten wurde einem am Tag nach dem Nachtdienst assistiert ... ohne 120-Stunden-Woche für sehr lange Zeit, wird man kein Chirurg. Patientenübergaben oder „Updates“ waren fast nie notwendig, weil wir immer da und somit ohnedies am letzten Stand der Dinge waren.



Mittagessen mit Thomas Starzl

Pittsburgh 2009 und 2010 mit T. Starzl. Ich war mit ihm öfters Mittagessen, 2nd Street Pittsburgh. Er hat von spender-spezifischer Toleranz gesprochen, dem „window of opportunity“ nach der Induktion, wir sollten die Immunsuppression absetzen. Habe mich mit Starzl gut verstanden, er hat alle Innsbrucker, die von „Ray“ kamen, unterstützt, motiviert und geschätzt. Wir haben alle hart gearbeitet. Die Krawatte, die ich trage, hat Starzl gefallen, auch wie ich den dicken Knoten gemacht habe. Er hat gesagt: „This guy has a good taste about ties.“

Pittsburgh, 2009: Ein Abend mit Stefan Schneeberger und Gerald Brandacher beim Super Bowl, den die Pittsburgh Steelers gewonnen haben.



Beim Super Bowl in Pittsburgh

Die Freundschaft und der Zusammenhalt unter den Margreiterschülern bestehen über Jahrzehnte. Wenn es hart auf hart kommt, passt kein Blatt zwischen uns. Sonst leben wir in unterschiedlichen Kliniken in einem fairen Wettkampf miteinander: Enorme Leistungsbereitschaft ist unsere Triebfeder - mit denselben Werten wie unser Mentor Prof. Margreiter.

Explantationsflug von Berlin nach Sarajevo ... bin sehr viele Explantationsflüge mitgeflogen. In Innsbruck die ersten Jahre fast jede Explantation oft auch als dritte Assistenz mitgemacht. Ausgebildet wurde ich von Schneeberger, Öllinger und Aigner. Ich war der jüngste, allerdings nicht zu viele Jahre zwischen uns, aber die Kultur des Ausbildens unter den „Margreiterianern“ war von Anfang an stark ausgebildet.

Einmal haben wir im Schneesturm und Blizzard Innsbruck bei Nacht angefliegen, die Cockpittüre war offen und wir haben mitgehört: Terrain ahead! Pull up! Minimum! So starke Turbulenzen wie da hatte ich nie mehr erlebt.

An der Charité habe ich im Jahr über 400 Dienste gemacht. Als Oberarzt war man

in Bereitschaft. Die Anzahl 400 errechnet sich dadurch, dass ich manchmal Diensträder doppelt abdeckte, z. B. Oberarzt-dienst und Transplant, Implant, Explant Dienste.



Rosenfingrige Morgenröte

Rosenfingrige Morgenröte in Berlin, Blick aus der Charité Campus Virchow. Dort habe ich viel operiert (speziell hepatobiliäre Chirurgie) und Prof. Seehofer kennengelernt - einen meiner Mentoren.

Wegen Prof. Margreiter habe ich mich für die Chirurgie entschieden, auch weil ich forschungsinteressiert war.

Stefan Schneeberger und Gerald Brandacher waren die ersten Kollegen im Daniel-Swarovski-Labor. Stefan hat mir die erste Lebertransplantation in Innsbruck assistiert. Helmut Weiss hat mir die erste Appendektomie assistiert. Paul Hengster hat mir die erste Nierentransplantation assistiert. Ich war 16 Monate in Ausbildung, habe aber bis dahin mindestens 50 Nierentransplantationen assistiert. Prof. Margreiter's Neffe Christian Margreiter hat mitgeholfen, ein paar Tage später war es umgekehrt, Christian hat transplantiert, ich habe mit assistiert. Prof. Dr. Daniel Seehofer war für mich der wesentliche chirurgische Lehrer in Hepatobiliärer und Biliopankreatischer Chirurgie. Der Leberhilus in der Tiefe wurde von uns „Seehofers Office“ genannt, weil er sich dort operativ am wohlsten fühlte. Ich habe keinen Chirurgen gesehen, der den Leber-

hilus so adressiert wie Seehofer. Ich habe versucht, alles abzuschauen, was geht, und mit bereits Gelerntem zu verbinden. Ich habe mit Seehofer an der Charité und in Leipzig knapp 10 Jahre zusammengearbeitet. Die Leberanatomie nach intensivem CT- und MRT-Studium von jedem einzelnen Patienten vor einer OP als Vorbereitung war sein Schlüssel zum Erfolg. Er hat blutleer operiert, wusste genau, wo welche Struktur kommt, weil er vom Patienten ein 3D-Bild im Kopf hatte und es sich während der OP in den Situs projiziert hat, nichts anderes, als Augmented Reality jetzt macht.

Mit Seehofer in Leipzig haben wir das minimalinvasive Leberprogramm auf über 40 % MIC-Resektionen pro Jahr gesteigert. Leberresektionen waren jeden Tag Standardoperationen.

Auch in Leipzig – inzwischen als „Professor“ und FA für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie – habe ich immer noch nach der Arbeit Ratten und Mäuse operiert. Die Ratte geht mit Lupenbrille, für die Maus benötigt man das Mikroskop.

In der Handelshochschule Leipzig habe ich „Werkzeuge“ gelernt, wie man eine Abteilung führt. Betriebswirtschaft, Prozessabläufe – Exzellenz soll keine einmalige Handlung sein, sondern Gewohnheit werden. Hier habe ich mein Konzept für den Aufbau einer modernen Allgemein-, Viszeral- und Transplantchirurgie modelliert. Ich war in meiner Klasse der einzige Mediziner, sehr erfrischend! Wir waren in China bei großen Autoherstellern, der „Energy Park“ einer Firma umfasste 4000 Mitarbeiter, die sich nur mit Batterieentwicklung befassen. In São Paulo, Brasilien wurden Startups berücksichtigt, die den Status „Unicorn“ erhielten ... mehr als 1 Milliarde Firmenbewertungen. Die Menschen in diesen Firmen waren sehr nahbar, next generation.

Am 28. Dezember 2022 bin ich mit Prof. Mischinger durch die Grazer Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie gegangen, habe die Abteilung kennengelernt. Ich trage einen Originalmantel von Prof. Margreiter, den ich mir „organisiert“ habe, als ich in Innsbruck Chefassistent war.

Wenn es in der Arbeit in Graz besonders schwer ist und ich eine Extraportion Glück und Selbstvertrauen benötige, trage ich seinen Mantel ... ich fühle mich dann so, wie wenn Herkules das Fell des Nemeischen Löwen trägt.

„Change of Command“ in Graz war der 01.01.2023 mit dem ersten Arbeitstag am 02.01.2023. Ich wohne nicht weit weg vom Anton-Wildgans-Weg: „Was leuchten will, muss dulden, dass es brennt!“

20. April 2023: Eine große Ehre! Prof. Margreiter und seine Frau Katharina kommen nach Graz. Wir haben ein Symposium über Leberchirurgie. Felix Aigner war natürlich auch anwesend.

Meine Frau Elisabeth geb. Mohr habe ich in Innsbruck kennengelernt. Sie ist Internistin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie. Elisabeth hat die Ausbildung an der Charité und in Leipzig gemacht. Sie weiß, auf was sie sich eingelassen hat, einen Transplantchirurgen zu heiraten. Wir haben erst später Kinder bekommen (sie 35, ich 40): Joseph kam am 6. November 2019 in Leipzig zur Welt, Romy am 1. September 2023 in Graz. Wir mussten vorher alles in der Medizin/Chirurgie auskosten ... retrospektiv ... alles richtig gemacht.



Familie Sucher

08

EINE INTERESSANTE PREMIERE: ERSTMALS KOMBINIERTE LEBER-NIEREN-TRANSPLANTATION

R. Margreiter

Für heute Freitag haben wir uns viel vorgenommen. Am Vormittag wollen wir Hans Meixner besuchen. Dieser wohnt mit Frau, Tochter und deren Familie in Söding, das ist ein kleiner Ort 20 km westlich von Graz.

Er war am 5. Dezember 1983 von Linz zu uns verlegt worden. Der befreundete Nephrologe Reinhard Kramar hatte mir den Fall genauestens geschildert: So war dem Patienten wegen einer Glomerulonephritis vor einigen Monaten eine Niere transplantiert, aber leider nach wenigen Monaten wieder abgestoßen worden. Zudem litt er an einer Leberzirrhose im Endstadium auf dem Boden einer aggressiven Hepatitis B. Der Pa-



Mit seinen Enkeln und Frau

tient konnte also nur durch eine kombinierte Leber-Nieren-Transplantation gerettet werden. Da dieser Eingriff noch nie vorher gemacht worden war, wollte ich mir einen Eindruck von der schwierigen Situation vor Ort verschaffen und bin deshalb nach Linz gefahren. Als ich den Patienten zum ersten Mal sah, war er in einem erbärmlichen Zustand: Leberkoma I-II, splenogene Markhemmung, Ulcus Duodeni, massive Blutungsneigung sowie Nierenversagen. Nach reiflicher Überlegung habe ich mich für die Transplantation entschlossen und den Patienten für weitere Untersuchungen zu uns verlegt.

Nachdem wir den Fall vor allem mit unseren Anästhesisten Kornberger und Koller genau besprochen hatten – es wurde vor allem vereinbart, den Patienten während des Eingriffes zu hämofiltrieren und auch postoperativ ohne Rücksicht auf die transplantierte Niere möglichst trocken zu halten – wurden uns am 28. Dezember 1983 von Hannover zwei Organe angeboten. Einziger Schönheitsfehler: Die Organe waren bereits zum Zeitpunkt des Angebotes entnommen worden. Sowohl die Implantation der Leber als auch

die der Niere von einer gesonderten Inzision aus verliefen völlig komplikationslos. Wie nicht anders zu erwarten, entwickelte der Patient eine Tubulusnekrose. Obwohl wir ihn sehr flüssigkeitsrestriktiv gehalten haben, auch noch eine Pneumonie, die entsprechend therapiert wurde. Am 20. Tag nach der Transplantation beginnt die Niere dann massiv auszuschcheiden. Am 5. März kann der Patient mit völlig normalen Leber- und Nierenbefunden in sein Heimatkrankenhaus nach Linz rückverlegt und von dort bald nach Hause entlassen werden.



Ein Jahr nach der Transplantation

Herr Meixner hat dann bald wieder seine Tätigkeit als Lastkraftwagenfahrer aufgenommen, wobei er lange, mehrtägige Strecken vermieden hat. Und so ist er auch nach über 40 Jahren bei bester Gesundheit und immer noch beruflich voll aktiv. Wir haben den ganzen Vormittag bei ihm zuhause in dem alleinstehenden Haus verbracht und uns bestens unterhalten.



40 Jahre später immer noch voll aktiv



In seinem Garten

09

PRIM. PROF. DR. **FELIX AIGNER**

R. Margreiter

Prof. Dr. Felix Aigner ist 1976 in Salzburg geboren und hat von 1984 bis 2000 in Graz Medizin studiert. Seine erste Stelle hat er im Jahr 2000 bei den Barmherzigen Brüdern in Salzburg als Turnusarzt angetreten, beschloss aber im Hinblick auf eine Chirurgenlaufbahn, sich um eine Anstellung auf einem der drei Anatomie-Institute zu bewerben. Mit Beginn des Wintersemester 2001 erhielt er eine Assistentenstelle am Anatomischen Institut in Innsbruck bei Frau Prof. Fritsch.

Seine aktive Forschungstätigkeit verhalf ihm 2003 zu einer Assistenzarztstelle an der Chirurgie, wo er im Jahre 2007 den Facharzt für Allgemeinchirurgie erhielt und sich kurz vor meiner Emeritierung 2009 habilitieren konnte.

Er blieb dann noch bei meinem Nachfolger Prof. Johann Pratschke bis 2014, um ihn dann mit den Kollegen Biebl, Öllinger und Sucher nach Berlin an die Charité zu begleiten. Innerhalb der Klinik wechselte er 2017 als Standortleiter und Verantwortlicher für Koloproktologie, minimal-invasive kolorektale Chirurgie, aber auch

andere Bereiche an das Virchow Klinikum Campus Mitte.

Schlussendlich wurde er 2020 nach Graz als Leiter der Chirurgie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder berufen.

Nach dem vormittäglichen Besuch bei Hans Meixner fahren wir nach einer kurzen Mittagsruhe zum Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und werden dort von Felix Aigner in Empfang genommen und durch das Haus geführt.

Visite



Empfang am Eingang



Unter anderem besichtigen wir den wunderschönen begrünten Innenhof und den Hochaltar mit Figurengruppen von

Ein Garten im Innenhof



Barmherzigen Brüdern in der spätbarocken Barmherzigen Kirche. Nachdem Felix sein Programm vorgestellt hat, treffen wir uns mit seiner Frau Martina zum Abendessen in einem erlesenen Restaurant in der Altstadt und lassen den Tag gemütlich ausklingen.



Hochaltar



Noch so ein schöner Ruhepol

EINE ÖSTERREICH-RUNDFAHRT DER BESONDEREN ART

Felix Aigner

Ich würde sagen, dass drei Zitate zweier meiner ehemaligen Chefs meine chirurgische Laufbahn maßgeblich beeinflusst haben:

„Für die Chirurgie, Herr Aigner, müssen Sie zuerst einmal Anatom werden.“ (Univ. Prof. Dr. Christoph Papp, Plastische Chirurgie, Barmherzige Brüder Krankenhaus Salzburg)

„Chirurgie lernt man nicht in 42 Stunden regulärer Arbeitszeit.“ (Univ. Prof. Dr. Raimund Margreiter)

„Die Habilitation ist keine Meisterprüfung, sie kommt am ehesten der Gesellenprüfung nahe!“ (Univ. Prof. Dr. Raimund Margreiter)

Das erste berücksichtigend, beschloss ich 2001 während meiner Turnusarztausbildung am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in meiner Heimatstadt Salzburg, mich auf eine Assistenzarztstelle an einer der damals drei Institute für Anatomie in Wien, Graz und Innsbruck zu bewerben.

Es tat mir damals bereits leid, dass ich im Rahmen meines Medizinstudiums an der Karl-Franzens-Universität Graz 1994–2000 aufgrund meines stringenten und zielstrebigem Studienfortganges keine Zeit für eine Demonstrator Tätigkeit auf der Anatomie fand, obwohl ich die Makroanatomie in Hinsicht auf eine chirurgische Laufbahn für unabdingbar hielt. Und ich sollte Recht behalten, denn nachdem ich mit Wintersemester 2001 eine Assistentenstelle auf der Anatomie in Innsbruck bei Frau Professor Helga Fritsch nach dem alten Universitätsorganisationsgesetz 1993 antrat, war ich neben



Ansprache bei einer Weihnachtsfeier

dem Studentenunterricht maßgeblich in der Durchführung klinisch-anatomischer Fort- und Ausbildungskurse für Orthopäden, Traumatologen und Plastische Chirurgen sowie später auch für Viszeralchirurgen involviert. Frau Professor Helga Fritsch führte mich damals als ihr Assistent in die Plastinationshistologie und die embryonale Entwicklung des Beckenbodens ein und überließ mir die Möglichkeit der intensiven Beforschung des Themas mit einer damit verbundenen umfangreichen Vortrags- und Publikationstätigkeit.

Dadurch war es mir möglich, in den nationalen und internationalen Fachgesellschaften (v. a. Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie, DGK, und European Society of Coloproctology, ESCP) Fuß zu fassen, was mir bis heute ein außerordentlich produktives und fächerübergreifendes Netzwerk beschert.

Aufgrund meiner regen Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Enddarmentwicklung wurde die Spur zur Allgemein- und Viszeralchirurgie in Innsbruck gelegt,

wohin ich im Sommer 2003 als Assistenzarzt seinerzeit noch von der Bundesministerin Gehrler auf meine Bewerbung hin dienstversetzt wurde. Nach einer bahnbrechenden und vielzitierten Publikation über das Verteilungsmuster der Endäste der A. rectalis superior in Bezug auf das Hämorrhoidalleiden, die ich als Erstautor am Institut für Anatomie in Zusammenarbeit mit Kollegen der Univ.-Kliniken für Chirurgie und Radiologie abschließen konnte (Aigner et al. 2004), konnte ich unter Prof. Margreiter an der Klinik Innsbruck (später Univ.-Klinik für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie) meine klinische und experimentelle Forschungstätigkeit im koloproktologischen Bereich weiterführen.

Ich habe den Kontakt und die Kooperation mit dem Fach Anatomie bis heute nicht verloren, ganz im Gegenteil, egal, wo es mich anschließend beruflich hingezogen hat (Berlin, Graz), habe ich versucht, später v. a. für Ausbildungszwecke fruchtbare Netzwerke zwischen Anatomie und Chirurgie herzustellen. Heute organisiere ich gemeinsam mit chirurgischen Kollegen und Weggefährten der letzten Jahre Operationskurse für Koloproktologie (im Speziellen für minimalinvasive Operationstechniken) an den Anatomischen Instituten in Kiel, Salzburg und Graz.

An der Klinik in Innsbruck, wo ich meine gesamte Ausbildungszeit zum Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und meine Habilitation unter Professor Margreiter absolvieren durfte, war ich bis zu meinem Wechsel an die Charité-Universitätsmedizin Berlin im Sommer 2014 als Oberarzt und Leiter der Koloproktologischen Arbeitsgruppe, die ich früh als junger Facharzt 2007 von Herrn Ass.-Prof.

Dr. Friedrich Conrad, meinem proktologischen Mentor, übernehmen durfte, tätig.

Professor Margreiter habe ich es zu verdanken, dass ich im Rahmen meiner umfangreichen Ausbildung in Viszeral- und Transplantationschirurgie inklusive Kinder- und Thoraxchirurgie eine frühe Spezialisierung und Übernahme der Verantwortung für die koloproktologische Arbeitsgruppe an seiner Klinik erfahren durfte. Friedrich Conrad, der mich bis zu seiner Pensionierung 2007 unter seine proktologischen Fittiche genommen hat und der für mich bis heute noch klinischer Ziehvater auf dem Gebiet der Enddarmchirurgie ist, hat mir verdeutlicht, dass eine Durchdringung eines chirurgischen Spezialfaches wie der Koloproktologie nur durch Wissbegierde und Weiterbildung im Rahmen von Hospitationen und Kongressen sowie Vernetzung mit „gleichgesinnten“ Kollegen weltweit und der bedingungslosen Patientenbetreuung von A bis Z zum Erfolg führt. Unter Professor Margreiter als Klinikvorstand war dies kein Problem, er förderte jeden aufstrebenden und engagierten Mitarbeiter, ließ uns als solche auch außerhalb unserer Dienstzeiten den Ausbildungsinteressen nachkommen und war offen für medizinische Innovationen, die er mit Weitblick und akademischer Gesinnung immer kritisch analysiert hat. Außerdem legte Professor Margreiter stets Wert auf den Blick über den Tellerrand und verlangte von uns fächerübergreifendes Wissen oder zumindest das Interesse daran. Er war es, der Friedrich Conrad bei seiner Pensionierung mit den Worten verabschiedete: „Der Conrad kann mit Fug und Recht von sich behaupten, er kennt jedes A..... von Tirol.“

Wenn ich rückblickend auf die letzten 20 Jahre, in denen ich die Chirurgie im Allgemeinen erlebt habe, die wichtigsten Meilensteine für meinen Bereich der Koloproktologie beschreiben darf – so war es der Herausgeberauftrag dieses Buches – dann darf ich bekräftigen, dass ich stolz bin, in dieser rasanten Entwicklung dieses spannenden Faches der Medizin mitwirken zu dürfen. Wiewohl ich weiß, nur ein Sandkorn in diesem Universum der fachlich ausufernden Medizin mit immer höheren Ansprüchen von Seiten aller Stakeholder im Gesundheitswesen zu sein. Auch hier möchte ich Raimund Margreiter zitieren, der mir im Rahmen eines Karrieregesprächs gesagt hat: „Es gibt so viele Daten in unserem Fach, die brachliegen, man muss sie nur aufklauben und verarbeiten, setzt natürlich voraus, dass man mit offenen Augen und Ohren durchs Berufsleben schreitet!“ und weiter: „Ein Tag ohne etwas Neues gelernt zu haben, ist ein verlorener Tag.“ Da bin ich wieder bei dem Anfangszitat mit der Habilitation als Gesellenprüfung.

Natürlich wuchs ich chirurgisch nicht wie Margreiter in der großen Pionierzeit wie die der Transplantationschirurgie auf, aber alleine die Weiterentwicklung der minimalinvasiven Chirurgie bis hin zur Single-incision-Knopflochchirurgie bzw. robotisch-assistierter oder wie in meinem Fall der transanalen onkologischen Chirurgie ist phänomenal schnell voran gegangen und hat mit der Einführung der künstlichen Intelligenz in der Chirurgie mittlerweile das nächste vor einiger Zeit noch als utopisch bezeichnete Kapitel aufgeschlagen.

Wenn man bedenkt, dass es mehrere Jahrzehnte gedauert hat seit der Ein-

führung der laparoskopischen Chirurgie (erste lap. Colonresection) bis zur allgemeinen Akzeptanz desselben Zuganges für onkologisch radikale Kolon- und Rektumresektionen mit vergleichbaren onkologischen Ergebnissen zur bis dahin traditionellen, offenen Chirurgie (Bonjer et al. 2015), so ist es umso erstaunlicher, wie rasant innovative Weiterentwicklungen im minimalinvasiven Sektor wie das robotischassistierte (sog. telemanipulative) oder das transanale oder sog. NOTES (natural orifice total endoscopic surgery)-Verfahren im letzten Jahrzehnt Einzug gehalten hat und bereits als neue Standardverfahren den konventionell laparoskopischen Verfahren gegenübergestellt werden (Liu et al. 2023).

Durch die frühe Aufnahme der minimalinvasiven Chirurgie für komplexe viszeralkirurgische Eingriffe und die intensive Auseinandersetzung mit diesem Paradigmenwechsel in der Chirurgie im Allgemeinen konnten wir in Innsbruck mit der Unterstützung von Prof. Margreiter, der von Beginn an diese Innovationsgedanken gefördert und das Minimal-Invasive Trainingszentrum (MIC-Zentrum) in den Räumlichkeiten der Theoretischen Chirurgie in der Schöpfstraße gegründet hat, sowohl die eigenen Mitarbeiter als auch interessierte Kollegen aus dem In- und Ausland in MIC aus- und weiterbilden. Ich habe damals im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (ACP), deren langjähriger Sekretär ich war und mittlerweile selbst Vorsitzender derselben bin, die Initialzündung für ein koloproktologisches Ausbildungscurriculum (Ausbildungspass) in ganz Österreich anhand der in Innsbruck vorherrschenden großzügigen Infrastruktur im MIC-Zentrum und auf der Anatomie als Grundla-

ge für die Europäische Facharztprüfung geschaffen und das Konzept auch erfolgreich publizieren können (Aigner et al. 2013). Ich bin in diesem Zusammenhang auch dem Nachfolger von Professor Margreiter als Klinikdirektor 2009, Herrn Professor Johann Pratschke, dankbar, dass er diese Innovationsbereitschaft weitergeführt und uns dahingehend sowohl in Innsbruck als auch später an der Charité in Berlin unterstützt hat.

Ein weiterer Paradigmenwechsel hat sich in den letzten Jahren bei der Behandlung des Rektumkarzinoms herauskristallisiert und macht sich auch in unserer onkologisch-chirurgischen Gesellschaft bemerkbar. Durch noch exakteres Tumorstaging mit Hilfe der hochauflösenden Magnetresonanztomografie ist es uns möglich, Patienten mit tumorspezifischen Risikokonstellationen im lokal fortgeschrittenen Stadium (Stichwort: extramurale vaskuläre Infiltration [EMVI] und Befall der mesorektalen Faszie) herauszufiltern und einer intensiveren Vorbehandlung im Totalen-Neoadjuvanten-Therapiekonzept (TNT, Kasi et al. 2020) mit dem Ziel, ein komplettes Ansprechen des Tumors und ein verbessertes krankheitsfreies Überleben herbeizuführen. Mittlerweile liegt in bestimmten Stadien die Rate an komplettem klinischem Ansprechen unter diesem Therapieansatz bei bis zu 20 % und wir können damit unsere Patienten in ein organerhaltendes Beobachtungsprogramm (watch and wait) überführen (Aigner et al. 2020). Auch hier war die Innsbrucker Chirurgie federführend in der stringenten onkologischen Nachsorge in der eigenen Abteilung. Somit hatten die Mitarbeiter die Möglichkeit, die Patientenbetreuung von der Erstvorstellung bis hin zur Nachsorge

lückenlos zu begleiten, eine für mich unabdingbare Notwendigkeit in der Betreuung unserer Patienten. Die wissenschaftliche Begleitung durch uns chirurgische Protagonisten dieses verständlicherweise sehr von Onkologen und Strahlentherapeuten getragenen Themas (TNT und watch and wait) ist unabdingbar, wiewohl ein allzu langes Intervall zwischen Abschluss der Radiochemotherapie und der onkologisch radikalen Operation technisch fordernder wird aufgrund der zunehmenden Fibrose in den embryonalen Präparationsschichten.

Wie können wir als Schüler Raimund Margreiter, die wir – wie dieses Buch sehr eindrucksvoll veranschaulicht – über alle Bundesländer verstreut sind, den Innsbrucker Geist auch wissenschaftlich hochhalten? Die letzten Jahre und v. a. die SARS-CoV2-Pandemie haben bestätigt, was uns unsere europäischen Kollegen schon längst vorgelebt haben (Beispiel Niederlande oder Frankreich, z. B. GRECCAR Studienkonsortium): Eine rasche, den aktuellen Themen im Gesundheitswesen angepasste und vor allem grenzüberschreitende Erhebung von Daten und zentrale Analyse derselben über einen breiten Querschnitt der Bevölkerung, nicht das Wetteifern einzelner Kliniken um die höchste Fallzahl, ist für die Weiterentwicklung der Medizin entscheidend. Der Schlüssel zum Erfolg lautet Collaborative Networks und ermöglicht so auch kleineren Abteilungen mit nicht minder wissenschaftlich interessierten Abteilungsleitern, einen Beitrag zur Versorgungsforschung wie im Falle der Ermittlung des adäquaten Operationszeitpunktes nach Covid-19-Infektion zu leisten (COVIDSurg Collaborative; GlobalSurg Collaborative 2021). Bei letzterer

konnte ich gemeinsam mit meiner Nachfolgerin als Leiterin der Koloproktologischen Arbeitsgruppe in Innsbruck, Frau Dr. Irmgard Kronberger, die leider viel zu früh von uns gegangen ist, als National Leads der CovidSurg collaborative über 30 österreichische chirurgische Abteilungen von Uniklinik bis Bezirkskrankenhaus zur Dateneingabe über ein zentrales Online-Register bewegen und so einen Grundstein für nachfolgende Studienprojekte (aktuell beispielsweise eine Registerstudie zur prospektiven Erfassung des Low anterior resection syndromes – kurz: LARS – eine nach wie vor unterschätzte Funktionsstörung nach Rektumresektion) legen.

Digitalisierung sei's gedankt, dass wir auf diesem Gebiet miteinander auf kurzem Weg vernetzt und produktiv auch über die Entfernung tätig sein können.

Zuletzt möchte ich für meinen Bereich der Koloproktologie einen kleinen Ausblick in die Zukunft wagen, die meines Erachtens nach bereits begonnen hat. In der Optimierung der Erkennung von neoplastischen Veränderungen im unteren Verdauungstrakt hat sich mein klinisches Forschungsinteresse sehr in den Bereich der Liquid Biopsy sowie der künstlichen Intelligenz (KI) verlagert. Ich bin stolz, als nichtuniversitäre Einrichtung in enger Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz einerseits und international renommierten akademischen Einrichtungen andererseits an großen Studien zu o. g. Themen teilnehmen zu dürfen, was einmal mehr dem zukunftssträchtigen und meines Erachtens mittlerweile in der Forschungslandschaft nicht mehr wegzudenkenden kollaborativen Netzwerkcharakter gleichkommt. Im von der

EU geförderten CLASSICA-Projekt (www.classica-project.eu) geht es um die KI-gestützte Erfassung und Erkennung von Frühstadien des Rektumkarzinoms mittels Fluoreszenzangiografie. Die allgemeine Sorge, für das Training von KI-Modellen benötige man zigtausende Datensätze, lässt sich relativ einfach entzaubern. Wenn beispielsweise ein Krankenhaus Fehler in seinen elektrischen Systemen vorhersagen will, kann der Algorithmus schon aus 250 Fehlern lernen, Abweichungen im System zu erkennen (Brandolisio A. & Leitl M. Schwerpunkt: Künstliche Intelligenz; Harvard Business Manager Mai 2023). In unserem Modell zur Differenzierung von neoplastischen Arealen bei Adenomen und frühen Stadien des Rektumkarzinoms anhand von Perfusionsmustern in der real-time Fluoreszenzangiografie benötigt die KI-Software nur mehr an die 50 Datensätze, um eine Landkarte für den Chirurgen intraoperativ zu erstellen.

Die intraoperative Visualisierung von Resektionsgrenzen mittels Fluoreszenzangiografie oder anderen Verfahren (wie Hyperspektralimaging) und der Einsatz von virtueller und augmentierter Realität wird es in Zukunft dem Chirurgen erleichtern, das Operationsgebiet und in der onkologischen Chirurgie v. a. die Tumorgrenzen einzuschätzen. All diese Methoden bieten aber auch für die Ausbildung unseres chirurgischen Nachwuchses Chancen zur Simulation in virtuellen Operationsszenarien, gerade in Hinblick auf die immer knapper werdenden Ausbildungsmöglichkeiten (Stichwort: Arbeitszeitgesetz und Work-Life-Balance).

Daher schließe ich gerne mit den eingangs zitierten Worten unseres Lehrmeisters Raimund Margreiter:

„Ein Tag, ohne etwas Neues gelernt zu haben, ist ein verlorener Tag.“ und setze mit einem weiteren Zitat unseres großen Lehrmeisters noch einen drauf: „Die Chirurgie erlernen Sie nicht in einer 42-Stunden-Woche!“

In diesem Sinne hoffe ich, dass auch nachfolgende Chirurgengenerationen von einer Chirurgenschule profitieren und die Tradition entsprechend ihren Schülern weitergeben können, so wie ich es genießen konnte.

Literatur

Aigner F, Gröne J, Kneist W. Organerhalt Rektum. *Coloproctology* 2020; 42: 324–330, <https://doi.org/10.1007/s00053-020-00468-3>.

Aigner F, Resch T, Oberhuber R, Kronberger I, Hörmann R, Fritsch H, Pratschke J, Oberwalder M. Anatomical-coloproctological skills lab. *Eur Surg* 2013, DOI 10.1007/s10353-013-0239-3.

Aigner F, Bodner G, Conrad F, Mbaka G, Kreczy A, Fritsch H. The superior rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation techniques for internal hemorrhoids. *Am J Surg*. 2004 Jan; 187(1): 02–8

Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, Cuesta MA, van der Pas MH, de Lange-de Klerk ES, Lacy AM, Bemelman WA, Andersson J, Angenete E, Rosenberg J, Fuerst A, Haglund E; COLOR II Study Group. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med*. 2015 Apr 2; 372(14): 1324–32.

COVIDSurg Collaborative; GlobalSurg Collaborative. Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: an international prospective cohort study. *Anaesthesia* 2021 Jun; 76(6): 748–758. doi: 10.1111/anae.15458

Kasi A, Abbasi S, Handa S, Al-Rajabi R, Saeed A, Baranda J, Sun W. Total Neoadjuvant Therapy vs Standard Therapy in Locally Advanced Rectal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020 Dec 1; 3(12): e2030097. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.30097.

Liu H, Zeng Z, Zhang H, Wu M, Ma D, Wang Q, Xie M, Xu Q, Ouyang J, Xiao Y, Song Y, Feng B, Xu Q, Wang Y, Zhang Y, Hao Y, Luo S, Zhang X, Yang Z, Peng J, Wu X, Ren D, Huang M, Lan P, Tong W, Ren M, Wang J, Kang L; Chinese Transanal Endoscopic Surgery Collaborative (CTESC) Group. Morbidity, Mortality, and Pathologic Outcomes of Transanal Versus Laparoscopic Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer Short-term Outcomes From a Multi-center Randomized Controlled Trial. *Ann Surg*. 2023 Jan 1; 277(1): 1–6.

10

EIN VOLLER ERFOLG: DIE WELTWEIT ZWEITE DOPPELHANDTRANSPLANTATION

R. Margreiter

August 1994 wurde Theo Kelz, der Sprengstoffexperte der Klagenfurter Polizei, zu einer zweisprachigen Schule gerufen, weil man dort einen rohrförmigen Gegenstand gefunden hatte, der den Verdacht auf eine Rohrbombe aufkommen ließ. Kelz wollte das Rohr im nahegelegenen Flughafen durchleuchten lassen. Als er das Rohr, das von dem Rechtsterroristen Franz Fuchs deponiert worden war, um drei Uhr in der Nacht in das mobile Röntgengerät legte, explodierte die Bombe, riss ihm beide Hände weg und verletzte ihn im Bereich des Thorax und der Augen sowie an den Armen. Nachdem man im Krankenhaus die beiden Stümpfe – an eine Replantation war wegen der Schwere der Verletzung überhaupt nicht zu denken – und auch die multiplen Wunden versorgt hatte, wurden die Augenverletzungen durch eine Hornhauttransplantation links und Fixation der Netzhaut auf der rechten Seite mittels Laser behandelt. Im Rehabilitationszentrum Tobelbad wurde er anschließend mit zwei myoelektrischen Prothesen versorgt. Schon damals hatte sich Herr Kelz mit der Möglichkeit einer Handtransplantation auseinandergesetzt.

1964 war erstmals in Guayaquil (Ecuador) von Gilbert Elizalde eine Hand transplantiert worden. Bei den damaligen Möglichkeiten der Immunosuppression konnte es nicht verwundern, dass diese schon nach zwei Wochen irreversibel abgestoßen worden war.

Kelz hatte schon bald nach seiner Genesung 50 Transplantationszentren weltweit kontaktiert, aber von allen ablehnende Antworten erhalten. Er selbst ist fest davon überzeugt, dass er sich ein zweites Mal an mich gewandt und ich wegen seiner Hartnäckigkeit zugestimmt hätte. Das stimmt so sicherlich nicht. Laut meinen Unterlagen wandte sich Kelz am 4. Mai 1995 mit der Fra-

ge nach einer Handtransplantation an mich. Da es experimentell auch mit den neuen Immunosuppressiva zum damaligen Zeitpunkt nicht möglich war, Haut erfolgreich zu transplantieren, habe ich ihm ablehnend geantwortet, aber darauf hingewiesen, dass dies in absehbarer Zeit möglich werden könnte.

Am 23. September 1998 hat dann mein Freund Max Dubernard aus Lyon die erste erfolgreiche einseitige Handtransplantation beim Neuseeländer Clint Hallam durch ein internationales Chirurgenteam unter E. Owen koordiniert.

Es ergab sich, dass ich einige Wochen später neben Max im Flugzeug auf dem

Weg zu einem Kongress in Karachi saß und so reichlich Gelegenheit hatte, ihn über die technischen und immunologischen Einzelheiten zu befragen.

Zurück in Innsbruck habe ich mich sofort mit Kelz ins Einvernehmen gesetzt und mit ihm ein erstes Gespräch vereinbart. Bei diesem Gespräch wurde schnell klar, dass es sich bei Kelz um einen idealen Kandidaten handelte: Er war nach Aufklärung über alle Risiken vor allem der Immunsuppression geradezu besessen auf neue Hände. Das ist ein ganz wesentlicher Punkt, stellt doch der Wunsch des Patienten die einzige Indikation für diesen Eingriff dar. Zudem hatte ich den Eindruck, dass man ihm die nicht geringe Belastung durch die postoperative Physiotherapie zumuten konnte. Außerdem erschien er mir sehr verlässlich, ja man konnte von einem Übermaß an Compliance ausgehen. Diese Eindrücke wurden später im Rahmen der Voruntersuchungen von zwei unabhängigen Psychiatern bestätigt. Bevor ich einen Termin für diese Untersuchungen vereinbaren konnte, musste ich ein Operationsteam zusammenstellen. Es war mir klar, dass dies nur unsere Hand- und Plastischen Chirurgen sein konnten. Ich würde mich um den Spender kümmern, den Eingriff koordinieren und das postoperative Management inklusive Immunsuppression übernehmen. Da der Lehrstuhl für Plastische Chirurgie nach Hans Anderl wohl mit Hildegunde Piza wiederbesetzt war, diese aber erst am 1. März ihren Dienst antreten würde, wandte ich mich zuerst an Milomir Ninkovic, der sofort von der Sache begeistert war. Dienstältester Chirurg an der Plastischen Chirurgie war Heribert Hussl, der ebenfalls sofort zustimmte. Jetzt brauchte man noch die

Handchirurgen, die Teil der Unfallchirurgie sind. Geleitet wurde die Gruppe von Sigurd Pechlaner.

Es brauchte einige Überzeugungsarbeit, um ihn für die Sache zu gewinnen. Sehr hilfreich dabei war mein Argument, dass eine Transplantation ja wesentlich leichter sei als eine Replantation, sind doch alle Wunden verheilt, das Operationsfeld steril und man kann sich vom Spender so viel Gewebe entnehmen, wie gebraucht wird. Schließlich stimmte er zu und brachte Markus Gabl mit, einen ebenfalls sehr erfahrenen Mann auf dem Gebiet der Handchirurgie. Da auf beiden Seiten gleichzeitig operiert würde, brauchte man noch einige Assistenten. Aber die waren stolz, bei dieser Premiere dabei sein zu dürfen, und deshalb leicht zu gewinnen.

Im Rahmen der noch im Jänner stattgefundenen Voruntersuchungen konnte kein pathologischer Befund erhoben werden, sodass wir unseren Patienten auf die Warteliste gesetzt haben. Einzig erschwerender Befund war die Blutgruppe „B“, weil es relativ schwierig sein würde, einen butgruppenidenten Spender zu finden. Zudem sollten der Spender ein etwa gleichaltriger weißer Mann und die Transplantate von ähnlicher Größe und Textur sein. Als akzeptabel wurden +/- 10 % im Knochenröntgen festgelegt. Vorher hatten wir dem Patienten ein Gespräch mit Clint Hallam und Max Dubernard in Lyon vermittelt.

Nachdem die Mitglieder des Operationsteams feststanden, wurden alle vier darauf aufmerksam gemacht, dass sie ab jetzt jederzeit via Pager erreichbar sein müssten.

Als dann Frau Piza in Innsbruck ihren Dienst antrat, wurde sie selbstverständlich in das Team aufgenommen.

Da die Entnahme von Händen im Gesetz nicht explizit geregelt ist, fühlte ich mich verpflichtet, die Angehörigen um Erlaubnis zu fragen. Bei zwei idealen Spendern versagten diese ihre Zustimmung. Zwischenzeitlich hatte Kelz die Presse verständigt und in der Folge waren mehrere Berichte nicht nur in österreichischen Zeitungen erschienen. Wenn mich das anfangs auch sehr irritiert hat, so hat sich diese Affinität zu den Medien später als vorteilhaft erwiesen. Das mediale Interesse konnte Kelz gar nicht groß genug sein.

Am 23. Dezember 1999 schien es dann so weit zu sein. Herr Kelz wurde vom Roten Kreuz auf schnellstem Wege in die Klinik gebracht. Bedauerlicherweise konnte ich jedoch kein einziges Mitglied des Operationsteams erreichen! Zu jeder Tages- und Nachtzeit verfügbar zu sein, ist eines der großen Probleme in diesem Beruf. Ich bin in meinem Berufsleben abgesehen von Expeditionen oder dem einzigen Urlaub, den ich mit der Familie machte, weit über 30 Jahre durchgehend erreichbar gewesen. Es blieb mir jetzt nichts anderes übrig, als Herrn Kelz zu sagen, dass die Transplantation wegen einer positiven Kreuzprobe, also aus immunologischen Gründen, nicht gemacht werden kann. Die Wahrheit habe ich ihm 20 Jahre später mitgeteilt.

Aber wir hatten Glück: 14 Wochen später am 7. März 2000 wurde uns ein geeigneter Spender gemeldet. Nachdem ich von der Frau des Spenders das Placet eingeholt hatte – diese hat übrigens sofort zugestimmt – wurde der Patient verständigt, der dann in den frühen Mor-

genstunden eintraf. Die Mitteilung, dass wir nicht wie noch vor wenigen Wochen geplant eine, sondern beide Hände zu transplantieren beabsichtigen, machte ihn überglücklich. Im Gegensatz zum ersten Mal konnte ich diesmal jedes einzelne Teammitglied erreichen.

Die Eingriffe beim Spender und Empfänger wurden zeitgleich um 8.30 Uhr begonnen, wobei Herr Kelz von Frau Dr. Kornberger hervorragend anästhesiert wurde. Um die warme Ischämiezeit so kurz als möglich zu halten, wurden beide Unterarme beim Spender erst insitu perfundiert, nachdem alle wesentlichen Strukturen beim Empfänger freipräpariert waren. Nachdem beide Unterarme beim Spender entfernt und die Stümpfe mit Schmuckprothesen von Herrn Kelz versorgt worden waren, zog ich mich vom operativen Geschehen zurück. Beim Empfänger wurden auf beiden Seiten simultan die Knochen von den Handchirurgen stabilisiert. Dann wurden je zwei Arterien von Ninkovic und Hussl anastomosiert und der Blutstrom noch vor Fertigstellung des venösen Abflusses freigegeben. Dieser wurde anschließend über je zwei Venen sichergestellt. Sehnen und Muskeln wurden ebenfalls



Simultane Operation beidseits

von Ninkovic und Hussl versorgt, bevor abschließend die Nerven von Frau Piza koaptiert und die Haut verschlossen wurde. Insgesamt hat der Eingriff 17 Stunden gedauert. Um 1.30 Uhr des 8. März kam Kelz in stabilem Zustand auf die Intensivpflegestation der Transplantation. Bereits intraoperativ war die Immunsuppression mit ATG begonnen und mit Tacrolimus, CellCept und Cortison fortgesetzt worden. Die Wundheilung war völlig problemlos, sodass die Hautnähte am Tag 12 entfernt werden konnten. Nur am 14. April musste ein kleiner Hautdefekt in der Größe von 3 x 4 cm mit Spalthaut gedeckt werden.

Herr Kelz wurde bis Mitte Mai stationär und ab diesem Zeitpunkt bis zur Entlassung vor Weihnachten ambulant behandelt. Wir hatten für ihn und seine Frau in der Höttinger Au eine Kleinwohnung gemietet.

Abgesehen von einer akuten Abstoßungsreaktion, die vom Dermatologen nicht erkannt wurde und die wir mit niedrigen Cortison-Dosen rasch wieder in den Griff bekamen, war der postoperative Verlauf weitestgehend komplikationslos.

Nach einer ruhigen ersten Nacht auf der Intensivpflegestation bedankte sich Herr Kelz bei seinen Ärzten und bezeichnete die neuen Hände als die seinen. Am Tag drei wurde mit Physiotherapie begonnen, die dann sukzessive intensiviert wurde. Ab der 3. Woche waren es dann 6–8 Stunden am Tag, wobei er immer von Carla Kaiser, Maria Barbach und Susanne Wopfner, angeleitet von Frau Marina Ninkovic, nach der Methode Perfetti mit großer Hingabe therapiert wurde. Zusätzlich wurde der Patient noch 3 Stunden pro Woche von der Ergotherapeutin

Dunja Estermann behandelt. Es war vor allem der Zivilrechtler Heinz Barta, der in den Medien behauptete, dass die Entnahme von Händen in Österreich gesetzlich nicht gedeckt sei. Eine Woche nach dem Eingriff veranstaltete er sogar ein Symposium zu der Thematik. In einem ausführlichen Artikel in der „Presse“ stellte der namhafte Jurist Christian Kopetzki eindeutig fest, dass diese Transplantation als Heilversuch durchaus erlaubt sei. Ähnlich äußerten sich auch Prof. Dr. Alfred Radner, Präsident der österreichischen Gesellschaft für Medizinrecht, sowie der bereits emeritierte Prof. Walter Schmidt.

Vor der Entlassung auch aus seiner ambulanten Behandlung waren noch zwei Physiotherapeutinnen des Krankenhauses Klagenfurt nach Innsbruck gekommen, um sich mit der Situation und den Methoden vertraut zu machen. In Klagenfurt wurde er noch 2–3 Mal pro Woche behandelt. Insgesamt hat der Patient nach eigenen Angaben 5.000 Stunden Physiotherapie über sich ergehen lassen. Das Ergebnis nach dem ersten Jahr war wesentlich besser als erwartet. So hatte er etwa 60–70 % der Motilität wie auch Sensibilität wiedererlangt.



5.000 Physiotherapiestunden



Clint Hallam in meinem Büro

Der Patient selbst war mit dem Ergebnis äußerst zufrieden und hat immer wieder betont, sein Ergebnis sei das beste weltweit.

Clint Hallam entwickelte leider eine Reihe von Abstoßungen und war mit dem funktionellen Ergebnis so unzufrieden, dass er überlegte, die transplantierte Hand wieder abnehmen zu lassen. Aus diesem Grund besuchte er mich sogar in Innsbruck und bat um meinen Rat.

Theo Kelz hat 17 Monate nach der Transplantation seine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen und auch den Motorrad-Führerschein neu gemacht. So kam er im Oktober 2001 mit dem Motorrad zur fälligen Kontrolluntersuchung,



Auf dem Motorrad zur Kontrolle



Eine Rundfahrt um die Klinik

wobei er auf den letzten Kilometern von einer größeren Polizeiabordnung eskortiert worden war. Dass ich ihm das Motorradfahren erlaubte, wurde vielfach kritisiert. Das Motorrad ist nun einmal ein wesentlicher Teil seines Lebens. Würde man ihm das verbieten, hätte man ihn besser nicht transplantiert.

Bereits im Jahre 2002 führte ihn seine erste größere Reise mit Kollegen zum Nordkap, die zweite im Jahr darauf nach Südamerika. Die Motorräder wurden mit dem Schiff nach Buenos Aires gebracht, die Teilnehmer sind mit dem Flugzeug angereist. Die Gruppe hatte das Pech, in Bolivien in die einzige „Revolution“ seit Che Guevara zu geraten. Kelz kam zu Sturz und zog sich eine distale Radius-

fraktur links zu. Zufällig kannte ich einen Traumatologen in Antofagasta, mit dem ich über E-Mails kommunizierte und der Kelz konservativ versorgte. Die Fraktur ist übrigens folgenlos ausgeheilt. Offenbar heilt transplantierte Knochen so gut wie autochthone. Die Reise musste daraufhin leider abgebrochen werden.

Die nächste große Reise sollte ihn 2006 allein um die Welt führen. So ist er ganz alleine bis etwa 600 km vor Wladiwostok gefahren, musste dann aber einen Zug nehmen, da nach seinen Aussagen keine Weiterfahrt mit dem Motorrad möglich war. Von dort ist er mit dem Flugzeug nach Hokkaido gereist, hat die Insel von Norden nach Süden und anschließend auch ganz Honshu durchquert und von dort wieder zurück nach Tokio. Nach Vancouver ist er geflogen, aber dann quer durch Canada nach Halifax und zurück nach Toronto wieder mit seinem „Mopale“ gefahren, wie er sein Motorrad liebevoll nennt. Auf dem Luftweg kam er in Frankfurt an und kehrte letztendlich gesund wieder zuhause in Kärnten heim. Im Frühjahr 2014 hat ihn ein Freund nach Kapstadt begleitet, einen Sturz hat er glimpflich überstanden. Diese Reisen würden auch einem Gesunden alles ab-

verlangen und zeigen, dass man mit transplantierten Händen sehr viel machen kann.

Im Laufe der Jahre müssen AV-Fisteln am linken Unterarm versorgt, ein kalter Schilddrüsenknoten reseziert und eine rupturierte Rotatorenmanschette genäht werden.

Wir telefonieren öfters, sehen uns mehrmals im Jahr und ich bin jetzt froh, dass ich mein Versprechen eines Besuches endlich einlösen konnte. Sehr zu seinem Bedauern war er leider nicht zu Hause. Seine Partnerin teilte uns mit, dass Herr Kelz von einem Krankenhaus einberufen worden sei. Unsere Sorgen waren umsonst: Ein übereifriger Assistent wollte nur einen leicht pathologischen Blutwert kontrollieren. Die Dame des Hauses hatte für uns einen guten Kuchen gebacken. Nachdem wir diesen mit Kaffee genossen hatten, führte sie uns durch das sehr schön gelegene Haus und den Garten mit wunderschönem Blick auf den Ossiacher See. Was wir noch nicht



Alle Reisen mit seinem Mopale



Besichtigung von Haus und Garten

Das besagte Motorrad



gesehen hatten, war das Motorrad, das mit all dem Zubehör in einem eigenen Raum untergebracht war. Eine Besonderheit findet sich etwa 100 m oberhalb des Hauses, nämlich ein Bildstock, den Herr Kelz als Dank für die gelungene



Bildstock

Transplantation seiner zwei neuen Hände hat bauen lassen.

Da die Straße den See entlang wegen einer Sportveranstaltung gesperrt war, mussten wir zurück, um auf die Autobahn zu gelangen. Durch den Tauern-tunnel kamen wir mit vielen neuen Eindrücken sicher zu Hause an.

Das einzigartige Erlebnis dieser Österreich-Rundfahrt war zu einem guten Ende gekommen.

Nun blieben noch insgesamt 16 Abteilungen auf meiner Liste, nachdem ich die Professoren Königsrainer und Steuerer schon vor längerer Zeit besucht hatte. Anlässlich der Berufung von Prof. Schneeberger auf den Innsbrucker Chirurgenlehrstuhl schrieb die „Tiroler Tageszeitung“ erstmals am 3. März 2023 von einer „Margreiter-Schule“ und auf der Homepage der Medizin-Universität Innsbruck ist von der modernen „Chirurgischen Schule Innsbruck“ die Rede. So reifte unter den ehemaligen Mitarbeitern, die sich dezidiert als meine Schüler sehen, die Idee, diese Entwicklung in Form eines Buches für unsere Nachfahren festzuhalten. Nachdem ich mich vor Ort informiert hatte, habe ich versucht, die Herren in knapper Form vorzustellen. Diese Abhandlungen erscheinen in Chronologie der jeweiligen Übernahme einer Abteilung und sind recht unterschiedlich ausgefallen. Während einige ihr Lebenswerk recht nüchtern und mehr oder weniger ausführlich beschreiben, stellen andere in erster Linie ihre Zeit mit mir dar.

11

PRIM. I. R. DR.
JULIUS WIEGELE

R. Margreiter

Julius Wiegele ist 1949 in Brixen geboren und dort aufgewachsen. Das Medizinstudium hat er 1968 in Innsbruck aufgenommen und 1975 beendet. Julius war ein großes Fußballtalent und hat mehrere Jahre mit dem FC Wacker, der in den 70er Jahren fünf österreichische Meistertitel gewann, versucht, seine Form zu konservieren - ohne dass seine Ausbildung darunter gelitten hätte. Diese hat er mit zwei Jahren Gefäß- und einem Jahr Kinderchirurgie an der Innsbrucker Klinik begonnen. Er wechselte dann zu einem Zeitpunkt auf die Allgemeinchirurgie, als ich gerade dabei war, die Therapie des Mammakarzinoms zu ordnen. So wurde zunächst die Columbia Clinical Classification eingeführt, jedoch bald von der TNM-Klassifikation abgelöst. Die chirurgische Therapie bestand aus der modifiziert radikalen Mastektomie nach Patey. 1978 habe ich meine erste Tumorektomie durchgeführt; angeblich war es die erste in Österreich, über die Wiegele 1979 beim Österreichischen Chirurgenkongress berichtet hat. Von da an wurde zunehmend öfter tumorektomiert oder partiell mastektomiert. Und hier hat sich Wiegele besonders engagiert. Er hat das Thema wissenschaftlich bearbeitet und von seinen insgesamt 42 Publikationen beschäftigt sich ein Großteil mit Diagnostik und Therapie des Brustkrebses. Der Facharzt-Titel wurde ihm 1982 verliehen.



Altes Krankenhaus Kufstein

Am 1. September 1988 wurde ihm die Leitung der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Kufstein übertragen. Bald nach Dienstantritt hat er begonnen, die neue Technik der laparoskopischen Cholezystektomie an seiner neuen Arbeitsstätte zu etablieren. Als Einstieg in diese neue Technik der minimalinvasiven Chirurgie hospitierte er bei Ulf Wayand in Linz, der schon über einige Erfahrung mit dieser Methode verfügte. Noch im gleichen Jahr hat er im Innsbrucker Tier-OP bei einem Schwein laparoskopisch die Gallenblase entnommen. Kurze Zeit später gelang Wiegele in einem anderen Tiroler Bezirkskrankenhaus seine erste laparoskopische Cholezystektomie, bei der ihm Franz Aigner geholfen hat, der in unseren Breiten damals über die größte Erfahrung auf diesem Gebiet verfügte.

Im Jahr 1989 musste er in größter Eile die linke Lunge bei einem Mann entnehmen, der sich in suizidaler Absicht eine Schrotkugel in die linke Flanke geschossen hatte. Es war dies die erste Pneumonektomie im Hause. Der Patient hat diesen dramatischen Eingriff überlebt und sich bei seinem Retter herzlich bedankt.

Wertvolle Unterstützung erfuhr er ab 1991 durch seinen Landsmann Bernhard Spechtenhauser, der ihm 1992 bei der ersten Pankreasresektion und auch anderen schwierigen Eingriffen assistierte. Dieser ist ein Jahr später nach Innsbruck gewechselt, um dort seine Ausbildung zu optimieren.

Im Jahre 1994 habe ich ihm die Resektion eines distalen Ösophaguskarzinoms mit Wiederherstellung des Speiseweges durch eine Ösophagogastrostomie

assistiert. Sogar ein Patient mit einem rupturierten Aortenaneurysma hat unter Wiegeles Händen nach Interposition einer Prothese überlebt.

Das Überleben eines Patienten mit Perikardtamponade, bei dem in ultimis thorakoskopisch ein Fenster in den Herzbeutel geschnitten wurde, beweist, dass diese Form der Chirurgie auch in der Peripherie ihren Platz hat.

In den Jahren 1993–1998 war Wiegele an den Planungsarbeiten für das neue Krankenhaus in Kufstein beteiligt. Dieses wurde am 2. Juli 1999 offiziell eröffnet.

Seine Abteilung verfügte über 60 Betten. Für die maximal 60 Patienten standen ihm 6 Ärzte zur Verfügung.

Nach Jahren guter Zusammenarbeit mit der Verwaltung des Krankenhauses kommt es 2003 zu einem Zerwürfnis, welches die bis dahin problemlose Kooperation für immer beendete.

In regelmäßigen Abständen kommt Julius noch auf einen Kaffee zu Besuch und die älteren Herren reden über vergangene Zeiten.



Julius zu Besuch bei mir

12

PRIM. I. R. UNIV. DOZ. DR.
EKKEHARD STEINER

R. Margreiter

Hans Ekkehard Steiner ist 1947 in Wien geboren und hat das Medizinstudium 1964 in Innsbruck begonnen und dort am 19.12.1970 beendet. Seine Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie absolvierte er von 1971 – 1976 wiederum an der Klinik in Innsbruck, wovon er ein halbes Jahr an der Chirurgie in Schwaz tätig war. Sein besonderes Interesse galt der Allgemein-, Transplantations- und Gefäß-Chirurgie. Von Beginn seiner Ausbildung bis zur Übernahme der Leitung der Chirurgie am Landeskrankenhaus Hall im Jahre 1991 arbeiteten wir eng zusammen. Ekke, wie er von allen, die ihn besser kennen, genannt wird, hat mir geholfen wie wenige in meinem Berufsleben.



*Mit seinem Nachfolger Walter Mark
vor der neuen Chirurgie*

Von 1980 – 1983 hat er immer wieder am Institut für Chirurgische Forschung am Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität in München verschiedene Projekte durchgeführt. Sein Forschungsschwerpunkt war die Transplantation. Im Juni 1985 hat er sich mit der Arbeit „Die Pankreastransplantation beim Hund – eine tierexperimentelle Studie klinischer Probleme“ habilitiert.

Insgesamt ist er Autor oder Coautor von 206 wissenschaftlichen Publikationen. 1991 – wie oben bereits erwähnt – übernahm er von Prim. Klingler die Chirurgische Abteilung am LKH Hall und leitete diese äußerst erfolgreich bis 2012. Als Schwerpunkte seiner Tätigkeit nennt er die Allgemein-, Hernien- und auch die laparoskopische Chirurgie.

1971 wurde Gerhard Hilbe, Oberarzt an der Gefäßchirurgie im Haus, von seinem Jagdfreund Prof. Dittrich, Leiter der Nephrologie und Dialyse an der Medizinischen Klinik, gefragt, ob er nicht Interesse hätte, ein Transplantationsprogramm zu etablieren. Gerhards Frage, ob ich bereit wäre, das zusammen mit ihm zu machen, habe ich natürlich mit einem „ja“ beantwortet.

Völlig unerwartet erhielt Hilbe 1972 über Vermittlung von der leidenschaftlichen Jägerin Prinzessin de Réthy, der zweiten Frau des belgischen Königs Leopold III. ein einjähriges Stipendium am Baylor

College in Houston zu Michael DeBakey. Und diese Chance wollte Hilbe keinesfalls auslassen.

Wir vereinbarten nun, dass ich in seiner Abwesenheit alles wie zum Beispiel die Gewebstypisierung, die Hirntodbestimmung wie auch die Organperfusion vorbereiten würde, damit wir nach seiner Rückkehr sofort mit den Transplantationen beginnen konnten.

Gerhard Hilbe kam planmäßig im August 1973 aus den USA zurück, derweil ich alle Vorbereitungen zeitgerecht erledigt hatte.

Die erste Niere der neuen Serie wurde 1974 von Prof. Gschnitzer und Dr. Decristoforo transplantiert, scheiterte aber an einem Leck im Harnleiter.

Zwischenzeitlich hatte sich eine wesentliche Veränderung insofern ergeben, als Gerhard nach seiner Rückkehr an die Herzchirurgie gewechselt war und auf Grund verschiedenster Vorkommnisse keine Möglichkeit einer weiteren Zusammenarbeit mit Prof. Gschnitzer sah, das Haus verließ und als Oberarzt an das Krankenhaus Hall ging, um später die Leitung der Chirurgischen Abteilung am KH Natters zu übernehmen.

Für mich war die neue Situation äußerst schwierig, wollten doch auch die Urologen und die Gefäßchirurgen in die Transplantationschirurgie einsteigen.

Die aufwändigen Vorbereitungen waren ja bereits von mir getroffen worden. Für den Fall, dass ich nicht weitermachen würde, wäre das alles umsonst gewesen. Und nun bin ich wieder bei Ekke Steiner, der mir zusammen mit Martin Spiel-

berger und Franz Aigner seine Unterstützung zugesagt hatte, wohl wissend, dass für diese Tätigkeit keine Entlohnung zu erwarten war und die Umstände



Steiner, Spielberger und König in Boston 1980

miserabel waren. Ich habe immer gesagt: „Unter diesen Bedingungen würde man anderenorts keine Appendektomie machen.“

Da die Kooperationsbereitschaft der entsprechenden Abteilungen bezüglich Organspender oder die postoperative Betreuung von Nierenempfängern betreffend gleich „0“ war, habe ich die meiste Zeit in der Klinik verbracht. Am frühen Nachmittag des 5. April 1974 wurde ich telefonisch verständigt, dass ein junger Mann gerade im sogenannten Dienst-OP verstorben sei. Bin sofort dorthin und habe mit Hilfe der noch anwesenden Mannschaft des vorangegangenen Eingriffs in aller Eile beide Nieren entnommen. Auf Grund des zeitlichen Ablaufes und des Perfusates durfte man annehmen, dass die Organe für die Transplantation geeignet sind. Geholfen haben mir Ekke Steiner, Martin Spielberger und Roselies Kornberger, die anästhesiologische Stütze in der An-

fangszeit der Transplantation. Der Eingriff war gegen 3 Uhr Früh beendet und die Patientin kam in den dritten Raum der Intensivpflegestation. Dort warteten Ekke und ich darauf, dass die Niere ausscheidet: Wir zählten jeden Tropfen Harn. Zum ersten um 4 Uhr haben wir uns gratuliert, war es doch unsere erste Transplantation. Zumindest chirurgisch war der Eingriff geglückt. Der 2. Tropfen gegen 4.30 Uhr ließ uns hoffen und machte uns beide überglücklich.

Da sich das Transplantat jedoch nicht mehr erholt hatte, wurde es am Ende der 3. postoperativen Woche wieder entfernt und zeigte histologisch Zeichen schwerer ischämischer Schädigung. Entweder war der Spender längere Zeit vor seinem Tod drucklos oder die Zeit zwischen Tod und Entnahme war länger, als mir berichtet wurde. Wahrscheinlich beides.

Eine weitere Geschichte hat er mir und auch anderen öfters erzählt: An einem 22. Dezember Ende der achtziger Jahre hatten wir einen Multiorganspender im Haus. Da die meisten Zentren über Weihnachten geschlossen hatten, blieben alle Organe bei uns. In der Nacht vom 22. auf 23. Dezember wurde das Herz transplantiert, als Nächstes folgte die Leber und daran anschließend Niere und Pankreas. Am 24. Dezember um 13 Uhr waren auch diese drei Organe implantiert. Für mich war es selbstverständlich, dass ich die verbliebene Niere transplantierte. Da alle anderen in der Gruppe jünger als ich waren und kleinere Kinder hat-

ten, fand ich es selbstverständlich, am Heiligen Abend anfallende Arbeiten zu erledigen. Für ihren selbstlosen Einsatz habe ich mir Mühe gegeben, ihre Chirurgie zu verbessern, ihnen beim Verfassen von Publikationen zu helfen und im chirurgischen Alltag zur Seite zu stehen. Interessanterweise wurde meine Frau gefragt, was meine Kinder an meiner Arbeit am meisten gestört hat. Beide meinten, dass es die häufigen Absenzen am Heiligen Abend waren. Wenn man so wie wir alle Organe transplantierten, waren das nicht wenige Weihnachten, die wir in der Klinik verbrachten. Mit der Übernahme der Chirurgie in Hall hat sich die Zahl durchoperierter Nächte für Ekke doch wesentlich reduziert.



Im Park KH Hall

Der Grund, warum ich Doz. Steiner vorgestellt habe, ist seine Bescheidenheit, die ihm nie erlauben würde, seine wahre Leistung beim Aufbau der Transplantationschirurgie in Innsbruck zu benennen.

13

PRIM. I. R. PROF. DR.
HEINRICH PERNTHALER

R. Margreiter

Mit dem Studium hat Heinrich Pernthaler in Innsbruck im Oktober 1974 begonnen und ist bis zu seiner Promotion am 26. Januar 1980 dort geblieben. Nach drei Jahren Grundausbildung zum Chirurgen in Bozen und Brixen ist er dann 1983 wieder nach Innsbruck zurückgekehrt, um seine Facharztausbildung für Allgemeinchirurgie im Juli 1987 zu beenden.

Die Habilitation erfolgte dann 1994 zum Thema „Funktionelle Aspekte des Dünndarmtransplantates“. Seine Ausbildung hat er durch zwei Auslandsaufenthalte im ZU Leuven und im Biomedical Science Tower der Universität in Pittsburgh sein chirurgisches Wissen komplettiert.

Leider musste ich wegen einer Oberarmkopf-Trümmerfraktur rechts 1990 operiert und fünf Jahre später der mittlerweile nekrotische Kopf durch eine Prothese ersetzt werden.

Heinrich Pernthaler wurde gebeten, während der Zeit meines Krankenzustandes sich um die Transplantation zu kümmern.

Es ist ihm erfolgreich gelungen, das Transplantationsprogramm aufrechtzuerhalten, wofür ich ihm noch heute dankbar bin. 1996 wurde er zum Leiter der deutschsprachigen chirurgischen Abteilung am Landeskrankenhaus in Bozen bestellt und 1999 ihm in Innsbruck der Titel „außerordentlicher Universitätsprofessor“ verliehen.

AUCH SÜDTIROL HAT VON DER CHIRURGENSCHMIEDE PROFITIERT

Heinrich Pernthaler

Geboren bin ich 1954 in Bozen, wo ich auch das Gymnasium besucht habe. Da mich die Medizin immer schon interessiert hat, habe ich das Studium am 1.10.1974 in Innsbruck aufgenommen und am 26.1.1980 mit der Promotion beendet. Unmittelbar danach habe ich meine Ausbildung zum Chirurgen in Bozen begonnen. Schon während des Studiums hat sich meine Liebe zur Chirurgie und hier wiederum besonders zur Neurochirurgie und zur Plastischen Chirurgie entwickelt. Beide Bereiche habe ich mir insgesamt sechs Wochen als Famulant in Innsbruck bei Prof. Wilflingseder und in Elmira (USA) genauer angesehen. Von September 1980 bis Februar 1983 habe ich meine chirurgische Ausbildung in Brixen fortgesetzt, um im März 1983 eine Stelle in Innsbruck anzutreten.

Raimund begegnete ich bei einer damals noch selten ausgeführten Lebertransplantation. Ich war gerade ein paar Tage an der Klinik, als ich gebeten wurde, bei diesem Eingriff mitzumachen. Zunächst hat Ekkehard Steiner operiert, von dessen präziser Operationstechnik und akribischer Blutstillung ich fasziniert war. Als Newcomer durfte ich mich sogar mit einer speziellen Pinzette an der Blutstillung beteiligen. Die Hepatektomie hat Raimund selbst vorgenommen. Für mich war diese Art des Operierens wie von einer anderen Welt. Da ich damals noch plastisch-chirurgisch orientiert war, habe ich mich nicht bemüht, in diesem Team Fuß zu fassen. Ich erinnere mich noch gut, dass Raimund mir die erste Pankreas-Kopf-Resektion assistiert hat.

Als ich nach einigen Jahren Allgemein-chirurgie eine Stelle an der Plastischen

Chirurgie angeboten bekam, war ich jedoch bereits so weit fortgeschritten, dass ich mich für den Verbleib in der Allgemeinchirurgie entschieden habe. Die Viszeralchirurgie – für mich die Königin der Chirurgie – ist überaus faszinierend und wird mein Berufsleben mit all ihren Herausforderungen bestimmen. Die Tatsache, dass die Chirurgie dort beginnt, wo es noch keine internistische Therapie gibt, sah ich als große Herausforderung, sowohl was das geforderte Wissen als auch was die technische Komplexität dieser Chirurgie anbelangt. Mein Ehrgeiz hat keine andere Entscheidung zugelassen.

Sehr gefreut habe ich mich über den Vorschlag von Raimund, ich sollte das Thema der intraoperativen Cholangiographie bearbeiten, gemäß dem Statement eines amerikanischen Chirurgen aus La Jolla: „A requiem for the routine operative cholangiogram“. So nebenbei war es auch als kleiner Seitenhieb gegen die Chirurgie II gedacht, an der die intraoperative Cholangiographie meist mit Druckmessung kombiniert bei jeder Cholezystektomie durchgeführt wird. Das Ergebnis unserer Untersuchungen an 700 Patienten habe ich mit den Co-Autoren Sandbichler, Schmid und Margreiter 1990 im „British Journal of Surgery“ publiziert. Die Arbeit belegt, dass unter definierten Voraussetzungen die selektive Indikation der routinemäßigen intraoperativen Cholangiographie zumindest gleichwertig ist. Im „Current Opinion of Gastroenterology“ wurde die Arbeit als besonders lesenswert angeführt. Das ist eine bemerkenswerte Auszeichnung für die wissenschaftliche Bedeutung dieser Publikation. Der Verzicht auf die routinemä-

Bige Darstellung der Gallenwege bedeutete vor allem für den kurze Zeit später entwickelten laparoskopischen Zugang zur Cholezystektomie eine wesentliche Erleichterung.

Wissenschaftlich konnte ich mit finanzieller Unterstützung durch die Daniel-Swarovski-Stiftung am Tiermodell Untersuchungen zur Motilität des transplantierten Dünndarmes durchführen. Dabei stellte sich heraus, dass der Ileus ein Zeichen der akuten Abstoßung ist. Die Zeitschrift „Digestive Disease and Scinensis“ hat das Paper korrekturlos angenommen und sich mit einem Brief an mich für die Qualität und klare Darstellung der Arbeit bedankt. Es folgten weitere Arbeiten zur Keimbessiedlung in Abhängigkeit von Motilitätsveränderungen nach Darmtranssektion und anschließender Anastomosierung. Diese Forschung wurde nach meiner Berufung nach Bozen von Alexander Klaus und Helmuth Weiss fortgesetzt. Klaus hat sich sozusagen mit meinen Ideen habilitiert. Besonders gefreut hat mich, dass eine KPJ-Studentin in Meran im Rahmen einer Fallbesprechung über Motilin-Rezeptoren im Magen gesprochen hat, also Themen, die ich im Rahmen meiner Habilitation untersucht und dann in meiner Habilitationsschrift festgehalten und dann bei einigen lokalen Kongressen vorgetragen habe.

Als logische Folge meiner wissenschaftlichen Tätigkeit war ich bei der ersten isolierten Dünn- und Dickdarmtransplantation an einem Patienten mit Aganglionose des Darmes aktiv dabei. Die Spenderdarm-Konditionierung, die Freilegung der Empfängergefäße und der westlichen Darmsegmente machte ich, Raimund die Anastomosen. Bei der Transplantation

wurde der Darm distal anastomosiert, proximal wurde der Dünndarm als Stoma herausgeleitet, wie auch das native Jejunum. Der Patient konnte somit weiterhin trinken, ernährt wurde er über das Stoma. Der Darm hat von Anbeginn gut funktioniert. Der Eingriff war von medialem Interesse, es war meine erste Erfahrung mit einem Fernsehinterview. Der Patient konnte nach Rückoperation der Stomata ein normales Leben führen.

Im Jahr 1995 hatte Raimund ein gravierendes gesundheitliches Problem. Der Trümmerbruch des linken Oberarmkopfes, der 1990 suboptimal versorgt worden war, war nekrotisch geworden und musste durch eine Prothese ersetzt werden. Man hat mich nun gebeten, die Stationsführung zu übernehmen, um zumindest das Nierenprogramm aufrechtzuerhalten, habe aber dann nicht nur Nieren, sondern auch Pankreas- und Lebertransplantationen durchgeführt.

Gleich zu Beginn hatte ich die Gelegenheit, bei einer jungen Frau mit Oxalose eine simultane Leber-Nieren-Transplantation durchzuführen. Die Transplantation verlief optimal, die Niere hat von Beginn an sehr gut ausgeschieden, die Leber bestens funktioniert. Es war die erste erfolgreiche Lebertransplantation bei dieser Indikation in Innsbruck. In den acht Monaten (Mai bis Dezember) konnte ich Anzahl und Qualität der Nieren- und Pankreastransplantationen konstant halten, die der Leberverpflanzungen sogar bis auf die bislang höchsten Zahlen steigern. Zudem habe ich mit Dr. Spechtenhauser und Dr. Riedmann zwei Mitarbeiter in die Lebertransplantation einbinden und zu einer weitgehenden Selbständigkeit der meisten Schritte ausbilden können.

1996 war das Jahr der Bewerbungen. Zunächst hatte ich den Zuschlag zum Primariat Bruneck bekommen, habe das Primariat aber nicht angetreten, da man mich von höherer Stelle gebeten hat, mich in Bozen zu bewerben. Das Primariat Bozen habe ich dann gegen die Kollegen Alfred Königsrainer und Walther Thaler gewonnen.



Zentralkrankenhaus Bozen

Primariat Bozen

Jedem Neuanfang wohnt üblicherweise ein Zauber inne. Davon habe ich in Bozen wenig gespürt: Keine Patientenzuweisungen, wenig Begeisterung oder Loyalität im Team und letztlich dunkelbraune Tapeten, die dem ganzen einen tristen Eindruck verleihen.

Aber wenn man einen kalten Raum vorfindet, kann man nicht die Kälte hinaustragen, sondern man muss einheizen: So ist es mir gelungen, ein Team von null aufzubauen, ich habe eine Reihe von Fachärzten ausgebildet – zwei davon haben ein Primariat bekommen – und die Zuweisungen mit konstanter Qualität besonders auch bei den „High-End“-Eingriffen erarbeitet. Besonders bei Leberresektionen und komplexen laparoskopischen Ein-

griffen waren meine Abteilung und ich in der Chirurgie nicht nur euregio-, sondern auch italienweit im Spitzenfeld. Bei laparoskopischen Eingriffen (Splenektomie, tiefe Rektumresektion, Roux-y-Bypass bei bariatrischer Indikation, paraaortale Lymphknoten-Dissektion) war ich in den 90er Jahren einigen Abteilungen voraus. Geerntet habe ich sehr viel Dankbarkeit von Seiten der Patienten und besonders viel Anerkennung in den italienischen Fachgesellschaften.

Mir wurde eine Funktion im Vorstand der Italienischen Gesellschaft für Chirurgie (ACOI) zugeteilt sowie wiederholte Vorträge bei zentralen Themen der SIC. Große Freude hat mir auch die Präsidentschaft der Società Triveneta di Chirurgia bereitet. In Bozen konnte ich 2004 den italienischen Kongress für Laparoskopische Chirurgie ausrichten. Weiters ist es mir mit Hilfe der Faculty gelungen, aus organisatorischer Sicht eine Reihe von Innovationen einzubringen, die für weitere Kongresse als Standard übernommen wurden.

Die auch sehr kritischen und zunächst voreingenommenen Zuweiser haben mir zunehmend komplexe Patienten zugewiesen, die während der ersten Jahre meines Primariates in Bozen aber unbegründet in andere Zentren geschickt wurden. 2008 waren die Zahlen gemäß dem Einzugsgebiet bei 40 Leber-, 12 Ösophagus- und 12 Pankreaskopfresektionen, nahezu 50 % mit Pfortaderresektion (die einfacheren wurden an eine andere Abteilung geschickt).

2009 hat man mir und meinem italienischen Kollegen, Primar der zweiten Chirurgie, eröffnet, dass – wie bereits die Innere Medizin unter deutscher Führung

– die Chirurgie zusammengelegt wird. Direktor Tait ließ keinen Zweifel aufkommen, dass die Zusammenlegung unter italienischer Führung erfolgt, und zwar in kurzer Zeit.

Sanitätsdirektor Mayr hat mir in einem protokollierten Schreiben mitgeteilt, dass durch die Zusammenlegung der Abteilungen nur mehr ein Primariat verbleibt. Die aktuellen Primarii (konkret ich) haben die Möglichkeit, sich um ein anderes Primariat zu bewerben. Andernfalls könnte der Auftrag als Primar beendet werden.

Die politische Führung hat nichts Außergewöhnliches an dem Vorgehen gesehen. Es ist schon bemerkenswert, mit meiner Ausbildung und Aufbauarbeit hatte ich bzw. meine Abteilung einige Alleinstellungsmerkmale erarbeitet: habilitierter Allgemeinchirurg mit überregionalem Bekanntheitsgrad, im Angebot eine Reihe von komplexen viszeralchirurgischen Eingriffen, die in dieser Komplexität nur an Zentren außerhalb der Provinz und z. T. außerhalb der Region durchgeführt werden und nach meinem Abgang aus Bozen auch nicht mehr ermöglicht wurden. Zudem 14 Jahre Aufbauarbeit, Ausbildung einer Reihe von sehr wertvollen Mitarbeitern, gezielter Ankauf von Technik usw.

Offensichtlich ist all das, was wir motivierte Chirurgen als sehr gut und erstrebenswert finden, in einem System, in dem Leistung keinen Stellenwert hat, nicht wirklich relevant. Es fehlt die Wertschätzung der motivierten Ärzte, die über den Auftrag hinaus sich für die Patienten einsetzen und damit das Vertrauen der Patienten in das System aufrechterhalten.

Hierfür bin ich ein eklatantes Beispiel.

In meinem Fall war die Situation grotesk: Ein Primar, der 14 Jahre mit Herzblut die anvertraute Abteilung aufbaut, mit großem Erfolg neue Techniken einführt, Eingriffe durchführt, die in dieser Komplexität neu waren (und auch nachher nicht mehr durchgeführt wurden) soll aus Gründen des Proporz (so die Direktion im "Alto Adige") seinen Auftrag als Primar verlieren, sich hinten anstellen und sich für ein anderes Primariat bewerben.

Bei allen beklagenswerten Auswüchsen des Südtiroler Gesundheitssystems: Wie ist so was möglich?

Wie ich später von unterschiedlicher Seite vernommen habe, war es eigentlich nur eine einzige einflussreiche Person, die keine Gelegenheit ausgelassen hatte, mich in diversen Gremien zu diffamieren. Über die Gründe kann ich nur spekulieren. Zudem wurde mir zugetragen, dass Daten zu meiner chirurgischen Leistung durch Manipulation relativiert wurden. Ermöglicht wurde dies durch das mangelhafte und heterogene EDV-System.

Im Übrigen kann man auch sagen, dass man zumindest zu meiner Zeit als Deutschsprachiger im KH Bozen gegenüber einem italienischen Konkurrenten sehr schlechte Karten hatte.

Als Chirurgen wollte man mich sicherlich in irgendeiner Form in Bozen behalten, ich hatte allerdings wenig Interesse, mich weiter unter meinem Wert behandeln zu lassen.

Damit, dass ich die Stelle kündigen könnte, hatte man nicht gerechnet. Im Rahmen der Diffamierungen wurde es als Selbstverständlichkeit gesehen, dass ich keine Chance hätte, anderswo eine Führungsposition zu erreichen.

Nach einer weiteren frustrierenden Sitzung zur Zukunft der Chirurgie im KH Bo-

zen habe ich Kontakt mit der Kreisklinik Bad Neustadt an der Saale aufgenommen.



Rhön-Saale-Klinik Bad Neustadt

Bad Neustadt an der Saale, Bayern

Bad Neustadt an der Saale ist mit dem Herzzentrum der Rhönklinik und weiteren Spezialkliniken trotz der peripheren Lage in Bayern ein sehr guter Ort, um medizinische bzw. chirurgische Höchstleistungen zu erbringen. Dort hat man mir einen bestmöglichen Vertrag angeboten, den ich nicht ausschlagen konnte.

Zur Wertschätzung eines leistungsfähigen Arztes in Bayern: Zur Vertragsbesprechung wurde ich vom Chauffeur des Landrates im A8 vom Flughafen abgeholt. Bei der Besprechung der Leitung der Kreisklinik drei Monate nach meinem Arbeitsbeginn wurde ich mit Applaus empfangen: ich habe nicht nur die Eingriffe und das Spektrum meines Vorgängers konstant gehalten, sondern sogar übertroffen. Für das Haus bedeutete dies schwarze Zahlen.

Die von mir verwendete ausgefeilte Technik zur Pankreaskopfresektion war neu. Zu Beginn konnte ich eine Patientin Pylorus-erhaltend operieren. Wegen einer Fehlinterpretation des CT war diese Patientin zudem vor meiner Zeit als inope-

rael eingestuft worden. Die Entlassung nach Hause erfolgte nach blandem Verlauf am 8. postoperativen Tag. Das war schon ein guter Anfang, wie wir wissen, auch mit Glück. Aber es gab auch viele weitere zufriedene Patienten.

Neu in Bad Neustadt war auch die Technik der laparoskopisch onkologischen Magenresektion mit einer Roux-Y-Rekonstruktion. Meinem laparoskopisch sehr erfahrenen Team musste ich hinterher die trickreiche Methode nochmals erklären. Sehr gut angekommen ist meine kritische Indikationsstellung, ich habe nicht einfach alles niederoperiert und auch nicht alles laparoskopisch operiert.

Es waren ausschließlich private Gründe, die mich bewegten, nach Südtirol zurückzukehren. Zudem gab es in Meran keine Einschränkungen hinsichtlich meiner viszeralchirurgischen Interessen.



KH Tappeiner Meran

Meran

Ich hatte in Meran sofort einen großen Zulauf von Patienten, nicht nur aus dem Bezirk, sondern von ganz Südtirol und benachbarten Bezirken. Auf Bitte der Internisten habe ich zudem auch in Meran mit sehr guten Ergebnissen Ösophagus

operiert, Pankreaseingriffe habe ich hinsichtlich Technik und Indikationen modernisiert, diverse Lebereingriffe, auch bei Klatskin-Tumoren, waren neu.

Neu waren auch die systematische Abfolge laparoskopischer Eingriffe und besonders auch die differenzierte Chirurgie der tiefen Rektumkarzinome.

Auch organisatorisch konnte ich einiges perfektionieren: Sämtliche Eingriffe, die keine postoperative Intensivüberwachung benötigten, wurden am Operationstag aufgenommen, Hernien wurden bis auf Ausnahmen ambulant operiert, die laparoskopische Cholezystektomie war routinemäßig nur 24 Stunden stationär. Das Ergebnis einer externen Analyse (Pasdera-Studie), veranlasst vom Sanitätsbetrieb, war, dass die Chirurgie in Meran, zusammen mit einer weiteren Abteilung, die effizienteste Abteilung im Sanitätsbetrieb ist.

Mit der Absicht des Betriebes, die onkologische Chirurgie zu zertifizieren – was im klinischen Bereich nie erfolgt ist – wurden Operationen der Pankreas- und Ösophaguskarzinome in Meran verboten. Dies trotz bester Ergebnisse und gegebenen Voraussetzungen, besonders was die Pankreaschirurgie, aber auch die Ösophaguschirurgie betrifft.

Die Krankenhausdirektion hat gegen dieses Vorgehen an höchster Stelle interveniert und dabei auch darauf hingewiesen, dass aus fachlicher und organisatorischer Sicht die Personalentscheidung für die Leitung der Chirurgie Bozen und Meran ohnehin verkehrt war. Laut einem Vorstandsmitglied der DKG hatte Meran die Voraussetzung, Pankreaszentrum zu sein.

Die Verantwortung für Fehlentscheidungen und Folgen für die Patienten sollen diejenigen tragen, die damit eigentlich nur Macht demonstrieren wollten.

Eine Rückkehr nach Bozen war für mich keine Option. In Meran hatte ich ein sehr motiviertes und zuverlässiges Team von Ärzten. Besonders gut war auch die Teamarbeit im Pflegebereich, die für eine gut funktionierende Chirurgie essentiell ist. Ich hatte auch in Meran einen sehr großen Zulauf von Patienten und regionale Zuweisungen komplexer chirurgischer Fälle. Zudem habe ich mit viel Freude das chirurgische Department geleitet und neue Wege in der Zusammenarbeit mit dem KH Schlanders gebahnt. Das von mir entwickelte Prinzip der OP-Wochen und -Tagesplanung wurde in beiden Häusern übernommen. Unter meiner Leitung war Meran eine akademische Lehrabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck.

Trotz aller Hindernisse war ich als Chirurg hinsichtlich kritischer Indikationsstellung und geradliniger Patientenführung beispielgebend. Als Früchte der Chirurgeschmiede Innsbruck sehe ich die vielen Fachärzte für Chirurgie, die unter meiner Leitung ausgebildet wurden, zwei davon sind Primärärzte. Auch die Qualität im OP, die ich abverlangte, die klaren Schritte laparoskopischer Eingriffe, wie sie von vielen früheren Mitarbeitern beibehalten werden, können hier angeführt werden. Dies alles entspricht meinen Vorstellungen, wie ich sie im großen Stil in Innsbruck bei den Pionierleistungen von Raimund als Realität erleben konnte. In Südtirol konnte ich vieles weitergeben. Wegen der Windmühlen eben nur zum Teil.

14

MEDR PRIM. UNIV. DOZ. DR.
PETER SANDBICHLER

R. Margreiter

Am 2. August 1957 in Innsbruck geboren, hat Peter Sandbichler das Gymnasium ebendort absolviert und im Wintersemester 1975/76 das Medizinstudium angefangen, welches er am 19. Dezember 1981 mit der Promotion abgeschlossen hat. Für die Ausbildung in Chirurgie hat er Innsbruck gewählt und im März 1983 eine Ausbildungsstelle bekommen. Am 1. Januar 1989 wurde ihm der Facharzt-titel zuerkannt. Sein Hauptinteresse galt der laparoskopischen und onkologischen Chirurgie.

Vor allem wissenschaftlich hat er schon seit Jahren mit unserer Gruppe zusammengearbeitet. Ich versuchte mit ihm die Frage zu klären, ob die Lunge für eine Hepatocyten-Transplantation geeignet wäre. Offiziell gehörte er unserer Abteilung aber erst von 1985 bis Ende Dezember 1989 an. In der Zeit hat er sich hauptsächlich mit der Transplantation und Laparoskopie beschäftigt.

Am 1. Januar 1991 hat sein Freund Ekehard Steiner die Chirurgie am Landeskrankenhaus Hall übernommen und ihn eingeladen, mit ihm auch dorthin zu gehen, was Sandbichler dann auch gemacht hat. Von Hall aus konnte er sich 1995 mit dem stattlichen Opus von 75 Publikationen habilitieren.

Am Ende des zweiten Jahrtausends konnte er sich gegen eine Reihe zum Teil sehr potenter Mitbewerber im Wettstreit um die Nachfolge von Willi Schennach als Leiter der Allgemeinchirurgischen Abteilung am Bezirkskrankenhaus Zams behaupten. Seit 1. Januar 2000 ist Peter Sandbichler nun verantwortlich für eine



Krankenhaus St. Vinzenz, Zams

während der letzten Jahre praktisch zur Gänze neu und wunderschön gestaltete Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie mit 55 stets gut ausgestatteten Betten, wobei ihm 12 Ärzte helfen. Schwerpunkte sind laparoskopische und onkologische Chirurgie.

Er hat das Glück, mit dem Internisten Prof. Ewald Wöll einen renommierten Onkologen an seiner Seite zu wissen.



Peter Sandbichler

Zwei Punkte sind es wert, noch erwähnt zu werden. Einmal ist es die Tatsache, dass im BZK Zams weder im Pflegebereich noch bei den Ärzten Mangel besteht. Das spricht doch sehr für die guten Arbeitsbedingungen, das angenehme Klima sowie das schöne Haus. Als einmalig möchte ich den Einbau eines alten Zirbenzimmers nennen.



Mit Prof. Ewald Wöll



Vinzenzstube

Mobiliar und Zirbengeruch schaffen ein optimales Gesprächsklima zwischen den leitenden Ärzten und der Verwaltung. Allein schon der speziell riesengroße Schlüssel hat Freude bereitet.

Lieber Raimund!

Muss Dir mitteilen, dass ich keine Fotos aus den früheren Zeiten gefunden habe. Jetzt da ich am nahenden Ende meiner Laufbahn stehe, kann ich sagen, dass die Zeit unter Deiner Führung, auch wenn sie relativ kurz war, meine Einstellung zur Chirurgie und die Begeisterung dafür nachhaltig geprägt hat.

Auch wenn es jetzt über 33 Jahre her ist, dass ich unter Dir lernen durfte, und wenn es auch oft an die Grenzen der Belastbarkeit ging, habe ich viele Deiner Handlungen und Aussagen im Hinterkopf.

Sei es „Denken zum Hobby machen“, „Hämatom ist Infektion“ oder „keine taktischen Fehler machen, sei es im Sport oder in der Chirurgie“ (nachdem ich Dir beim Chirurgenwettkampf in Natters den Schistock abgebrochen habe), kommt mir immer wieder in den Sinn.

Stets zur Stelle sein, konsequent am Ball bleiben, bis die letzte Möglichkeit ausgeschöpft ist. Ein Verhalten, das ich von Dir gelernt habe und dafür sehr dankbar bin. Leider gelingt es mir nicht, und da bin ich offenbar nicht der Einzige, diese Einstellung aus bekannten Gründen weiterzugeben.

Wünsche Dir alles Gute
In Dankbarkeit

Peter

15

PRIM. DR.
BERNHARD SPECHTENHAUSER

R. Margreiter

Nach dem Ende seines Studiums im Jahre 1993 hatte sich Bernhard Spechtenhauser schnell eingearbeitet und sich als ein äußerst geschickter und auch fleißiger Chirurg erwiesen, der sich bald einen fixen Platz unter den Besten gesichert hat. Für mich war es ein großer Schlag, als er mir 2004 mitteilte, dass er – nachdem bereits feststand, dass Königsrainer, Steurer und Ladurner nach Tübingen gehen würden – nun auch zur gleichen Zeit die Klinik verlassen würde, um in Kufstein die Nachfolge von Julius Wiegele anzutreten. Später erzählte mir Bernhard, dass er gern in Innsbruck geblieben wäre und es ihn Überwindung gekostet hätte, sich weg zu bewerben. Einerseits habe ich mich für ihn selbstverständlich gefreut, andererseits fehlten mir nun alle Mitarbeiter, die eine Leber transplantieren konnten.

Für mich bedeutete das, entweder einen Gutteil meiner letzten zwei Jahre bis zur Pensionierung im Krankenhaus zu verbringen oder die Arbeit entsprechend zu reduzieren bzw. nicht mehr alle komplexen Operationen/Transplantationen durchführen zu können.

Rektor Grunicke hat daraufhin den Antrag gestellt, mich zusätzliche drei Jahre bis zu meiner Emeritierung zu verlängern. Der Antrag wurde vom Senat einstimmig beschlossen. Unter diesen Bedingungen war ich bereit, ein weiteres Team mit Schwerpunkt Transplantation auszubilden.

Inzwischen hat Bernhard Spechtenhauser eine optimal funktionierende Allgemeinchirurgie aufgebaut und fühlt sich in Kufstein daheim.

Anlässlich unseres Besuches im Bezirkskrankenhaus führte er uns durch seine Abteilung und bei einem Kaffee in seinem Besprechungszimmer kamen Mitarbeiter hinzu, die gern meine Biographie signiert bekommen wollten.

Im Anschluss sind wir dann zu Bernhard nach Hause zum Aperitif eingeladen worden und konnten nur staunen über eine wunderschöne zweigeschossige Terrassenwohnung mit großzügiger Bepflanzung. Bei einem ausgezeichneten Essen in einem gutbürgerlichen Gasthaus konnten wir dann den Abend gemütlich beschließen.

INNSBRUCKER ERINNERUNGEN

Bernhard Spechtenhauser

Ich bin 1962 in Laas im Vinschgau geboren und habe das Gymnasium in Dorf Tirol absolviert, das Medizinstudium 1980 in Innsbruck begonnen und 1986 promoviert. Die chirurgische Ausbildung habe ich zum Großteil auch in Innsbruck gemacht und durch längere Aufenthalte in Innichen und Kufstein ergänzt. Den italienischen Vorschriften entsprechend habe ich über drei Jahre mehrere 14-tägige Kurse in Bologna und Verona besucht. Die Facharztreife wurde mir 1993 attestiert. Seit dieser Zeit habe ich bis zur Übernahme der Chirurgie am Krankenhaus Kufstein im Jahre 2004 an der Abteilung von Professor Margreiter gearbeitet. Mein besonderes Interesse galt neben der hepatoobiliären und kolorektalen Chirurgie vor allem der Transplantation, in die ich mich nach Ansicht von Professor Margreiter erstaunlich schnell eingearbeitet habe, sodass ich bald zu einer Stütze der Abteilung wurde. So erinnere ich mich noch gerne an verschiedene Anekdoten.

Eines Tages bekam ich von Prof. Margreiter telefonisch den Auftrag, nach Linz zu fliegen und dort Leber und Pankreas zu entnehmen. Als ich ihm sagte, dass ich diesen Eingriff wohl öfters assistiert, aber noch nie selbst durchgeführt habe, erläuterte er mir am Telefon die entscheidenden Schritte. Als ich meine Bedenken wiederholte, meinte er nur: „Das schaffen Sie schon, das ist ganz einfach: Sie öffnen die Bursa, müssen aber auf die gastricae breves aufpassen, da sein halt amol kurz.“

„Ein anderes Mal war ich mit Prof. Margreiter und Sr. Maria in einer Citation 2 zu einer Organentnahme unterwegs. Wie üblich gab es auch diesmal für jeden eine

kalte Platte mit verschiedenen Wurst- und Käsesorten und ein kleines Stück Butter. Ich habe Wurst und Käse gegessen, die Butter aber unberührt gelassen. Da fragt mich Prof. Margreiter: „Essen Sie die Butter nicht?“ Ich sagte nein. „Dann geben Sie sie mir bitte. Wissen Sie, wenn ich große Stücke kaufe, dann wird meist ein Gutteil ranzig, weil ich nicht so viel essen kann und auch nicht weiß, wann ich zu Hause sein werde, diese kleinen Teebutterstücke gehen da viel besser.“ Zeugt nicht von hoher Lebensqualität!

Wenn der Chef besonders schwierige Eingriffe operierte, merkte man zwischendurch eine gewisse Anspannung. Obwohl Assistenten und Operationschwestern ihr Bestes gaben – ich habe ihm sehr häufig assistiert – war die Stimmung im Operationssaal schwer zu beeinflussen. Als wirksame Methode, um Prof. Margreiter etwas abzulenken, haben sich Erzählungen aus dem Vinschgau erwiesen. Fast schlagartig hat sich die Stimmung zur Freude aller Anwesenden gelockert. Seine Kenntnisse von Geschichte, Geographie und Bewohnern dieser ganz besonderen Gegend haben mich immer wieder tief beeindruckt. Sei es die Kirche von Kortsch oder das Gasthaus „Goldener Adler“ in Schlanders und Vieles mehr.

Wie bereits erwähnt, habe ich dem Chef sehr häufig assistiert und wusste, dass noch viel Arbeit im Büro auf ihn wartet. Deshalb habe ich ihm angeboten, nach sorgfältiger Blutstillung den Bauch zu verschließen, um ihm Zeit zu verschaffen, die er für seine zahllosen anderen Aufgaben dringend benötigte. Dieses Angebot hat er meistens von mir dankend angenommen, obwohl er die Meinung

vertreten hat, dass ein Patient ein Anrecht darauf hat, dass der Chirurg, mit dem die Operation vereinbart worden war, verpflichtet ist, diese auch bis zum Ende durchzuführen. Einmal haben wir uns besonders beeilt und die gesamte OP-Mannschaft hat sich gefreut, als Prof. Margreiter in den Operationssaal kam und sich über die gute Arbeit seiner Leute lobend äußerte.

Nach den Vorbereitungen für eine Lebertransplantation und der Aufklärung des Südtiroler Patienten hat sich dieser nachher an die stationsführende Schwester der Transplantationsabteilung gewandt und gefragt, ob dieser junge Doktor so eine Lebertransplantation schon einmal gemacht hat und dies auch könne. Darauf die Schwester: „Wissen Sie, das ist heute seine 100. Lebertransplantation.“ Mit dieser Auskunft war der Patient mehr als zufrieden. In der nächsten Ausgabe der „Dolomiten“ erschien dann ein großer Artikel mit dem Titel „Meine 100. Lebertransplantation“.

2004 wurde ich dann zum Nachfolger von Julius Wiegele als Leiter der Chirurgie am Bezirkskrankenhaus Kufstein bestellt. Nachdem Königsrainer, Steuerer und die bienenfleißige Ruth Ladurner bereits die Klinik verlassen hatten, um nach Tübingen zu gehen, und nun auch ich noch das Haus verlassen sollte, war außer dem Chef kein Chirurg mehr im Haus, der eine Leber hätte transplantieren können.

Obwohl es für die Transplantation ein schwerer Verlust sein würde, hat mir Prof. Margreiter dazu geraten, hat er mich doch für einen technisch hervorragenden und extrem fleißigen Chirurgen gehalten, dessen Meisterstück drei Lebertransplantationen in Serie sind.

Das Operieren und die Klinik waren seiner Meinung nach eindeutig meine Stärken. Die 19 wissenschaftlichen Publikationen und 70 zum Großteil zitierfähige Abstracts, die ich bis zum Wechsel des Arbeitsplatzes vorlegen konnte, wären wahrscheinlich eine gute Basis für die Habilitation gewesen.



BKH Kufstein



Der Chef bei der Visite

Heute bin ich überzeugt, dass meine Entscheidung richtig war und Prof. Margreiter Recht hatte. Dass ich auch über organisatorische Qualitäten verfüge, belegen die 20 Damen und Herren, die ich in Kufstein ausgebildet habe. Abgesehen von der Thoraxchirurgie mit Ausnahme des unteren Speiseröhren-Drittels wird die gesamte Allgemeinchirurgie abgedeckt.

Einen besonderen Namen hat sich die Abteilung auf dem Gebiet der Tumor- und der minimalinvasiven Chirurgie gemacht. Als Beweis für die hervorragende Arbeit, die in Kufstein geleistet wird, mag die Auslastung der 60 Betten gelten, wobei Patienten nicht nur aus anderen Bezirken, sondern vor allem auch aus dem südbayrischen Raum und auch aus Südtirol versorgt werden.

Eine große Freude hat Raimund meinen Mitarbeitern und mir mit seinem Besuch in Kufstein im April 2024 bereitet.



Ein Buch wird signiert

Nachdem er einige Bücher seiner Biographie signiert hat, haben wir unserem Gast die Abteilung gezeigt und das Programm erklärt. Vor dem Abendessen gab es einen Aperitif bei mir zuhause.



Führung durchs Haus

16

PROF. I. R. DR. MED. UNIV.
ALFRED KÖNIGSRAINER

R. Margreiter

Alfred Königsrainer ist am 17.02.1955 in Moos, Passeier in Südtirol geboren. Das Gymnasium hat er in Bozen absolviert und das Medizinstudium 1974 in Innsbruck begonnen und 1979 abgeschlossen. Am ersten Dezember 1979 begann er die postpromotionelle Ausbildung in Gynäkologie im Krankenhaus Meran. Königsrainer wollte aber unbedingt ein großes operatives Fach und begann am 1. Januar 1981 wiederum in Innsbruck seine Ausbildung in Chirurgie. Sechs Jahre später wird ihm der Facharzt zuerkannt und 1991 die Habilitation. Chirurgische Onkologie und Transplantationschirurgie waren die Schwerpunkte seiner klinischen Tätigkeit, aber auch seiner Forschung.

1995 übernahm er die Leitung einer der beiden Abteilungen am Landeskrankenhaus Bozen. Da die Arbeitsbedingungen nicht seinen Vorstellungen entsprachen, hat er die Stelle wieder abgegeben und die noch verfügbaren sechs Monate seiner zweijährigen Karenz durch die Klinik in Innsbruck für den Besuch von drei Zentren zum Studium der kindlichen Leber-Lebendspende genutzt. Von 1996 bis zu seiner Berufung an die Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie Tübingen, welche ich als großen Erfolg unserer Abteilung

sah, war er mein Stellvertreter. An seiner neuen Arbeitsstätte hatte er 40 Mitarbeiter und verfügte über 75 Betten. Obwohl Alfred 2009 an erster Stelle als mein Nachfolger gereiht war, wurde ihm ein wesentlich weniger breit ausgebildeter Mitbewerber vorgezogen.

In diesen 19 Jahren in Tübingen ist es ihm gelungen, seine Abteilung in Deutschland stets unter den ersten fünf zu platzieren. Mit beigetragen hat sicherlich auch seine wissenschaftliche Aktivität, die insgesamt 638 in PubMed gelistete Publikationen umfasst.

EIN LEBEN FÜR DIE CHIRURGIE

Alfred Königsrainer

Mein Lehrer und Mentor Raimund Margreiter hat mich gebeten, für ein Buchprojekt meinen chirurgischen Werdegang aufs Papier zu bringen. Zum einen hat mich das gefreut, aber gleichzeitig hat sich eine gewisse Sorge eingeschlichen, denn Vergangenes wird meist verklärt, Aktuelles kritisch dargestellt und der Zukunft nichts Gutes vorhergesagt. Dennoch werde ich versuchen, einen möglichst objektiven Abriss aus meinem Chirurgenleben zu beschreiben und Sie mögen mir verzeihen, sollte ich doch zu sehr ins Schwärmen oder auch Klagen abdriften. Ebenso möchte ich Sie darauf hinweisen, dass ich zur Generation „Baby-boomer“ gehöre. Arbeit hat mich noch nie abgeschreckt, noch habe ich nach dem „Warum“ oder „Sinn des Lebens“ gefragt. Ich wollte ein guter Chirurg werden, aber auch Karriere machen. Dass Ehrgeiz eine Rolle spielte, lässt sich nicht leugnen und ist in Innsbruck auf fruchtbaren Boden gefallen. In der Klinik herrschte Aufbruchsstimmung: Transplantation aller Organe, einzeln oder in Kombination, zum Teil erstmals weltweit, Grenzverschiebungen in der chirurgischen Onkologie durch neue multimodale Konzepte stellten alles Bisherige in Frage. Die Chirurgie war an einem Wendepunkt und ich mittendrin. Ich wollte dabei sein und mitgestalten, ein wirklich satter Boden für jeden, der von der Begeisterung erfasst worden war.

Die Liebe zur Medizin, speziell der Chirurgie, wurde in mir schon früh geweckt. Ich komme aus dem Südtiroler Passeiertal, wo der Hausarzt in Untermiete in meinem Elternhaus wohnte und sich mir die Möglichkeit bot, bei allerlei Eingriffen durch das Schlüsselloch zu schielen. Es wurden

Zähne gezogen, Wunden geklammert, Verbände angelegt, der Brustkorb abgehört und abgeklopft sowie der Bauch palpiert. Oft verdunkelte sich das Gesicht des Doktors, er schimpfte, nahm Bücher zu Hilfe, aber entließ seine Patienten und kontrollierte sie nicht einmal ein Monat später immer mit freundlichen Worten des Trostes. Gelegentlich äußerte er eine Art Hilflosigkeit und bekannte sich zu seinen Grenzen. Er sah Chirurgen als eine Spezies, die nicht nur gute Diagnostiker sein mussten, um die Erkrankung zu verstehen und sie mit dem Messer heilen zu können. Ebenso konnte ich in einer großzügigen Bibliothek medizinische Bildbände durchblättern und mich darin verlieren. Im ersten Obergeschoss unseres Hauses wurde also der Grundstein für meinen Lebensweg gelegt: ich wollte all das lernen und zudem Chirurg werden.

Mittelschule und Gymnasium besuchte ich im damals fernen Bozen. Das Leben im Internat wurde uns, insbesondere aber mir, dem rebellischen Banditen aus dem Passeier – so wurde ich genannt – der alles besser weiß und am liebsten alles anders machen würde, nicht leicht gemacht. Schnell habe ich Schwachstellen der Struktur erkannt und gelernt, mit nimmermüder Penetranz das zu erreichen, was ich umstrukturieren wollte. Dies dann auch noch so zu verpacken, dass Idee und Erfolg den Vorgesetzten zuerkannt wurde. Diese Fähigkeit hat mich mein ganzes Leben nicht mehr verlassen und begleitet mich immer noch in den verschiedensten Situationen.

Zum Studieren ging es 1974 nach Innsbruck. Zeitgleich habe ich meine große Liebe kennen gelernt, wir haben in mei-

nem 2. Studienjahr geheiratet und Franziska hat unseren ersten von drei Söhnen geboren. Im Gegensatz zu heute war Heiraten und Kinderkriegen selbstverständlich, wobei mein Studium Vorrang hatte. Anders als heute war es selbstverständlich, die Feststellung ist wertfrei, dass mein Studium Vorrang hatte. Für mich war es ein Motivationsschub, das Studium so schnell wie möglich hinter mich zu bringen. Am Beginn des 11. Semesters bestand ich mein letztes Rigorosum und konnte nicht einmal einen Monat später am 1. Dezember 1979 meine postpromotionelle Ausbildung im Krankenhaus Meran, und zwar in der Gynäkologie/Geburts-hilfe, antreten. Im Dienst war man für das ganze Haus zuständig. Die Notfallversorgung umfasste alle Fachbereiche, wahrlich eine Herausforderung für jeden Jungarzt. Eingriffe wie die Versorgung von Dammrissen/Dammschnitten, Tubenligaturen über eine Minilaparotomie und Curettagen wurden mit Geduld assistiert. Höhepunkt meiner noch kurzen Karriere war ein vom Chefarzt assistierter Kaiserschnitt. Natürlich durfte ich auch bei vielen Geburten dabei sein, vielmehr den Müttern und Hebammen zur Seite stehen. Dennoch wollte ich meinen Wunsch einer chirurgischen Ausbildung an einer universitären Einrichtung unbedingt realisieren und wurde auch vor Ort wohlwollend gesehen und unterstützt.

Im Sommer 1980 lernte ich in Südtalien den Wiener Chirurgen Dr. Hold kennen, der mir die Teilnahme an dem von der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck ausgerichteten „Schloss Korb Meeting“ bei Bozen ermöglichte. Chirurgen wie Gschnitzer, Bodner, Flora, Reissigl und Margreiter waren mir vom Studium her bekannt, aber diese hier persön-

lich zu treffen, die zum Teil hitzigen Diskussionen zu erleben, hatte eine andere faszinierende Dimension. In einer Pause wurde ich dann Dr. Raimund Margreiter vorgestellt, der mir eine Ausbildungsstelle in Aussicht stellte. Überglücklich erhielt ich nur wenige Tage später die Einladung zu einem Vorstellungsgespräch bei Prof. Gschnitzer, wohin ich von Margreiter begleitet wurde. An den Inhalt des Gespräches kann ich mich nicht mehr erinnern, aber das Allerwichtigste war: Ich hatte eine Ausbildungsstelle für Allgemeine Chirurgie ab 1.1.1981 an der 1. Universitätsklinik für Chirurgie in Innsbruck bei Prof. Franz Gschnitzer.

Mein erster Tag, der 2. Januar 1981, auf der Gefäßchirurgie bei Prof. Gerhard Flora ist mir in allerbesten Erinnerung. Die Visite war strukturiert, indem die Patienten kurz vorgestellt wurden. Alle zurückliegenden Operationen waren graphisch auf der Fieberkurve festgehalten, sodass jedermann über den Patienten Bescheid wusste. Jeden Patienten zu kennen war ungeschriebenes Gesetz. Kam dies einmal nicht vor, so wurde der Fall lautstark – ruppig kommentiert. Damals empfand ich diesen fast militärischen Stil etwas befremdend. Aus heutiger Sicht war es aber eine wichtige Schule fürs Leben, denn Chirurgie verzeiht keine Fehler und eine Komplikation aufgrund eines Wissensdefizits ist unverzeihlich. Das chirurgische Spektrum war nach wenigen Wochen gut überschaubar und die Ausbildung folgte nach vollziehbaren Regeln. Viel Assistieren vor der ersten Präparation des Venensterns in der Leiste, erste Präparationen des Venensterns in der Leiste bei Varizen-Operationen, dann der Leistenarterien beim Aortobifemoralen Bypass, Cimino-Shunt-Anlagen, gefolgt

von der lumbalen Sympathektomie und zuletzt der Beckengefäßrekonstruktion. Dies erforderte das Erlernen einer diffizilen Präparation, für mich eine wichtige Basis meines späteren Lebensweges in der Viszeral- und Transplantationschirurgie.

Nach der Rotation in die Pathologie und Anästhesie folgte ein lehrreiches Semester in der Kinderchirurgie, um dann endlich Teil der Viszeralchirurgie zu werden. Somit umfasste die wirklich sehr breite Ausbildung im Fach „Allgemeine Chirurgie“ die gesamte Viszeral-, Gefäß-, Kinder-, in geringerem Ausmaß auch die Thoraxchirurgie sowie diagnostische und interventionelle Endoskopie. Zunehmend vertiefte ich mich in die Chirurgische Onkologie des Ösophagus, der Leber und der Gallenwege sowie in die Transplantationschirurgie. Geweckt wurde dieses Interesse wesentlich durch Prof. Margreiter, welcher mir Lehrer und Förderer war und mich durch seinen nimmermüden Einsatz für den Patienten, gepaart mit Zielstrebigkeit, kritischer Analytik und oft instinktivem Erkennen des „Richtigen“, in den Bann gezogen hat. Die Ernennung zum Oberarzt und die Leitung einer chirurgischen Station waren die weiteren Schritte in meiner noch jungen Karriere als Chirurg. Als Krönung habe ich empfunden, als mir Margreiter das klinische Pankreastransplantationsprogramm anvertraut hat.

In diese Zeit fällt der Beginn meiner experimentellen Forschungstätigkeit zur Abstoßungsproblematik nach Pankreastransplantation. Früchte dieser mehrjährigen Tätigkeit im Labor zusammen mit Doktoranden waren mehrere Publikationen, Vorträge sowie Dissertationen und

als Höhepunkt meine Habilitation. Ebenso konnte sich ein Jahr später Otto Dietze von der Pathologie, einem wichtigen Kooperationspartner der Arbeitsgruppe, mit Arbeiten zu diesem Thema habilitieren.

Schwerpunkte der klinischen Forschung waren die Verfeinerung der chirurgischen Technik und der Abstoßungsdiagnostik sowie der metabolische Einfluss der Pankreastransplantation auf Sekundärkomplikationen. Die Auswirkung der peripheren Hyperinsulinämie, bedingt durch die systemische venöse Drainage der Bauchspeicheldrüse, auf den Fettstoffwechsel und die Atherogenese wurden zusammen mit Augenklinik, Innerer Medizin, Neurologie, Gefäßchirurgie und theoretischen Instituten untersucht.

Als Referenzzentrum Österreichs für die Pankreastransplantation fehlte an der Abteilung bis 1995 die Möglichkeit der Inselzelltransplantation. In Kooperation mit dem „Istituto Scientifico San Raffaele“ in Mailand wurde das Programm in das Behandlungskonzept mitaufgenommen. Die erste Inselzelltransplantation in Innsbruck erfolgte dann Anfang 1995. Die Inselzell-Isolation wurde bei den ersten klinischen Fällen in Mailand durchgeführt. Diese aufwendige, vorerst unvermeidbare Logistik war nicht einfach, jedoch durchführbar und vor allem erfolgreich. Seit 1998 verfügt die Klinik über das einzige GMP-Labor in Österreich, um dessen Entstehung sich Paul Hengster große Dienste erworben hat. Durch die Isolation der Inselzellen in Innsbruck wurde die ganze Logistik wesentlich vereinfacht. Daraus entstanden ist das weltweit erste nach ISO zertifizierte Zentrum für Inselzelltransplantation.

Die Lebertransplantation für Erwachsene und für Kinder war inzwischen an der Klinik etabliert, stellte aber gerade für jeden jungen Oberarzt eine besondere Herausforderung dar. Die erste Lebertransplantation durch mich ist mir noch gut in Erinnerung. Ich hatte das Gefühl, den Olymp erstiegen zu haben. Es war der Lohn für die vielen Assistenzen und gleichzeitig Motivationsschub für weitere Herausforderungen. Nach einer Hospitation in Hamburg, Brüssel und London konnten neue Konzepte wie die Lebendspende und das Teilen einer Leber für zwei Empfänger (Splitting) in das Lebertransplantationsprogramm implementiert werden, was zur Steigerung der Transplantationsfrequenz führte. Die erste Leber-Lebend-Transplantation von der Mutter auf ihren Säugling gelingt im Herbst 1997. In diesem Zusammenhang darf angemerkt werden, dass hepatobiliäre Eingriffe bei Kindern und Säuglingen ebenfalls von unserer Klinik und vielfach durch mich durchgeführt wurden.



Eine Leber rettete zwei Leben

Parallel dazu wurden für das Ösophagus- und Cardiakarzinom neue onkologische Konzepte entwickelt, und zwar die neo-adjuvante Radio-Chemotherapie gefolgt

von der En-bloc-Ösophagektomie sowie bei inoperablen Patienten die intraluminal Lasertherapie, entweder alleine oder in Kombination mit einer Metall-Stentimplantation.

In gleicher Weise wurde die resektive Chirurgie der Leber- und Gallenwege ein Schwerpunkt der Klinik, wo ich aktiv mitgestalten durfte. Entscheidend war nicht mehr „was muss alles reseziert werden“, sondern vielmehr „was muss übrigbleiben“, um ein Leberversagen vermeiden zu können. Konzepte wie die partielle Pfortader-Embolisation und mehrzeitige Resektionen konnten etabliert werden. Selbstverständlich waren ablative Verfahren ebenfalls Teil der Strategie. Hauptziel war dabei, für jede chirurgische Erkrankung der Leber und Gallenwege eine therapeutische Option anbieten zu können. Aus dieser Kooperation entwickelte sich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe für Gastroenterologie und Hepatologie, der Gastroenterologen, Onkologen und Radiologen angehörten.

Die Reservekapazität der Leber – insbesondere nach erweiterter Resektion oder nach Transplantation von Segmenten – gewann dabei zunehmend an Bedeutung. Die Untersuchung der Hämodynamik nach erweiterten Resektionen sowie der Pathophysiologie des akuten postchirurgischen Leberversagens wurde experimentell im Schweinemodell untersucht, wo es uns gelang, wesentliche Kenntnisse zu generieren, die heute in das Konzept der „inflow modulation“ mitgeflossen sind.

Nach der mehrjährigen Führung einer viszeralchirurgischen Station mit onkologischem Schwerpunkt und der Trans-

plantationsstation in Rotation hat mich Prof. Margreiter Mitte der 90er Jahre zu seinem Stellvertreter nominiert. Ich hatte das Gefühl, angekommen zu sein. Diese Wertschätzung und das in mich gesetzte Vertrauen haben mich weiter beflügelt und in mir erstmals so richtig das Gefühl geweckt, den nächsten Schritt zu wagen und mich um eine Chefarztposition zu bewerben. Die Wertschätzung, dass Mitarbeiter der Klinik und Fakultät sowie deren Angehörige mich bei chirurgischen Fragestellungen konsultierten, hat dieses Gefühl noch verstärkt.

Die Wahl zum Vorsitzenden von Austrotransplant, zum Sprecher für die Schwerpunkte „Tumoren des Ösophagus, der Leber und Gallenwege“ des Tiroler Arbeitskreises für Onkologie, zum Mitglied des Pancreas- und Liver Advisory Committee sowie zum Sprecher der Arbeitsgruppe „small bowel transplantation“ von Eurotransplant, zum Vorstandsmitglied der European Liver Transplant Association (ELTA), zum Mitglied im Transplantationsbeirat des Österreichischen Bundesministeriums für Gesundheitswesen waren dafür wichtige weitere Bausteine meiner Karriere auf nationaler, aber auch internationaler Ebene, besonders wenn eine Bewerbung im Ausland im Fokus steht.

Im Frühjahr 1995 bin ich dem „naiven Traum“ erlegen, in meiner Heimat Südtirol eine Chirurgie auf universitärem Niveau aufbauen zu können. Am 1. Juli habe ich die Stelle des Primarius an der 1. Chirurgischen Abteilung am Landeskrankenhaus in Bozen angetreten. Mein Enthusiasmus und Eifer, die an der Klinik erlernten Abläufe im Patientenmanagement und die Qualitätsstandards vor Ort

zu etablieren sowie eine patientennahe Struktur umzusetzen, wurde zwar von den eigenen Mitarbeitern mit großer Motivation und Fleiß getragen, jedoch alsbald durch einen unüberwindbaren und schwerfälligen Bürokratismus behindert. Spannungen und zum Teil Animositäten unter den Chefärzten zweier Volksgruppen waren für den Fortschritt hinderlich und vielfach verantwortlich für eine gewollte Nivellierung zur Erhaltung des „Status quo“. Trotz signifikanter Zunahme der Patientenzahlen sowie der Auslastung an der eigenen Abteilung gab es Initiativen, um dies zu unterbinden. Versprochene Strukturanpassungen wurden nicht genehmigt beziehungsweise bewusst auf unbestimmte Zeit hinausgeschoben. Erschwerend kam noch hinzu, dass es für wissenschaftliche Aktivitäten kein Interesse gab. Geplant war eine vorwiegend klinische Forschung. Weder die Intervention meiner Mitarbeiter, aber auch der Pflege, noch meine Rücktrittsdrohung erbrachten eine für mich zeitlich absehbare befriedigende Lösung. Nach dem Besuch des italienischen Gesundheitsministers, der das Krankenhaus Bozen als eines der führenden Institutionen im italienischen und auch deutschsprachigen Raum angepriesen hat, habe ich gekündigt. Ich dachte mir: Wenn alles exzellent ist, gibt es weder ein Motiv noch Platz für Verbesserung. Das gleiche Schicksal mussten weitere von außen berufene Kollegen teilen, die nach unterschiedlich langer Zeit als Chefärzte das Krankenhaus Bozen wieder verlassen haben.

Glücklicherweise konnte ich aufgrund der Karenzierung wieder an meine Mutterklinik zurückkehren und habe die Zeit für die bereits beschriebenen Hospitationen ge-

nutzt. In den folgenden acht Jahren hat sich in Innsbruck auch strukturell einiges verändert, und zwar wurden die beiden chirurgischen Kliniken unter der Leitung von Prof. Margreiter vereint. Dadurch eröffnete sich für mich eine Erweiterung des chirurgischen Spektrums genauso wie die Erfahrung in der Führung einer großen Klinik als Stellvertreter des Ordinarius.

Durch mein Engagement in nationalen und internationalen Fachgesellschaften und Institutionen eröffneten sich neue Bekanntschaften und über die Grenzen reichende Freundschaften mit chirurgischen Kollegen. Ebenso ging dies mit dem Kennenlernen anderer Gesundheitssysteme einher, sodass in mir endgültig der Wunsch reifte, mich auf einen Lehrstuhl im deutschsprachigen Ausland zu bewerben. Margreiter, zu dem ich ein sehr offenes, fast väterliches Verhältnis pflegte, unterstützte diesen von mir geäußerten Wunsch.

Nachdem ich von Bern und Ulm eine Absage erhalten hatte, wurde es 2002 richtig ernst. Ich war im Dreivorschlag für den chirurgischen Lehrstuhl in Regensburg in aussichtsreicher Position. Schlussendlich wurde ich Zweiter, für mich zunächst enttäuschend, aber gleichzeitig ein wichtiger Karriereschritt, denn nun wusste ich, ich kann ernsthaft konkurrieren, obwohl ich aus dem Ausland komme. Die Reihung an zweiter Stelle war nicht der Kompetenz geschuldet, sondern das Klinikum Regensburg hatte die Sorge, dass ich in nur wenigen Jahren die Nachfolge von Margreiter anstreben würde. Eine kurzfristige Neuausrichtung war an der noch jungen Fakultät in Regensburg bereits zweimal in den zurückliegenden Jahren erforderlich.

Nur wenige Monate später wurde mir die C3-Professur für Transplantation an der Chirurgischen Klinik in Tübingen angeboten. Nachdem vom Lehrstuhlinhaber eine klare strukturelle und personelle Abgrenzung zur Mutterklinik nicht gewollt war, habe ich das Angebot nicht angenommen. Noch im selben Jahr wurde in Tübingen relativ kurzfristig und für Außenstehende unerwartet der Lehrstuhl für Viszeral- und Transplantationschirurgie ausgeschrieben und ich durch ein Mitglied des Aufsichtsrates aufgefordert, mich zu bewerben. Ich habe meine Bewerbungsunterlagen in der Weihnachtszeit 2003 eingereicht und wurde kurz darauf im Januar 2004 eingeladen, „vorzusingen“. Die Vorbereitungszeit war kurz, aber mit Hilfe eines Beraters sehr effizient, sodass ich vermutlich gerade deshalb relativ gelassen ins Rennen ging. Ich habe klar verbal, aber auch mittels Körpersprache signalisiert: ich will diese Stelle. Es gelang mir, die Gremien, den Mittelbau und die Studenten für mich zu gewinnen, denn nur wenige Tage später wollte mich die Berufungskommission in Innsbruck besuchen. Das Voroperieren, zwei hepatobiliäre Eingriffe und die lokale Organisation sind äußerst positiv bewertet worden, auch das Gespräch mit Margreiter hat die Tübinger überzeugt. Dazu zwei nicht weniger relevante Nebensächlichkeiten, die von der Kommission besonders hervorgehoben wurden. Zum einen wurden in unseren Operationsdokumentationsbüchern mehr durch mich durchgeführte Operationen gefunden, als ich in meiner Auflistung angeführt hatte, und zum anderen habe ich die Kommission getröstet, das Abschlussgespräch um eine halbe Stunde nach hinten verschieben zu wollen, um mit den Angehörigen das Ergebnis der beiden Operationen besprechen zu

können. Wenige Tage später erhielt ich einen Anruf vom leitenden Ärztlichen Direktor des Klinikums Tübingen: „Sie sind Erstgereihter, Gratulation. Wir erwarten Sie zeitnah zur Abstimmung und Verhandlung und nicht minderwichtig, Sie müssen die Stelle zum 1. April antreten“. Inzwischen war es Februar 2004, in nur wenigen Tagen konnte ich ein Konzeptpapier erstellen und meine Vorstellungen einer Chirurgischen Klinik mit Schwerpunkt Onkologie und Transplantation zu Papier bringen. Dass neben Struktur, Geräte und Personal auch die persönlichen Gehaltsvorstellungen thematisiert werden sollten, hatte ich für das erste Treffen völlig vergessen. Das Treffen mit dem Vorstand, insbesondere dem kaufmännischen Direktor, verlief äußerst positiv, die Ausstattung und Ausrichtung des Klinikums überstiegen meine Vorstellungen bei weitem und alle meine bescheidenen Forderungen wurden angenommen. Zum Thema Gehalt meinte der Kaufmännische Direktor: „In Tübingen gibt es keine armen Chirurgen.“ Im Rahmen des zweiten Treffens – inzwischen war es März – habe ich unterschrieben und zugesichert, am 1. April die Stelle zunächst als kommissarischer Direktor anzutreten. Den universitären Formalien folgend war für die Erteilung des Rufes durch den Rektor noch die Zustimmung des Senates der Universität ausständig. Am 2. April, d. h. ich war schon in Tübingen, wurde der Reihung und meiner Berufung durch den Senat einstimmig zugestimmt und mir am Tag darauf der Ruf durch den Rektor der Universität Tübingen übermittelt.

Aber noch einmal zurück in den März 2004. Ich fahre glücklich und zuversichtlich zurück nach Innsbruck und gehe am Tag darauf mit den neuesten Informatio-

nen zum Chef. Ich berichte ihm von der positiven Verhandlung und dass ich in Tübingen unterschrieben habe, aber schon in wenigen Wochen anfangen muss. Sein Kommentar: „Das ist gut für dich, aber äußerst schlecht für mich.“ Dazu muss man wissen, dass Dr. Spechtenhauser im März die Chefarztposition in Kufstein angetreten hat und sich somit das Transplantationsteam erheblich dezimiert wurde. Es war für mich selbstverständlich, auf den Resturlaub zu verzichten und bis zuletzt zu arbeiten. Ein letztes Highlight war ein „full left and full right lobe ex-situ split“ einer Leber eines 9-jährigen Kindes, gefolgt von der Transplantation zweier Kinder. Das Verhältnis zu meinem Chef wurde auf eine weitere Probe gestellt, nachdem Dr. Steurer und Frau Dr. Ladurner Prof. Margreiter mitteilten, sie würden mit mir nach Tübingen wechseln.

Schließlich bin ich dann am 30. März nach Tübingen gefahren, hatte weder Wohnung noch eine fixe Bleibe und musste mir für die ersten Wochen ein Hotelzimmer nehmen. Am 31. März wurde ich durch den Dekan und leitenden ärztlichen Direktor empfangen. Nachdem man mir mein zukünftiges Büro gezeigt hatte, wurde ich offiziell willkommen geheißen und eine rasche Übergabe organisiert. Von meinen zukünftigen Mitarbeitern kannte ich praktisch niemanden. Der Empfang bei der ersten Morgenbesprechung mit einem Blumenstrauß war besonders herzlich. Bewunderung und Hoffnung, aber auch Angst und Unsicherheit konnte ich in den Augen so mancher Mitarbeiter erkennen. Kurz habe ich mein Konzept erläutert und die Ausführungen damit beendet: „Sie kriegen von mir heute alle eine Eins und ich würde mir wünschen, dass sie auf der Eins bleiben.“ Beherztes

Klopfen, der Bann war gebrochen, bevor wir mit der Übergabe durch die Dienstmannschaft gefolgt von der Visite auf der Intensivstation den Arbeitstag begannen.

Die ersten Tage und Wochen waren neben der operativen Tätigkeit gefüllt mit Vorstellungsrunden und Gesprächen mit den Ärztlichen Direktoren der Kliniken und Institute, wobei ich die Kommunikation mit meinen Mitarbeitern als prioritär angesehen habe und mir viel Zeit für Einzelgespräche nahm.

Das Operieren war für mich zu Beginn wirklich eine Herausforderung: Vier Säle mussten laufen und bei Privatpatienten oder Patienten von der Intensivstation war ich immer mit am Tisch. Anderes Instrumentarium, andere Herangehensweise, die Indikationsstellung und vor allem nicht immer nachvollziehbare postoperative Komplikationen waren der Grund, einen kompletten Neustart zu fordern. Das Operationsbesteck wurde komplett neu sortiert und durch feinere Instrumente ergänzt, die Indikationen in den täglichen Konferenzen im Detail überprüft, das *Procedere* möglichst genau festgelegt, das operative Vorgehen der „Innsbrucker Schule“, insbesondere die Anastomosen-Technik, angepasst, das postoperative Monitoring und die stationäre Überwachung intensiviert. Die Mehrzahl hat das Konzept sofort mitgetragen, denn es zeichnete sich relativ rasch ab, dass die neue Arbeitsweise erfolgreicher war. Von einigen wenigen ärztlichen Mitarbeitern musste ich mich trennen, das heißt, deren Stellen wurden nicht verlängert bzw. haben diese selbst ihre Stelle nicht verlängert. Überhaupt hatten nur wenige Oberärzte eine Dauerstelle, für Fachärzte oder Assistenten war dies nicht vorge-

sehen. Formiert haben sich schrittweise Arbeitsgruppen und Spezialbereiche mit verantwortlichen Oberärzten, sodass nach nur wenigen Monaten die Chirurgie Tübingen ein anderes Aussehen bekam. Die Bereiche Wundversorgung und Neurogastroenterologie wurden zugunsten Onkologie und Transplantation umstrukturiert. Am deutlichsten zeigte sich die neue Schule im Operationssaal. Mit diffizilem Präparieren entlang entwicklungsgeschichtlich vorgegebener Grenzstrukturen in der Onkologie, im Wesentlichen durch den Einsatz feinerer Instrumente, einer peniblen Blutstillung, einer für die meisten altmodisch wirkenden zweireihigen Technik intestinaler Anastomosen in Einzelknopfnahntechnik, Übernähung von Klammernahntreihen, penibelst genauer Präparation von Gefäßen und standardisierten Gefäß- und Gallengangs-anastomosen in der Transplantationschirurgie konnten wir, jetzt waren auch Steuerer und Ladurner im Team, die allermeisten überzeugen, aber vor allem motivieren, diesen Weg mitzugehen. Die Technik betreffend war ich kompromisslos, ein Schönreden wurde nicht toleriert. Folglich mussten wir sehr viel assistieren, um die neue Chirurgie breit aufzustellen und so rasch als möglich auf alle Eingriffe auszudehnen.

Nun ging es um die Neuausrichtung der Klinik im regionalen und nationalen Umfeld. Baden-Württemberg hat vier Universitäten mit damals gleich starken Chirurgischen Kliniken. In der näheren Umgebung finden sich 5 große Krankenhäuser der Maximalversorgung, die sich alle um die Gunst der Patienten bemühten. Nachdem die Inzidenz der Erkrankungen sich wenig ändert, ist die Akquise neuer Patienten eine tägliche Herausforderung. Zunächst erfordert dies die

Festlegung auf die Stärken und Schwerpunkte der Klinik, das Abstecken des Einzugsgebietes, Besuch traditioneller und neuer potentieller Zuweiser, Organisation von Meetings mit Präsentation des Teams und der Schwerpunkte der Klinik, flexibles und rasches Reagieren bei Anfragen. Die Ärzte meiner Abteilung waren angehalten, primär immer „ja“ zu sagen und dann erst die Übernahme zu koordinieren oder den Wünschen gerecht zu werden. Am allerwichtigsten ist und bleibt aber die Ergebnisqualität und die Mundpropaganda beziehungsweise Empfehlung der Patienten. Nicht zuletzt mussten dabei auch neue Strategien und Trends wie die Minimalisierung des Zugangstraumas inklusive der Robotik, multimodale Konzepte in der Onkologie, der Bedarf an bariatrischen Operationen und der sich verschärfende Organmangel in der Transplantationsmedizin Beachtung finden und in die Entscheidungen miteinfließen.

Auf diesen Überlegungen basierend wurden in Abstimmung mit meinen Führungskräften die Schwerpunkte festgelegt, aus denen sich eine besondere Expertise der Tübinger Chirurgie entwickeln konnte. Orientiert habe ich mich an den Schwerpunkten des Klinikums und der medizinischen Fakultät, wo Onkologie, Entzündung, Diabetes mit vaskulärer Medizin sowie Neurodegeneration die Eckpfeiler darstellten. Wichtige Bereiche waren und sind nach wie vor die Immunologie, Medizintechnik und die funktionelle Bildgebung. Es lag mir viel daran, den Bereichen jeweils ein Gesicht zu geben, um meinen leitenden Oberärzten im kompetitiven Umfeld Chancen bei Bewerbungen zu eröffnen. Initiativen wie die Etablierung onkologischer Spitzenzentren über

die Deutsche Krebshilfe, sogenannte Comprehensive Cancer Centers (Tübingen war von Beginn an ein CCC-Standort), die staatlich (BMBF) geförderten nationalen Gesundheitszentren (Tübingen konnte 5 einwerben), die Nationalen Zentren für Tumorerkrankungen (NCTs) und letztlich die Exzellenzinitiative (Tübingen konnte den einzigen onkologischen Cluster einwerben), aber auch die politische Festschreibung der Anzahl der Transplantationszentren (Tübingen ist das einzige deutsche Zentrum, das alle Bauchorgane bei Erwachsenen und Kindern transplantiert) wurden genutzt, um die Chirurgie als Querschnittsfach maximal mit den Konsortien zu vernetzen und eine Alleinstellung auf relevanten Gebieten zu erreichen. Die Chirurgie übernahm die Leitung des Zentrums für Gastrointestinale Onkologie unter dem Dach des CCC und ich wurde bis zu meinem Ausscheiden zum Sprecher ernannt. Erfolgreich zertifiziert wurde der Standort als Viszeralonkologisches Zentrum. Zuletzt gab es 3 Gastrointestinale Tumorkonferenzen pro Woche, wo im Jahr bei über 2200 Patienten, davon 900 Erstdiagnosen, Therapieentscheidungen getroffen wurden. Etabliert werden konnten Zentren für personalisierte und molekulare Onkologie.

Besondere Expertise konnten wir uns in der Therapie primärer Lebertumore, speziell dem cholangiozellulären Karzinom, aber auch den Lebermetastasen und auch dem Ösophaguskarzinom erarbeiten. Konzepte wie das In-situ-split-bzw. ALPPS-Verfahren wurden mitentwickelt und verfeinert. Bei nicht mehr operabler Lebermetastasierung konnten wir die Strategie der zweizeitigen Hepatektomie mit auxiliärer Lebersegment-

transplantation über eine Lebendspende implementieren und weltweit zum ersten Mal erfolgreich durchführen. Nach einer intramural geförderten Pilotstudie mit überzeugenden Ergebnissen konnten wir gemeinsam mit der Chirurgischen Klinik in Jena eine von der Krebshilfe geförderte Studie auf den Weg bringen und die ersten Patienten rekrutieren. Experimentell ist es uns gelungen, das Posthepatektomie-Leberversagen am Schweinemodell weiter abzuklären. Aus diesen Erkenntnissen haben wir Optionen der chirurgischen und medikamentösen „Inflow-Modulation“ entwickelt, die heute zum Armamentarium der komplexen Leberchirurgie gehören. Weiters ist es uns gelungen, ein standardisiertes chirurgisches und medikamentös toxisches Modell des akuten Leberversagens beim Schwein zu etablieren und folglich unterschiedliche Leberunterstützungsverfahren zu testen. Letztlich konnten wir dieses Modell nach England exportieren. Das Ziel, eine künstliche Leber zu entwickeln, mussten wir aus logistischen Gründen verwerfen. Es ist uns jedoch gelungen, eine Schweineleber komplett zu azellularisieren. Die resultierende Matrix aus Gefäßen und Gallenwegen mit Hepatozyten zu besiedeln wäre der nächste Schritt gewesen, denn funktionstüchtige Leberzellen in Kultur zu bringen war geglückt.

Ein weiterer Bereich, in den wir maximal investiert haben, war die Etablierung eines Zentrums zur Behandlung der Peritonealen Metastasierung (PM). Tübingen war das erste von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zertifizierte Referenzzentrum zur Therapie der Peritonealkarzinose (HIPEC-Zentrum). Zu Beginn der Überlegungen und Planung hatte ich das Privileg, eine

Woche zusammen mit Paul Sugarbaker in Washington zu operieren und Patientenakten zu sichten, die Ergebnisse waren mehr als überzeugend und im weiteren Sinne stimulierend, ein eigenes Zentrum aufzubauen. Es war einfach, meine Mitarbeiter zu motivieren, sich auf mehrstündige Eingriffe einzulassen, problematischer allerdings, Onkologen und Zuweiser von der operativen Option zu überzeugen. Mit der Zeit wurde die Wertigkeit der kompletten Resektion peritonealer Metastasen im Vergleich zu einer palliativen Systemtherapie erkannt und die operative Möglichkeit ist sukzessive in den Entscheidungsalgorithmus in den Tumorkonferenzen eingeflossen. Dies führte dazu, dass wir im Durchschnitt 2 bis 3 Zytoreduktionen pro Woche operieren konnten. Mitarbeiter konnten sich profilieren und wissenschaftliche Fragestellungen zum Verständnis bzw. der Pathophysiologie der peritonealen Metastasierung bearbeiten. Es war bekannt, dass sich bei Patienten mit einer PM selten Organmetastasen finden und umgekehrt. Diese Fragestellung wurde aufgegriffen und an einem Magenkarzinom-Modell untersucht. Wir konnten zeigen, dass sich Tumoren, die mit einer PM einhergehen, genetisch eindeutig von Tumoren ohne PM unterscheiden lassen, und zwar fand sich eine Überexpression einer Kinase PGK1, die die peritoneale Aussaat begünstigt. Aus diesen intramuralen und von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekten sind mehrere Habilitationen hervorgegangen und waren die Basis eines Teilprojektes bei dem SFB 685. Um das therapeutische Portfolio für diese Erkrankung zu komplettieren, wurde für Patienten, die nicht mehr operabel sind, die intraabdominelle Aerosolchemotherapie, als PIPAC bekannt, an der Chirurgischen

Klinik eingeführt. Obwohl bislang keine randomisierten Studien dazu vorliegen, zeigen die eigenen Erfahrungen und die Daten aus klinischen Serien sowie dem internationalen PIPAC-Register durchaus hoffnungsvolle Ergebnisse mit signifikanter Verbesserung der Lebensqualität, aber vielfach auch einem längeren Überleben. Letztlich wurde in Tübingen das „Nationale Zentrum zum Verständnis und zur Behandlung von Tumoren der Pleura und des Peritoneums“ unter dem Dach des CCC etabliert.

Mit ca. 150 Transplantationen im Jahr ist das Tübinger Zentrum im nationalen Vergleich eher klein, allerdings konnten wir alle Bauchorgane alleine oder in Kombination verpflanzen. Am Anfang in 2004 gab es nur noch ein paar wenige Transplantationen, praktisch keine Warteliste und ein großes Misstrauen dem Zentrum gegenüber. Bereits nach einem halben Jahr gab es wieder eine Liste für Leber, Pankreas und Niere. Mit maximalem Einsatz konnten wir in kurzer Zeit Vertrauen aufbauen, Zuweiser gewinnen und interdisziplinäre Strukturen implementieren. Von Beginn an wurde meinerseits viel Herzblut in die Etablierung eines Kindertransplantationszentrums investiert. Die Lebertransplantation des bis damals in Deutschland kleinsten Kindes von 2600 Gramm schaffte es auf die Titelseite der Bildzeitung und brachte den Durchbruch. Sukzessive wurde das Angebot erweitert, neue Kooperationen immer mit dem Ziel eingegangen, das gesamte Portfolio eines Organversagens abzubilden. Gemeinsam mit der Gastroenterologie wurde neben dem Leberzentrum ein Kurzdarmszentrum ins Leben gerufen. Darmverlängerungsoperationen wurden neu etabliert und uns somit Patienten mit

abdominellen Katastrophen und multiplen Fisteln zugewiesen. In mehrstündigen Operationen konnte vielfach ausreichend Darm in Kontinuität gebracht und die Patienten mit kompletter oraler Autonomie wieder entlassen werden. Aus diesem Patientengut rekrutierten sich aber auch die ersten Darm- und die erste Multiviszeraltransplantation als Novum in Tübingen. Im Verlauf gelangen uns die erste pädiatrische Darmtransplantation und erste kindliche Multiviszeraltransplantation in Deutschland, gefolgt von der Etablierung eines Zentrums für Darmversagen bei Kindern. Zuletzt gelangen uns die ersten 4 Uterustransplantationen in Deutschland und die Etablierung des ersten und einzigen Zentrums für Uterustransplantation in Deutschland. Die bereits erwähnte weltweit erste zweizeitige Hepatektomie in Kombination mit einer auxiliären Leberlebend-Segmenttransplantation bei inoperablen Lebermetastasen eines Kolonkarzinoms kommt im Eurotransplantbereich einem Paradigmenwechsel gleich und eröffnet aber gerade Erwachsenen auch mit anderen Indikationen eine Transplantationsoption. Besonders stolz macht mich aber gerade die Ergebnisqualität, und zwar liegt die Überlebensrate nach Lebertransplantation schon über viele Jahre 10 % bis 15 % über dem deutschen Durchschnitt, besonders beeindruckend sind die Ergebnisse nach der kindlichen Lebertransplantation. Bei 200 Transplantationen wurde weder ein Transplantat noch ein Kind perioperativ verloren und die 10-Jahres-Überlebensrate beträgt 96 %.

Die minimalinvasive Chirurgie (MIC) war in Tübingen schon länger sowohl klinisch als auch akademisch gut aufgestellt. Vor meiner Zeit gab es sogar eine C3-Pro-

fessur für MIC, die aufgrund von Verwerfungen des Stelleninhabers mit meinem Vorgänger aufgelassen wurde. Bestehen blieb allerdings die Professur mit der Option einer Neuausrichtung. Wurden im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends onkologische Eingriffe beinahe immer offen operiert, so wurde zunächst die Resektion des linken Colons und dann des Rektums komplett auf Laparoskopie umgestellt. Ähnlich ist der Strategiewechsel auch im oberen GI-Trakt voran gegangen. Neben der gut etablierten laparoskopischen Versorgung der axialen Hiatushernie und der Refluxerkrankung wurde zunächst ein interdisziplinäres Adipositaszentrum etabliert, neben der Sleeve-Gastrektomie wurden alle Bypass-Verfahren und auch Korrekturoperationen angeboten, um dann sukzessive die Gastrektomie beim Magenkarzinom gefolgt von der Ösophagus-Resektion bei Ösophaguskarzinom und dem Cardiakarzinom auch minimal-invasiv durchführen zu können. Wir waren eines der ersten Zentren in Deutschland, die sowohl den abdominellen als auch thorakalen Akt komplett minimal-invasiv durchführten. Zuletzt wurde der neuen Möglichkeit Rechnung getragen und auch die roboterassistierten Verfahren für obige Indikationen implementiert. Ebenso gelang es, die bestehende Professur für MIC wiederzubeleben und als W2 zu besetzen. Neben der Minimierung des Zugangstraumas waren die Inhalte der Stelle und der AG auf die intraoperative Gewebeerkennung, die laparoskopische Anatomie, auf 3D-Visualisierung und Entwicklung neuer Instrumente fokussiert. Dies war insbesondere für die Klinik relevant, denn in der näheren Umgebung zu Tübingen finden sich Weltkonzerne der Medizintechnik, mit denen wir nicht

nur experimentell und klinisch zusammenarbeiteten, sondern auch neue Entwicklungen in der Klinik testen konnten. Wesentlich involviert waren wir ebenfalls in die Etablierung des Studienganges für Medizintechnik.

Nicht weniger wichtig und absolut erwähnenswert sind unsere Initiativen und Investitionen in die Lehre und Ausbildung. Neben einem Trainingszentrum für MIC konnten wir ein solches auch für die flexible Endoskopie implementieren. Praktisch für alle minimalinvasiven Eingriffe, aber auch diagnostischen und interventionellen flexiblen Endoskopen wurden modulare Trainingsmodelle auf Basis des Tübinger MIC und Endoskopie-Trainers gebaut. Die mehrmals im Jahr ausgerichteten zertifizierten Basiskurse und Kurse für Fortgeschrittene waren beinahe immer ausgebucht. Zusätzlich wurden die Kurse bei nationalen Kongressen vor Ort angeboten und zum Teil auch im Ausland an Kliniken ausgerichtet. Das Modell der endoskopischen Diagnostik und Intervention an den Gallenwegen und den Bronchien verdient eine gesonderte Betrachtung. Grundlage war ein über einen CT-Datensatz entworfenes Gallengangs- und Bronchialsystem, zuletzt über einen 3D-Druck, welche in das jeweilige Modell eingebaut wurden. Über spezielle Sensoren ist es möglich, parallel wirklichkeitsgetreu konventionell zu endoskopieren und auf einem zweiten Bildschirm die Lage des Endoskops im jeweiligen Gangsystem zu verfolgen.

Aus den diversen klinischen und akademischen Bemühungen sind im Laufe der Jahre unzählige Promotionen und um die 40 Habilitationen hervorgegangen. Ebenso sind um die 20 Tübinger Chirurginnen und Chirurgen aus meiner Schule heute Chefärzte in Deutschland oder

Österreich. Ich konnte also meinen Traum, Direktor einer chirurgischen Universitätsklinik, leben und darüber hinaus den besonderen Reiz der täglichen Auseinandersetzung mit klinischen und wissenschaftlichen Problemen, zusammen mit jungen motivierten Mitarbeitern im Fach etwas zu bewegen, realisieren. Es war mir möglich, zu vermitteln, dass die Chirurgie im Kopf passiert, genauso wie Fortschritt reine Kopfsache ist und kontinuierliches Hinterfragen des Istzustandes erfordert. Resilienz und ein „never give up“ sind dabei die entscheidenden Voraussetzungen für das persönliche Fortkommen, aber auch die Weiterentwicklung des Faches Chirurgie.

Eine weniger schöne und für mich durchaus belastende Erfahrung möchte ich zuletzt nicht verschweigen. Auf Aufforderung habe ich mich 2009 um die Nachfolge meines Lehrers Margreiter beworben und auch den Ruf erhalten. Bereits in der Diskussion im Rahmen meines Vortrages konzentrierten sich die Fragen im Wesentlichen auf die Poolgeldverteilung, wie viele Mitarbeiter ich mitbringen würde und den Erhalt von Privilegien. Dabei konnte ich die Motive durchaus nachvollziehen, allerdings hätte ich mir daneben auch inhaltliche Diskussionen zur Festigung des Standortes und vor allem zu Entwicklungsperspektiven für die Klinik und Mitarbeiter genauso erwartet. Ein fertiges Konzept zur Etablierung eines CCC nach deutschem Vorbild, Erfahrungen in der Beantragung von Verbundforschung wurden von der amtierenden Rektorin als unrealistisch abgetan, Vorschläge zu Strukturanpassungen vom Träger relativiert bzw. nicht mitgetragen, genauso wie die Inhalte der Gespräche nicht vertraulich behandelt wurden. Eine

mit dem Rektorat abgesprochene Terminverlegung wurde als Verspätung ausgelegt, der Hinweis, den mir vorgelegten Vertragsentwurf durch einen Rechtsvertreter prüfen zu lassen, wurde negativ kommuniziert: „Jetzt kommt er auch noch mit einem Anwalt.“ Es gab nie ein wirkliches Vertrauensverhältnis und die Gespräche waren von Themen wie Dauerstellen, privatärztlicher Tätigkeit von Mitarbeitern außerhalb des Klinikums und die Geldverteilung dominiert. Meine Einstellung dazu war nicht verhandelbar und wurde auch so kommuniziert: Mitarbeiter, die in Nebentätigkeit außerhalb der Klinik arbeiten, werden zukünftig keine führende Position einnehmen und das Mehr an Poolgeldabgabe, welches den Pflichtanteil übersteigt, wird durch mich entsprechend festgelegter Leistungskriterien verteilt. Der Kommentar dazu aus dem Rektorat: „Dann gibt es Krieg.“ Meine spontane Antwort darauf war sicherlich undiplomatisch und nicht überlegt: „Ich fürchte den Krieg nicht.“ Die Folge war ein schriftlicher Protest und mehrere Schreiben des Mittelbaus an die Universität, TILAK und Margreiter, um mich zu verhindern. Letztlich gab es dann noch ein anonymes Schreiben an die Tiroler Tageszeitung, wo ich mit Personen aus dem Dritten Reich gleichgestellt wurde, welches mir die Entscheidung erleichterte, den Ruf nicht anzunehmen. Nach Monaten des Hin und Her war ich schlussendlich nach der getroffenen Entscheidung erleichtert, denn in Tübingen herrschte genauso eine gewisse Unsicherheit. Ich konnte die sehr professionell geführten Bleibeverhandlungen für die Klinik erfolgreich zu Ende bringen und mich wiederum vollumfänglich auf meine Aufgaben konzentrieren. Und diese waren neben der klinischen Tätigkeit man-

nigfaltig. Immerhin ist Tübingen im nationalen Vergleich immer unter den Top 5 gereiht und nicht nur für chirurgische Fächer mehr als attraktiv. Dazu noch ein Hinweis: Beinahe alle Lehrstuhlinhaber hatten einen Ruf an andere Kliniken/Institute, mehr als 80 % davon sind in Tübingen geblieben und konnten ihre Position durch erfolgreiche Bleibeverhandlungen festigen.

Als Resümee kann ich aus heutiger Sicht festhalten: Es war richtig und gut, in Tübingen zu bleiben. Letztlich habe ich den schönsten Beruf, den es gibt. Ich würde jederzeit wieder den Weg der akademischen Chirurgie wählen, denn das Besondere und Faszinierende dabei ist, dass die universitäre Chirurgie eine breite und umfassende Patientenversorgung vielfach auch außerhalb konventioneller Leitlinien umfasst. Die Faszination der letzten Instanz, gepaart mit der Möglichkeit durch experimentelle und klinische Forschung sowie Entwicklung in größte-

ren universitären Verbünden – das heißt, wir können die Zukunft mitgestalten – gehen mit einer hohen Jobzufriedenheit einher und erhalten die intrinsische Begeisterung, aber auch Motivation. Besuch von Prof. Margreiter mit seiner Frau Katharina in Tübingen, kurz vor seinem Vortrag in meinem Besprechungszimmer und beim Abendessen.



Besuch in Tübingen



Warten auf den Vortrag



Beim Abendessen

17

PRIM. DOZ. DR.
HERMANN NEHODA

R. Margreiter

Hermann Nehoda ist 1966 in Innsbruck geboren und hat dort auch die Schule besucht. Sein Medizinstudium hat er 1983 ebenfalls in seiner Heimatstadt begonnen und nach üblicher Studiendauer 1989 mit der Promotion abgeschlossen. Noch im gleichen Jahr hat er wiederum in Innsbruck seine Chirurgieausbildung in Angriff genommen. Die ersten drei Monate war er an der Gefäßabteilung der Klinik bei Professor Flora. In der Folge hat Dr. Nehoda je ein halbes Jahr an der Chirurgie in Lienz und im Krankenhaus Hochzirl verbracht. Ab 1.12.1990 arbeitete er dann ein ganzes Jahr in Durban (Südafrika).

Den Facharztstitel bekam er 1996 zuerkannt. Vom 1.1. bis zum 1.6.2002 hat er sich am Mount Sinai Krankenhaus (New York) besonders mit der Chirurgie Viszeraler Tumore beschäftigt. 2002 konnte er sich mit der Arbeit „Das verstellbare Magenband: Indikationen und Ergebnisse“ habilitieren und kann auf weitere 78 Publikationen verweisen. Sein Hauptinteresse galt nun der hepatobiliären und minimalinvasiven Chirurgie.

Zwei Sprüche von mir haben ihm besonders gut gefallen: Als er während des studentischen Pflichtpraktikums mit zittriger Hand die Hautnähte abschneiden durfte: „Wer nicht weiß, wie lang ein Zentimeter ist, hat in der Chirurgie nichts verloren“ und ein weiterer Spruch, der ihn ein Leben lang begleitete: „Nehoda, es nutzt nix, wenn Sie sich entschuldigen und der Patient hat nicht überlebt.“

Kitzbühel war der einzige Tiroler Verwaltungsbezirk, der über zwei, nur 10 Kilometer voneinander entfernt liegende Krankenhäuser verfügte. Die zuständigen Politiker waren mehrheitlich der Meinung, dass man das Krankenhaus Kitzbühel schließen sollte. Es wurde also entschieden, den chirurgischen Primarposten mit einem jüngeren Kollegen zu besetzen, der nach der endgültigen Schließung den Posten im Krankenhaus St. Johann übernehmen könnte. Somit wurde Nehoda 2006 als Leiter der Chirurgie und Unfallchirurgie sowie als ärzt-



Beim Operieren

licher Direktor bestellt, um am 1. Oktober 2008 die Leitung der Abteilung für Allgemeine, viszerale und Gefäßchirurgie am Bezirkskrankenhaus St. Johann zu übernehmen. Die Abteilung verfügt über 47

nung nach besser hätte machen können, meinte er: „Nichts. Ihr Enthusiasmus und unermüdlicher Einsatz für die Patienten und die Chirurgie im Allgemeinen wird ein ewiges Vorbild bleiben und ist eigentlich nicht mehr zu erreichen.“



Vor dem Hauseingang

Betten und 14 Arztstellen. Die Abteilung gilt als Referenzzentrum für Adipositaschirurgie, welches Patienten in größerer Zahl auch aus anderen Bezirken anlockt. Als ich ihn fragte, was ich seiner Mei-



Besuch in St. Johann

18

PROF. DR. MED.
WOLFGANG STEURER

R. Margreiter

Wolfgang Steurer ist 1962 in Innsbruck auf die Welt gekommen und etwa 15 Kilometer östlich davon aufgewachsen. Sein Medizinstudium hat er in seiner Geburtsstadt absolviert wie auch seine Ausbildung zum Facharzt in Allgemeinchirurgie, die er 1989 begonnen und 1996 beendet hat. Sein Arbeitsschwerpunkt war die Transplantationschirurgie, wobei ich sagen muss, dass ich größten Wert darauf gelegt habe, dass meine Mitarbeiter nicht nur mit den einzelnen Operationstechniken vertraut sind, sondern auch die infektiologischen und immunologischen Probleme beherrschen. Steurer habe ich mit der Leitung des Pankreas- und Inselzell-Transplantationsprogramms betraut. Übrigens: Sein erster Patient war ein Kollege und lebt heute noch nach 23 Jahren mit zwei gut funktionierenden Organen.

Es ist schon ungewöhnlich, dass jemand viermal den Arbeitsplatz – davon dreimal in leitender Funktion – wechselt, wobei die zwei Studienjahre in Boston gar nicht mitgezählt sind.

Die Nieren wurden in Kaiserslautern bisher offenbar von einem Herzchirurgen transplantiert. Da dieser nun in Pension ging, sollte das Programm unbedingt von einem erfahrenen Chirurgen fortgesetzt werden.

Im Rahmen einer Veranstaltung zum Antritt des neuen Chirurgiechefs hatte ich dann Gelegenheit, all die Vorzüge von Steurer darzustellen.

Beim Robert-Bosch-Krankenhaus handelt es sich um eines der führenden Krankenhäuser Deutschlands.

Was Steurer, der das Rennen gegen eine deutsche Elite gewonnen hatte, an dem Haus jedoch störte, war die Tatsache, dass von Seiten der Verwaltung gewünscht wurde, möglichst viele Privatpatienten aufzunehmen.

Ich habe stets versucht, die unmoralische Seite der Zweiklassenmedizin meinen Mitarbeitern vom Beginn ihrer Tätigkeit an klarzumachen.

DIE WAHRE CHIRURGIE SPIELT SICH IM KOPF AB

Wolfgang Steurer

Die damalige Abteilung für Transplantationschirurgie der Universitätsklinik für Chirurgie I war für die Medizinische Fakultät der Universität und die „Innsbrucker Klinik“ unter der Leitung von Prof. Raimund Margreiter ein Aushängeschild für Innovation, Ideenreichtum und Reputation. Im Rahmen einer Erweiterung und Vergrößerung des Transplantationsprogramms wurden insgesamt vier neue Ausbildungsstellen für Allgemeinchirurgie geschaffen. Meine Bewerbung für eine dieser Stellen erfolgte nicht aus Überzeugung für das Fach, sondern mehr auf Anraten eines befreundeten Oberarztes der Klinik, Franz Aigner, der mich beim Rasenmähen seines Gartens in unserem Heimatort Wattens darauf aufmerksam machte. Da ich mir keine Hoffnungen auf eine Einladung zu einem Vorstellungsgespräch machte, wurden die Bewerbungsunterlagen von mir entsprechend lieblos und mit einer Schwarz-Weiß-Kopie meines Passbildes versehen eingereicht.

Umso überraschender kam der Anruf von Raimund Margreiter am letzten Tag der Bewerbungsfrist in den HNO-OP, in dem ich zu diesem Zeitpunkt als Ausbildungsassistent der Anästhesie eingeteilt war, dass „ich mich gefälligst persönlich vorstellen solle, wenn ich mich schon für eine Stelle bewürbe“. Die freie Position bei Raimund Margreiter war die erste nach vielen frustrierten Bewerbungsversuchen, und es sah aus, als ob man meine Vorleistungen mit ausgezeichneten Schul- und Prüfungsleistungen des Medizinstudiums würdigte und auf Grund meiner Auslandsfamulatur in den USA annahm, dass meine bisherigen Englischkenntnisse eine Grundlage für eine akademische Karriere sein könnten. „Wollen Sie Oberarzt in einem kleinen Krankenhaus werden oder

etwas für die Nachwelt erreichen?“, war die entscheidende Frage für eine Stellenzusage. „Wenn Sie 24 Stunden für die Abteilung da sind, kann ich Ihnen eine Stelle zusagen!“ Dass das auch wirklich so gemeint war, bewahrheitete sich bald nach Antritt und hielt für weitere 15 Jahre an.

Für ein möglichst reibungsfreies Überleben im Haifischbecken der chirurgischen Ausbildung wurden mir sehr schnell die Regeln bewusst: schnelles Einarbeiten, strukturierter Tagesablauf, verlässliches Ausführen von Anordnungen und selbstständiges Studium der medizinischen Grundlagen – was angesichts der komplexen High-End-Transplantationschirurgie und des schier unendlichen Spektrums postoperativer potentieller Probleme eines äußerst anspruchsvollen Patientengutes nur mit großem persönlichen Einsatz zu bewältigen war. Hinzu kam der absolute Anspruch des Chefs, keinerlei Kompromisse in unserer Tätigkeit einzugehen, da „sich jeder Fehler bei dem schwer erkrankten Patientengut rächt!“ Auch das Einprägen der Laborwerte aller Patienten wurde von mir als übertriebene Schikane empfunden. Da aber Raimund Margreiter die Werte auch immer selbst abrufbar im Kopf hatte, waren wir ständig auf Nadeln, nicht Opfer einer unangekündigten Visite zu werden. Nach nunmehr 35 Jahren chirurgischer Tätigkeit, davon 20 Jahre in leitender Position oder als Chef, kann ich auf diese stringente, kompromisslose und den Patienten in den absoluten Mittelpunkt stellende Ausbildung nur mit großer Dankbarkeit zurückschauen. Sie stellt eine der herausragenden Prinzipien der Innsbrucker Schule dar und hält auch im Vergleich mit anderen großen chirurgischen Zentren im deut-

schen Sprachraum jeder Qualitätskontrolle stand.

09/11/1989: Angekündigte Organentnahme eines Post-mortem-Spenders in Oberösterreich, das Innsbrucker Team, bestehend aus Margreiter, Steuerer und einem Perfusionisten, Flug mit der Tyrolean Air Ambulanz am frühen Abend, geplante Lebertransplantation in Innsbruck. Abgesehen von den gefürchteten Abfragen der österreichischen Geografie aus der Luft durch den Chef, der als professioneller Hochalpinist und Wildwasserpaddler so ziemlich jeden interessanten Fleck der Erde kennt, war dieser Einsatz denkwürdig, denn gleichzeitig fiel die Berliner Mauer und das Team des Herzzentrums Berlin traf in einem, im wahrsten Sinn des Wortes, berauschten Zustand im dortigen Krankenhaus ein.

Prof. Margreiter erkannte sofort den Ernst der Lage, denn an eine korrekte und vor allem professionelle Entnahme des Spenderherzens war mit der Mannschaft nicht zu denken. So bot er den Kollegen an, sich im Aufenthaltsraum in der Zwischenzeit zu erholen, die Entnahme des Spenderherzens von uns durchführen zu lassen (Viszeralchirurgen fehlt für diesen Eingriff üblicherweise die Expertise, allerdings war durch die Erfahrungen der ersten Herztransplantation in Österreich durch Prof. Margreiter diese mehr als gegeben) und nachher wieder nach Berlin zurückzufliegen.

An Feiern war die restliche Nacht für uns nicht zu denken, denn durch eine notwendige chirurgische Verkleinerung der Spenderleber dauerte die Implantation mehr als 10 Stunden und verlangte dem Team alles ab.

Sommer 1990: Der Chef kehrte wenige Tage zuvor vom Kongress der Transplan-

tationsgesellschaft aus den USA zurück und wir bereiteten uns gerade auf eine Operation vor, mehrere Minuten Waschzeremonie zur antiseptischen Reinigung der Hände und Unterarme vor dem Überziehen der sterilen OP-Kleidung – ohne jegliche Konversation. Plötzlich kam vom Chef die Frage an mich: „Steuerer! Wo wollen Sie hingehen, Stanford oder Boston?“, danach war wieder Stille. Nach kurzer Bedenkzeit antwortete ich mit „Boston“, das mir angesichts der Kürze der Bedenkzeit und in Hinblick auf meine Familie, die zu diesem Zeitpunkt aus meiner Frau und zwei kleinen Töchtern bestand, auf Grund der doch deutlich kürzeren Entfernung nach Europa, falls irgendetwas schiefgehen sollte, die bessere Variante erschien. „Kümmern Sie sich um ein Stipendium!“, damit war vorerst das weitere Vorgehen unmissverständlich geklärt.

Mein Forschungsaufenthalt von 1992 bis 1994 an der Harvard Medical School war in vielerlei Hinsicht ein Highlight meiner Ausbildung: Die Möglichkeit, an der Quelle fundamentaler Forschung tätig zu sein und als Teil eines internationalen Teams zu arbeiten und seinen Beitrag zu leisten, öffnet viele Türen und bereitet die Grundlagen für wissenschaftliches Arbeiten. Zurück aus den USA musste ich zunächst meine chirurgische Ausbildung vorantreiben und gleichzeitig eine Arbeitsgruppe im Labor etablieren.

Heute würde ich diese Sequenz anders reihen: zuerst Chirurgieausbildung, danach Basiswissenschaft. Warum? Als Ausbildungsassistent der Chirurgie wird der Tagesablauf von außen vorgegeben: Stationsarbeit, OP, Ambulanztätigkeit, Dienste, Rotation in Gegenfächer. All diese Faktoren erlauben nur wenig bis kein Mitspracherecht und somit kaum Bewe-

gungsfreiheit, außerklinische Forschung effektiv voranzubringen. Als fertiger Fach- bzw. Oberarzt ist diese Selbstbestimmung deutlich besser umsetzbar. Dennoch empfinde ich meine Bemühungen, Grundlagenforschung über Teambildung und Einbezug von Doktoranden voranzutreiben, als durchaus gelungen, was insbesondere die Karrieren meiner Doktoranden Gerald Brandacher, Robert Öllinger und vieler anderer unserer „Transplant-Studenten“ bewiesen haben.



Team Inselzell-TX 1995

Nach Beendigung meiner Facharzt Ausbildung im Jahr 1996 rückte ich zunehmend in der Hierarchie der Transplant-Chirurgen auf, zunächst durch die Einarbeitung in das Nierentransplantationsprogramm und zunehmend durch die Übernahme der Pankreastransplantation von meinem unmittelbaren chirurgischen Lehrer Alfred Königsrainer, der dieses anspruchsvolle Programm unter der Ägide von Raimund Margreiter die vorangegangenen Jahre aufgebaut hatte. Überwiegend personellem Mangel während der Urlaubszeit geschuldet, durchlief ich meine Feuerprobe im Sommer 1998, in dem ich mit der Ausführung einer Nieren-Pankreas-Transplantation beauftragt wurde, während der Chef im Nachbar-OP mit einer Lebertransplantation begann. Was

die Situation für mich deutlich erschwerte, war der Umstand, dass der Empfänger beider Organe ein Kollege in leitender Position war und alles optimal laufen musste. „Steurer! Sie beginnen zunächst mit der Implantation der Niere, ich komme dann für die Pankreasimplantation dazu.“ Letztendlich konnte ich beide Organe komplikationslos implantieren und erfüllte damit die Voraussetzung für die Leitung des Pankreastransplantationsprogramms. Wie sehr mich die Pankreastransplantation die kommenden Jahre faszinieren sollte, spiegelte sich nicht nur im Thema meiner Habilitation wider, sondern setzte sich auch nach meinem Wechsel an die Universität Tübingen im Jahr 2004 und als Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern bis in das Jahr 2011 fort. Dass die Durchführung der Organentnahme für ein so schwierig zu transplantierendes Organ wie die Bauchspeicheldrüse eine spezielle Expertise erfordert und deshalb die Organentnahme durch Chirurginnen und Chirurgen eines erfahrenen Zentrums, im besten Fall durch das hauseigene Team zu erfolgen hat, war in Innsbruck absoluter Standard und als wesentlicher Faktor für den Erfolg des Programms zu sehen. Und nicht zuletzt war mein Trauzeuge bei der Vermählung mit meiner zweiten Frau (auch Tirolerin, promovierte Germanistin) im Jahr 2006 ein Niere- und Pankreas-transplantierte Freund aus der Steiermark.

Ein zentraler Aspekt der Philosophie unseres Innsbrucker Chefs, Raimund Margreiter, war, die eigene Messlatte an den besten chirurgischen Zentren im internationalen Vergleich zu adjustieren, für Innovationen offen zu sein und möglichst rasch an der Entwicklung von neuen chi-

rurgischen Techniken, Medikamenten und Strategien zur Abstoßungsprophylaxe teilzuhaben und die Erfahrungen bei internationalen Kongressen sowie in entsprechenden Fachpublikationen zu kommunizieren. Dieser ständige Leistungsdruck verlangte dem gesamten Team von Ärzten, der Pflege sowie der Transplant-Koordination bis hin zu unseren „Transplant-Studenten“ viel Selbstdisziplin, Ehrgeiz und sicher auch Entbehrungen ab, hatte aber auch den Vorteil einer engen Teambildung und die Gewissheit, für eine Führungsposition auf dem internationalen Parkett gewappnet zu sein. Belohnt wurde man selbstverständlich auch mit sensationellen Transplantationen wie der ersten Langerhans-Inselzell- oder der ersten Dünndarmtransplantation in Österreich, Multiviszeraltransplantation (mehrere Bauchorgane enbloc, erster Überlebender weltweit) und die zweite Doppelhandtransplantation weltweit. Dass eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Planung solcher High-End-Eingriffe bis zur Ausführung und Nachbetreuung mehr als nur chirurgisches Können erfordert, versteht sich von selbst und unterstreicht den intellektuellen Anspruch dieses Faches, wie er in Innsbruck gelebt wurde.

Die Jahre nach Innsbruck

Das Jahr 2004 war in mehrerlei Hinsicht ein Umbruchsjahr: Nachdem Alfred Königsrainer als Ordinarius an die Chirurgische Universitätsklinik nach Tübingen berufen wurde und dort die Transplantationschirurgie nach langer Tradition kurz vor dem Kollaps stand, wurden Ruth Laddurner und ich gefragt, ob wir Interesse hätten, nach Tübingen mitzugehen. Für das Innsbrucker Transplantationsprogramm bedeutete das aber auch, dass

drei wesentliche Leistungsträger eines hoch spezialisierten Faches damit vakant waren: Dementsprechend heftig reagierte auch Raimund Margreiter auf meine Mitteilung, dass ich das Transplantationsprogramm in Innsbruck nicht weiter mitgestalte. Als Deserteur wurde ich in Sekunden zur Persona non grata, was ich aus der Sicht meines damaligen Chefs durchaus nachvollziehen konnte. Seine Absenz bei meiner Habilitationsvorlesung in Innsbruck habe ich allerdings sehr bedauert. Kurze Zeit später begann ein neuer Lebensabschnitt in Baden-Württemberg, der für mich und meine Familie, mit Ausnahme eines 3-jährigen Ausfluges in die Westpfalz, bis heute andauert. Die patientenorientierte, pragmatische und chirurgisch alle Facetten abdeckende Innsbrucker Chirurgie konnte in Tübingen auch den Traditionen einer der ältesten deutschen Universitäten problemlos standhalten und viele Innovationen setzen. Insbesondere die Revitalisierung des Transplantationsprogramms und dessen Erweiterung auf die Kinderlebertransplantation, die hepatobiliäre Chirurgie sowie onkologische Multiviszeralchirurgie mit HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie) erforderten einen enormen Kraftakt für alle Beteiligten. Nach vier Jahren stellvertretender Leitungsfunktion war ich bereit, nunmehr auch die Gesamtverantwortung für eine Chirurgische Klinik zu übernehmen.

2008 - 2011: Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Westpfalzkrankenhauses Kaiserslautern. Die Ausschreibung der Chefarztstelle am Maximalversorger in Kaiserslautern war an den Aufbau eines Nierentransplantationsprogramms an der Chirurgischen Klinik gebunden, da die bisher erfolgreiche



Klinikverbund Südwest Kaiserslautern

Nierentransplantation vom ebenfalls in den Ruhestand tretenden Herzchirurgen durchgeführt wurde und an ein solches Konstrukt nicht mehr zu denken war. Als Tiroler, dessen „Hochdeutsch“ immer noch nicht für jeden Deutschsprachigen als solches zu erkennen war, rechnete ich mir bei der Bewerbung wenig Chancen aus, da die Bewerberlage mit 8 Kollegen aus den besten Häusern Deutschlands als äußerst kompetitiv einzuschätzen war. Offenbar ausschlaggebend für die erste Reihung meiner Person war neben der enormen Zahl an Transplantationen meinerseits (bis zu diesem Zeitpunkt fast 1000 Nierentransplantationen) die Bestellung eines großen Bieres am Vorabend im Rahmen der Einladung aller Bewerber zum Abendessen seitens der Geschäftsführung: Es war ein heißer Sommerabend und richtig einladend für ein kaltes Bier als Einstieg, das allerdings nur ich bestellte. Die übrigen Kollegen bevorzugten stattdessen lediglich Wasser, um keinen schlechten Eindruck zu vermitteln, wechselten allerdings bei der Nachbestellung ebenfalls auf Bier, weil es bei mir ja problemlos klappte und die Geschäftsführung dem Bier auch den Vorzug gab. Später habe ich erfahren, dass meine Authentizität eines der Argumente für meine Wahl war. Ein zusätzliches Highlight meiner Amtseinführung war die Laudatio meines ersten Chefs, Raimund

Margreiter, der die Mühen eines Kurzausfluges von Innsbruck in die Westpfalz nicht scheute, um meine Vita den eingeladenen Gästen entsprechend zu präsentieren. Damit war die Enttäuschung auf beiden Seiten über meinen Weggang aus Innsbruck wieder vergessen.

Auch die Zeit in Kaiserslautern habe ich als äußerst arbeitsintensiv in Erinnerung, da das motivierte chirurgische Team die Technik der Nierentransplantation gerne erlernen wollte, allerdings die bisherigen Schwerpunkte im Bereich der Schilddrüsen- und laparoskopisch kolorektalen Chirurgie lagen. Somit musste ich mich zunächst mit den Feinheiten der Laparoskopie beschäftigen, meine Kolleginnen und Kollegen im Gegenzug mit der Hepatobiliären- und Transplantationschirurgie. Zudem konnte ich gegen den Widerstand der Landesuniversität in Mainz das einzige außeruniversitäre Pankreas-transplantationsprogramm in Deutschland etablieren. Dass die Westpfalz nicht die definitive Endstation unserer Lebensinteressen sein würde, kristallisierte sich im Laufe der folgenden Jahre zunehmend heraus: Umgeben von 80.000 amerikanischen, kampfbereiten Soldaten, die über die nahegelegene größte außer-amerikanische Air Base mit Militärspital in Ramstein sämtliche Kriegsschauplätze im Nahen Osten und Afghanistan versorgten. Zudem ein Klinikum, das sich finanziell zwar in den schwarzen Zahlen befand, aber nur auf Kosten eines wesentlichen Investitionsstaus diesen Status halten konnte, und nicht zuletzt aus privaten Gründen. Insbesondere nach Geburt unseres jüngsten Sohnes 2010 war meiner Frau als Gymnasiallehrerin ein konkurrenzfähiges Bildungssystem entweder in Baden-Württemberg oder Bayern eine dringende Voraussetzung für die Zukunft.

2012 - 2018: Das Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) in Stuttgart zählt zur Elite der deutschen Krankenhausszene, unter anderem auch wegen des an das Krankenhaus angeschlossenen Forschungsinstitutes und einer großzügigen Trägerschaft der Robert-Bosch-Stiftung.



Team Robert-Bosch-Krankenhaus

Die 2011 ausgeschriebene Nachbesetzung der Abteilungsleitung für Allgemein- und Viszeralchirurgie war deshalb ein heiß begehrter Posten, der sämtliche akademische Chirurgen, die keine unmittelbare Universitätskarriere planten, aus der Reserve lockte. Meine Bewerbung schickte ich abermals ohne große Hoffnung auf Erfolg ab, da die Bewerbung aus einer Chefarztposition in eine andere zumindest in Deutschland als „suspekt“ eingestuft wird. Schlussendlich wurde ich nach einem komplizierten und „aufgeblasenen“ Bewerbungsverfahren als



Amtsantritt Leonberg



Team Leonberg

Chefarzt nach Stuttgart berufen. 2018 wechselte ich aber als Leiter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie nach Leonberg, wenige Kilometer entfernt von Stuttgart.

Warum noch ein Wechsel? Geprägt von der chirurgischen Philosophie der Innsbrucker Schule biete ich meine Expertise jedem Patienten an, der diese benötigt oder darum bittet, unabhängig vom Versicherungsstatus. Das wird leider in vielen Krankenhäusern Deutschlands anders gesehen: Profit gemacht wird in erster Linie mit privatversicherten Patienten, und um diese hat sich ein Chefarzt in erster Linie zu kümmern. Da auch das Einkommen von Chefarzten in den allermeisten Fällen an die Zahl der durchgeführten Eingriffe bei Privatversicherten gekoppelt ist, ist eine unabhängige Entscheidung der OP-Indikation deshalb in Frage zu stellen. Bislang konnte ich meine Interpretation des hippokratischen Eides kompromisslos umsetzen. Vielleicht liegt das aber auch daran, dass ich im Rahmen meiner Promotion an der damaligen Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck im Jahr 1987 auch noch den Eid geleistet habe.

19

UNIV. PROF. DR.
DIETMAR ÖFNER-VELANO

R. Margreiter

Dietmar Öfner ist 1957 in Innsbruck geboren, hat das Medizinstudium 1975 hier begonnen und 1983 beendet. Die Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie hat er im Jahr darauf wiederum in Innsbruck aufgenommen und nach zwei kürzeren Aufenthalten am UKH Linz und an der Chirurgie in Schwaz 1990 abgeschlossen.

Sein Spezialgebiet war von Anfang an die Viszeralchirurgie. 1994 hat er ein Jahr bei einem Innsbrucker Pathologen, der an der Pathologie in Münster-Westfalen angestellt war und ähnliche Interessen wie Öfner hatte, verbracht. Dort waren gastrointestinale Tumore sein Forschungsschwerpunkt. Die in Münster erarbeiteten Ergebnisse bildeten die Basis für seine Habilitation im Jahr 1995.

Der Titel seiner Habilitationsschrift lautete: „Immunhistochemische und histochemische Prognosefaktoren beim kolorektalen Karzinom“.

Nicht nur sein medizinisches Wissen erfuhr eine Erweiterung, sondern auch sein Familienname durch Heirat auf Öfner-Velano.

Von 2009 bis 2014 wurde ihm die Leitung der Universitätsklinik für Chirurgie der Medizinischen Paracelsus Privatuniversität übertragen. Das war nun schon der zweite Lehrstuhl, der von Innsbruck aus besetzt wurde. Wenn er auch in Salzburg klinisch sehr beschäftigt war, blieb ihm doch noch Zeit, seine Forschung fortzusetzen.

2015 wurde er an die Chirurgie in Innsbruck zurückgeholt und leitete diese universitäre Abteilung bis 2022. Damals standen ihm 128 Betten zur Verfügung sowie 59 Ärzte zu Diensten.

Anschließend hat die Universität eine §-98-Professur für chirurgische Qualitätssicherung zusammen mit der Leitung der theoretischen Chirurgie für ihn geschaffen.

DER COMPUTER ALS CHIRURGISCHES INSTRUMENT

Dietmar Öfner-Velano

Ich bin am 18. Mai 1957 in Innsbruck geboren und habe dort Medizin studiert und 1983 promoviert. Obwohl ich eher an der Psychiatrie interessiert war, habe ich im Jahr darauf wiederum in Innsbruck als Medizinalpraktikant meine Ausbildung in Chirurgie begonnen.



Chirurgie 1971

Raimund Margreiter und auch Ekkehard Steiner ist offensichtlich aufgefallen, dass ich sehr genau und sorgfältig gearbeitet habe und es mir dadurch gelungen ist, mehrere Diagnosen, die sonst

wahrscheinlich übersehen worden wären, korrekt zu stellen und ich damit mein Fachwissen wie auch meine Sorgfalt unter Beweis stellen konnte. Ich kann mich noch genau erinnern, dass daraufhin Margreiter im Gang so nebenbei zu mir gesagt hat: „Öfner, gehen Sie hinunter zu Flora, Sie haben eine Stelle bei uns.“ Mein Hauptinteresse galt der Allgemein-, Gefäß- und Transplantationschirurgie. Bin mir auch heute noch sicher: Hätte es die Transplantationschirurgie und Margreiters Art des Präparierens, die sich diametral von der, die ich Jahre später



Prof. Flora



Team Chirurgie Innsbruck

wieder erleben musste, unterschieden hat, nicht gegeben, ich hätte niemals die Chirurgie als Beruf gewählt. Jedenfalls war ich häufig außerhalb der Dienstzeit bei Transplantationen und großen gefäßchirurgischen Operationen eine gefragte Assistenz, sodass ich mir schon damals einen Anrufbeantworter zugelegt habe, um zu wissen, ob die Klinik anruft oder doch eine Freundin, die mir mangels geschenkter Aufmerksamkeit immer häufiger davongelaufen sind. Daneben war ich als Notarzt mit dem Hubschrauber „Christophorus 1“ und der „Tyrolean Air Ambulance“ im Einsatz.



Hubschraubereinsatz 1991

In den späten Achtzigerjahren hat mich Professor Margreiter einmal gefragt, was ich denn in meinem Rucksack so herumschleppen würde. Es war ein Computer, damals eine Revolution, nämlich ein sauteurer Apple SE, mit dem ich alle Patienten mit kolorektalem Karzinom laufend mit großer Sorgfalt dokumentiert habe und deshalb von einzelnen älteren Kollegen als Spinner titulierte wurde. Jedenfalls – und ich glaube, das hat Raimund veranlasst – stand eines Tages im Sekretariat von 9S ein vom klinikeigenen Tischler angefertigter kleiner Schrank, in den ich meinen heißgeliebten Apple einsperren konnte.

Der Vollständigkeit halber: In der Initialphase meiner Ausbildung verbrachte ich einige Wochen im UKH Linz wie auch im KH Schwaz.

Zurück zum Computer: Dieses Gerät – später hatte ich Computer, mit denen ich sogar Bildanalyse betreiben konnte – ermöglichte mir die kontinuierliche Dokumentation von Patientenverläufen und wurde zur Grundlage für meine Habilitation. Die Daten sind heute noch verfügbar, womit Raimund indirekt an meiner Habilitation beteiligt war und mich schon damals tatkräftig bei meinen Bemühungen, die medizinische Dokumentation weiterzuentwickeln, unterstützt hat. 1989 entstand das Konzept einer klinischen Dokumentation, das heute natürlich wesentlich umfangreicher, aber beispiellos an der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie als „quality controlled entire registry with registry embedded clinical trials“ zur Führung der Klinik und für den Wissenszuwachs umgesetzt ist. So wird zum Beispiel der in den 90er Jahren eingeführte strukturierte OP-Bericht der Lebertransplantation mit leichten Modifikationen bis heute verwendet und gilt heute als Modell für die von allen Seiten geforderten strukturierten Dokumente und Befunde. Ich hatte das Glück, nach dem Erreichen des Facharztes im Jahre 1990 recht früh eigenständig arbeiten und vor allem gestalten zu können. Klinisch habe ich mich praktisch mit der gesamten Viszeralchirurgie beschäftigt, mein Forschungsschwerpunkt war die chirurgische Onkologie gastrointestinaler Tumore. Deshalb bin ich 1994 für ein Jahr nach Münster in Westfalen gegangen, wo ein mir befreundeter Pathologe aus Innsbruck, Prof. K. W. Schmid, sich mit dieser Materie von pathologischer Seite beschäftigte. Wissen-

schaftlich war dieses Sabbatical unvergleichlich erfolgreich, denn bereits 1995 erfolgte die Habilitation mit der Arbeit „Immunhistochemische und histochemische Prognosefaktoren beim kolorektalen Karzinom“. Nach der Habilitation habe ich mich ganz auf die Onkologie konzentriert. Die medikamentöse Tumorthherapie erlebte gerade ihren Aufschwung und ich sah auch in neuen Operationsmethoden, bei denen man sich entlang embryonal vorgegebener Schichten bewegt, wie ich es so oft bei Raimund gesehen habe, die Chance, die Ergebnisse bei Tumorerkrankungen zu verbessern.

Gemeinsam mit Prof. Lukas habe ich in Österreich die ersten systematisierten Tumorboard-Besprechungen eingeführt und die erste totale mesorektale Exzision des Rektumkarzinoms nach entsprechender Vorbehandlung etabliert. Es folgten mehrere klinische Studien über den zur Harmonisierung der onkologischen Behandlung in Tirol gegründeten Tiroler Arbeitskreis Onkologie (TAKO), dem ich jetzt noch vorstehe und der bis heute weitere Studien über die Austrian Breast and Colorectal Study Group (ABCSG) plant und durchführt. Raimund war daran beteiligt, indem er mich als Vertreter Innsbrucks für die ABCSG und für die Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO), deren Präsident ich von 2007 bis 2010 war, nominiert hatte. Dabei ist es uns gegen nicht geringe Widerstände gelungen, die erste österreichweite klinische Studie zum Rektumkarzinom durchzuführen. Als erwähnenswerte Nebeneffekt wurde die heute obligate MRT-Untersuchung zur präoperativen Abklärung jedes Rektumkarzinoms noch lange vor Deutschland österreichweit als Standard eingeführt. Mit der Zusammenlegung der beiden

Chirurgischen Kliniken unter Raimunds Führung hat er mich richtiggehend gezwungen, die vorher verteufelte minimal-invasive Chirurgie auch im onkologischen Bereich anzuwenden. Er hat mir dann mit der Berufung von Alfred nach Tübingen als sein Stellvertreter weitestgehend freie Hand bei der Strukturierung der nunmehr sehr großen Abteilung gewährt, die eng mit der digital unterstützten Qualitätssicherung mittels Prozessqualität und damit assoziiertem Lean Management verbunden war. Ich bin mir sicher, dass sich Raimund bei HR Kuprian, dem damaligen Chef des Landeskrankenhauses, schon erkundigt hat, ob das wohl Hand und Fuß hätte, was ich da treibe.

Nicht nur in dieser Zeit, sondern über unseren gesamten gemeinsamen Weg hinweg sind mir Raimunds Sprüche in Erinnerung, die ich in ihrer Tiefe erst mit der Verantwortung als Leiter einer Klinik wirklich verstanden habe. Ich muss gestehen, dass ich bei jeder Entscheidung, die ich in Salzburg treffen musste, mir überlegt habe, was hätte Raimund gemacht, während mir seine allgegenwärtigen Sprüche durch den Kopf gingen, und ich bin fast nie danebengelegen. Wie oft musste ich daran denken, wenn ich Überholtes abschaffen wollte: „Ich kann nicht jeden Tag bei null anfangen.“ Oder, wenn ich bei der Morgenbesprechung Wichtiges zu verkünden hatte und ich bemerkte, dass einige MitarbeiterInnen am Mobiltelefon herumfingerten oder gar die Augen geschlossen hatten: „Öfner, ich kann nicht wissen, was du nicht weißt“, als ich mich für einen nicht eingehaltenen Ablauf bei dir mit „Ich habe das nicht gewusst“ entschuldigte. Als Abschluss: „Es bieten sich im Leben selten außerordentliche Gelegenheiten, aber wenn, dann muss man sie beim Schopf packen“.

Ich habe es geahnt und wir haben alles darangesetzt, die Maschinenperfusion der Leber in Innsbruck als Erste am Kontinent zu etablieren.

2009 war ein besonderes Jahr in meinem Berufsleben, erging doch der Ruf, die Universitätsklinik für Chirurgie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg (PMU) zu leiten. Bis 2014 habe ich die Klinik geleitet. Es war eine schöne Zeit, die ihre Krönung mit der Präsidentschaft der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und Ausrichtung des 57. Österreichischen Chirurgenkongresses fand. Nur merkte man schon, gerade was die Forschung anbelangt, dass es eine junge Institution ist. Schwerpunkte waren die chirurgische Onkologie, der obere Gast-



rointestinaltrakt und die Hernienchirurgie. 2015 ereilte mich der Ruf meiner Heimatuniversität, der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck. Auch hier wurde chirurgische Onkologie schwerpunktmäßig verbunden mit Qualitätssicherung betrieben. Parallel dazu war mir die Lehre und Ausbildung immer ein großes Anliegen und als Vorsitzender der Fortbildungsakademie der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie war ich jahrelang für die Facharztprüfung verantwortlich.



Team in Salzburg



In Salzburg mit Prof. Greil



Zurück in Innsbruck

Derzeit besetze ich eine §-98-Professur für chirurgische Qualitätssicherung mit Leitung der Theoretischen Chirurgie.

20

PRIM. PROF. DR.
MATTHIAS ZITT

R. Margreiter

Matthias Zitt ist in Bludenz im April 1974 zur Welt gekommen. 1992 hat er das Medizinstudium in Innsbruck aufgenommen und sieben Jahre später beendet. Sieht man vom Gegenfach Unfallchirurgie ab, das er in Bludenz absolvierte, hat er die ganze restliche Ausbildung in Innsbruck genossen. 2007 wurde ihm das Facharztdekret übergeben und zwei Jahre später der Additivfacharzt für Viszeralchirurgie. Als seine Schwerpunkte bezeichnet er die chirurgische Onkologie des Verdauungstraktes inklusive der peritonealen Malignome wie auch die kolorektale Chirurgie.

Insgesamt sind 41 Arbeiten von ihm in PubMed gelistet. 2009 konnte sich Dr. Zitt mit der Arbeit „Das kolorektale Karzinom – klinische und molekulare Erkenntnisse in der Behandlung der fortgeschrittenen Erkrankung“ habilitieren.

Kollege Zitt leitet seit 2015 die „Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ im Krankenhaus der Stadt Dornbirn

und somit die größte Chirurgie im Lande Vorarlberg. Als seine Schwerpunkte dort bezeichnet er die Chirurgische Onkologie, die Koloproktologie sowie die Chirurgische Endoskopie.

Ihm stehen insgesamt 50 Betten zur Verfügung und 20 Ärzte, die ihm helfen.

Ein Besuch in Dornbirn fand im Februar 2024 statt.



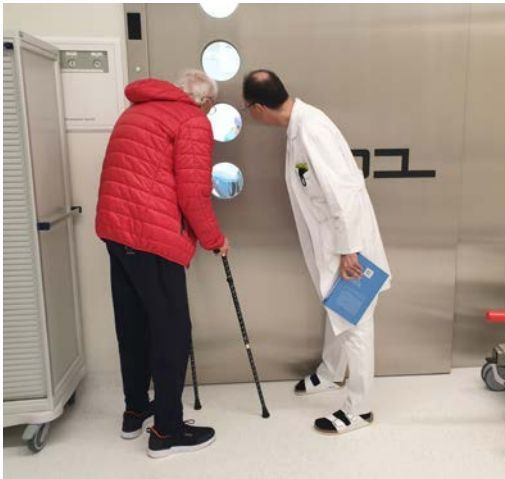
Empfang vor dem KH Stadt Dornbirn



OP-Bereich

Prof. Zitt zeigte uns den OP-Trakt in diesem sehr schönen Haus und ich muss sagen, ich war beeindruckt. Am Ende der Besichtigung gesellte sich noch der Chefanästhesist Primar Starr zu uns.

Beim gemeinsamen Kaffee mit köstlichem Kuchen haben wir mit Matthias Zitt und seiner Frau Erinnerungen ausgetauscht und durch neue Erlebnisse ergänzt.



Ein Blick in den OP



Primar Starr, Anästhesie

DIE CHIRURGENSCHULE INNSBRUCK

Matthias Zitt

Nachdem ich mein Medizinstudium 1992 in Innsbruck begonnen und 1999 abgeschlossen hatte, begann ich die Ausbildung zum Chirurgen in meinem Heimatkrankenhaus Bludenz, wo ich mich vorwiegend mit Unfallchirurgie beschäftigt habe. Im Jahr 2001 bekam ich an der Klinik in Innsbruck eine Stelle. Zu diesem Zeitpunkt war Prof. Raimund Margreiter für organisatorische Belange der gesamten Chirurgischen Klinik zuständig, weswegen auch meine Einstellung durch seine Unterschrift besiegelt wurde. Nach eineinhalb Jahren Ausbildung an der Klinischen Abteilung für Allgemeinchirurgie wurde ich dann im Jahr 2004 der Universitätsklinik für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie zugeordnet. Als Direktor dieser damals neu gegründeten Klinik wurde Prof. Margreiter berufen, somit war er mein direkter Chef und Lehrer und ich ab sofort sein Schüler.

Sieben Jahre später – also im Jahre 2009 – durfte ich mich Facharzt für Chirurgie, Zusatzfacharzt für Viszeralchirurgie und

Oberarzt der Klinik nennen, hatte eine leitende Funktion in der Arbeitsgruppe für Gastrointestinale Onkologie und Kolorektale Chirurgie inne und schloss schließlich meine Habilitation ab, wodurch ich die universitäre Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie erhielt. Der 30. September 2009 war der letzte Arbeitstag meines Chefs in der Klinik und zum Abschied tranken wir auf der Sonderstation 11 Nord ein Gläschen Sekt.

Diese für mich äußerst prägenden Jahre und Karriereschritte erlangte ich allesamt in der Ära von Prof. Margreiter, weswegen ich mich heute aus tiefster Überzeugung als Schüler und Vertreter der „Chirurgenschule Innsbruck“, aber vor allem als Schüler und Vertreter der „Chirurgenschule Margreiter“ sehe. In weiterer Folge möchte ich nun drei für mich wesentliche Inhalte dieser Chirurgenschule weiter ausführen. Diese ausgewählten Inhalte begleiten mich in meiner Gegenwart im Krankenhaus der Stadt Dornbirn nahezu jeden Tag und sind genau deswegen als Antworten auf folgende Fragen zu sehen: Was hat mich in meiner Zeit bei Prof. Margreiter beeindruckt bzw. was hat mich chirurgisch geprägt? Was davon nutze ich in meinem Alltag im Krankenhaus der Stadt Dornbirn? Was versuche ich, an meine Schüler weiterzugeben?

„Chirurgie als Berufung – Patientenversorgung im Mittelpunkt“

Sowohl als Assistenz- als auch als Oberarzt war ich in der Semestereinteilung unserer Klinik mehrmals dem „Chef-Team“ – also direkt Prof. Margreiter – zugeordnet. Wir kümmerten uns tagtäglich um alle chirurgischen Patientinnen und Patienten auf den diversen Inten-



Letzter Tag von R. Margreiter, 30.09.2009

siv- und Überwachungsstationen (Transplant-Intensiv-, Allgemein-Chirurgische Intensiv-, Aufwach-, Traumatologische Intensivstation und Chirurgische Observation). Hinzu kam die Betreuung der chirurgischen Patientinnen und Patienten auf der Sonderstation sowie sämtlicher Patientinnen und Patienten auf den chirurgischen Bettenstationen, welche „verstärkt“ von Prof. Margreiter betreut oder zumindest mitbetreut wurden. Zusammenfassend galt die Aufmerksamkeit des „Chef-Teams“ also den Schwer- oder Schwerstkranken auf den Intensiveinheiten, den oftmals komplexen Fällen, welche von sämtlichen Bundesländern oder dem benachbarten Südtirol Prof. Margreiter direkt zugewiesen wurden, und den Problemfällen unserer Klinik, welche Prof. Margreiter in seinen unmittelbaren Verantwortungsbereich gerückt hatte. Man kann sich wohl nur zu gut vorstellen, dass die Behandlung dieses Patientengutes einerseits höchst anspruchsvoll und schwierig, andererseits allerdings ein wahres Eldorado für einen lernenden jungen Chirurgen war, um Erfahrung in der operativen Medizin zu sammeln und vor allem von den vielen Gesprächen mit Prof. Margreiter über diese Fälle zu profitieren.

Das eigentlich Beeindruckende dabei – neben dem Fachlichen – war für mich die Tatsache, dass Prof. Margreiter jeden Tag, an welchem er aufgrund seines Terminplans klinisch tätig sein konnte, alle oben beschriebenen Patientinnen und Patienten persönlich zumindest einmal am Tag (oft auch mehrmals) visitiert hat. Dies stellte natürlich das „Chef-Team“ vor eine weitere (nicht ganz angenehme) alltägliche Herausforderung, nämlich stets zumindest ähnlich viele Details über die-

se Fälle zu wissen wie er. Diese lückenlose perioperative Betreuung, dieses Verantwortungsbewusstsein und diese lückenlose Detailverliebtheit, welche von Prof. Margreiter vorgelebt wurde, beschreiben für mich persönlich das, was man in der Chirurgie „Berufung“ nennt. Es bestätigt mich auch in meiner persönlichen Meinung, dass der Erfolg in einer chirurgischen Behandlung mindestens genauso stark vom „Perioperativen“ wie vom „Operativen“ abhängt.

Dass diese Berufung im täglichen Wirken von Prof. Margreiter die Patientenversorgung stets in den Mittelpunkt seines Handelns rücken ließ, soll das folgende Beispiel verdeutlichen.

An einem 24.12. war ich als junger Oberarzt mit einem fürchterlichen Adhäsionsileus kombiniert mit einer Dünndarmperforation im Operationssaal beschäftigt (es sollte sich dann später herausstellen, dass es sich um eine schwere abdominelle Tuberkulose als Ursache des Leidens handelte – ein Fall, den ich in 24 Jahren Chirurgie genau nur damals in dieser Form erlebt habe). Da ich operativ zu einem Zeitpunkt das Gefühl hatte, nicht mehr „aus diesem Bauch herauszukommen“ (jeder Chirurg weiß, was ich damit meine), rief ich Prof. Margreiter an und bat ihn um Hilfe – wenig später stand er am Tisch und das für einige Stunden (insgesamt dauerte der Eingriff deutlich über zehn Stunden). Mit einigen Jahren Abstand würde ich die Stimmung, welche damals am OP-Tisch herrschte, als maximal durchschnittlich bewerten – aber völlig egal, am Ende „kamen wir gemeinsam aus diesem Bauch heraus“ und der junge Flüchtling aus dem nordafrikanischen Raum konnte zwei Wochen später zu unserer Freude die

Klinik verlassen. Ich habe diesen Fall nie vergessen, viel Strategie und Technik in der Dünndarm-Adhäsiolektomie gelernt, viel gehört, wie es sicher nicht funktionieren würde, aber vor allem war ich in diesem Dienst meinem Chef für seine Hilfe sehr dankbar – immerhin war es ja der Heilige Abend. Meinen Dank erwiderte Prof. Margreiter mit der Aussage, dass dies eine Sache der Verantwortungspflicht eines Chefs und deshalb selbstverständlich sei. Das einzige Problem sei, dass er nun schon wieder das familiäre Weihnachtsmahl (ich glaube mich zu erinnern, dass es sich um ein „Gansl“ handelte) versäumt habe. Unabhängig von diesem Fall war Prof. Margreiter für sein ärztliches Team immer erreichbar, wenn es darum ging, einem Patienten in einer kritischen Situation helfen zu können – darüber hinaus war der diensthabende Oberarzt selbst am Wochenende verpflichtet, Prof. Margreiter über die kritischen Fälle zu berichten. Kurzum, die Patientenversorgung stand stets im Mittelpunkt (eben auch am Wochenende oder an Feiertagen), eine Eigenschaft – oder vielmehr eine Strategie – welche auch ich aus Überzeugung in meinem klinischen Alltag in Dornbirn übernommen habe. Das bedeutet natürlich, im Krankenhaus stets präsent und außerhalb des Krankenhauses immer abrufbar zu sein – und zwar sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das Team. Für mich als Chef der Abteilung eben aus Verantwortungspflicht eine Selbstverständlichkeit!

Abschließend zu diesem ersten von mir ausgewählten Inhalt der „Chirurgenschule Margreiter“ möchte ich an dieser Stelle erwähnen, dass es für meine chirurgische Karriere sehr prägend war, dass ich auch im letzten Jahr vor der Pensionierung

von Prof. Margreiter der ihm zugeordnete Oberarzt im Chef-Team sein und ihn somit an seinem letzten Arbeitstag in die wohlverdiente Pension verabschieden durfte. Das gemeinsame Gläschen Sekt damals ist mir noch in bester Erinnerung, zudem ist es auch fotodokumentiert!

„Exakte chirurgische Technik ohne Kompromisse“

Im zweiten von mir ausgewählten Inhalt komme ich nun vom „Perioperativen“ zum „Operativen“. Das „ständige Streben nach atraumatischem/gewebeschonendem Operieren“ steht für mich im Mittelpunkt der „Chirurgenschule Margreiter“. In aller Kürze und ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier ein paar Aspekte dieses gewebeschonenden Operierens aufgezählt: ein in Bezug auf Lokalisation und Größe zielgerichteter Hautschnitt/Zugangsweg; der genau standardisierte Ablauf bei Resektionen und Rekonstruktionen – gerade auch hinsichtlich Stichtiefe, Stichabstand und Abfolge von Nähten; das Respektieren jeglicher anatomischer und embryologischer Schichten; die exakte und geduldige Blutstillung; der in Bezug auf Zeitpunkt, Art und Intensität korrekte Einsatz des Saugers; und nicht zuletzt der oft (bis zur letzten Hautnaht) selbst durchgeführte Bauchdeckenverschluss. Alles war darauf ausgerichtet, das Gewebe stets zu schonen, und wurde man als Mitarbeiter von Prof. Margreiter diesem Anspruch nicht gerecht, so war man immer wieder der offenen Kritik ausgesetzt, kein oder jedenfalls zu wenig Gefühl für das Gewebe zu haben. Diese Hingabe zum atraumatischen Operieren mündete dann zusätzlich in das Nichtzulassen von Kompromissen, was das zu erreichende Operationsergebnis betrifft. Ob es sich um den Hautschnitt (bei der

medianen Laparotomie musste der Nabel stets weit „umschnitten“ werden) oder um eine anspruchsvolle Anastomose handelte, war dabei egal – Hauptsache das Ergebnis war perfekt. Eine nicht perfekte Anastomose wurde neu angelegt, denn „alles was schön aussieht, heilt auch gut“ – ein häufig gefallenes Zitat, welches geradezu plastisch beschreibt, warum diese operative Kompromisslosigkeit von Prof. Margreiter so propagiert wurde. Aussagen wie „Jeder Fehler rächt sich in der Chirurgie“ oder „Viele Probleme, die wir behandeln, sind hausgemacht“ unterstreichen diesen operativen Aspekt in der „Chirurgenschule Margreiter“.

Wie man eine spezielle Naht oder einen spezifischen Operationsschritt hinsichtlich dieses Anspruchs auf technisch exaktes Operieren ohne Kompromisse durchführen sollte, konnte auch zu einem spontanen Lernerlebnis werden, wenn Prof. Margreiter zu einem seiner OP-Rundgänge aufbrach und spontan auf einer Stufe hinter einem den OP-Situs bzw. den OP-Fortschritt beurteilte. Ich erinnere mich gerne – trotz damaligem Stress – an eine meiner ersten subtotalen Magenresektionen, bei welcher mir Prof. Margreiter zuerst von der Stufe aus und dann steril am Tisch eine spezielle Ecknaht zeigte, welche ich ab diesem Zeitpunkt in meine Technik aufnahm und in der Zwischenzeit auch des Öfteren meinen Schülern weitergegeben habe.

Abschließend zu diesem Aspekt soll noch erwähnt sein, dass diese exakte Technik nur von Erfolg gekrönt war, wenn sie mit genauesten Anatomiekenntnissen kombiniert wurde – und darauf legte Prof. Margreiter immer Wert: „Wer sich anatomisch auskennt, kann ganz gemütlich

operieren und ist trotzdem schneller als derjenige, welcher ...“, so in etwa wurde die Wichtigkeit der Anatomie als Grundlage für exaktes Operieren von Prof. Margreiter beschrieben.

„Innovationskraft und das Verschieben von Grenzen in der Chirurgie“

Prof. Margreiter führte als Direktor der Universitätsklinik für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie eine Abteilung, an welcher alle klassischen Teilgebiete einer modernen universitären Chirurgie vereint waren. Dabei war ihm stets wichtig, dass die für die spezifischen Schwerpunkte verantwortlichen Ärzte sowohl die klinische Qualität als auch die dazugehörige klinische oder experimentelle Forschung im Fokus ihrer Arbeit hatten. Natürlich nahmen die Transplantations- und die Krebsmedizin als „Hauptinteressensgebiete“ von Prof. Margreiter stets eine besondere Rolle ein. Er schaffte es dabei, seinen Schülern mit Begeisterung zu vermitteln, dass die Bereitschaft für Innovationen in der Transplantation und in der Onkologie Grenzen verschieben kann und dass es unser stetiges Streben sein muss, diese Innovationen voranzutreiben – sowohl in der Klinik als auch in der Forschung.

Da ich neben einer breiten chirurgischen Ausbildung eine große Begeisterung für die Krebsmedizin verspürte, galt mein Fokus – eben in Klinik und Forschung – der Chirurgischen Onkologie. Dass ich meinen experimentellen Teil der onkologischen Forschung am Tiroler Krebsforschungsinstitut (TKFI) durchführte, welches von Prof. Margreiter mitbegründet worden war, passte nicht nur in meinen persönlichen Lebenslauf, sondern eben

auch in die „Chirurgenschule Margreiter“. Es war für mich eine besondere Ehre, als Prof. Margreiter 2007 mit folgenden Worten auf mich zukam: „Herr Zitt, kümmern sie sich um die Peritonektomie und die HIPEC (Hypertherme IntraPERitoneale Chemotherapie)! Ich bin der Meinung, dass die radikale chirurgische Therapie der Peritonealkarzinose in Kombination mit der HIPEC an Bedeutung gewinnen wird – wir müssen das unseren Patienten anbieten!“

Das war für mich als damals junger Facharzt der klare Auftrag, die Peritonektomie, welche bereits zuvor das eine oder andere Mal in Innsbruck durchgeführt wurde, zu standardisieren. Wenige Wochen später lieferte ich ein Konzept für einen therapeutischen Standard, welcher ab sofort an unserer Klinik galt. Darin enthalten war das gesamte Management dieser Therapie, angefangen von der Patientenselektion bzw. Indikationsstellung über die technische Durchführung der Peritonektomie (entspricht der radikalen chirurgischen Zytoreduktion, welche in der Literatur als CRS = Cyto-Reductive Surgery bezeichnet wird) und Durchführung der HIPEC, natürlich inklusive der verwendeten Chemotherapeutika und deren Dosierungen. Auch die damit verbundenen Risiken/Komplikationsmöglichkeiten und die Fragen der Patienten- und Mitarbeitersicherheit wurden adressiert.

Das HIPEC-Programm in Innsbruck war somit geboren und wir waren zu dieser Zeit eines von nur zwei Häusern, welche diese Therapie in Österreich durchführten. Zu meiner Freude wurde ich dann relativ bald von OA Dr. Fritz Kober, welcher damals das bis heute größte und älteste Peritonealkarzinosezentrum in Wien (ursprünglich im Kaiserin-Elisabeth-Spital,

dann im KH Rudolfstiftung und zuletzt im Hanusch-Krankenhaus) leitete, bezüglich einer engeren Zusammenarbeit kontaktiert. Durch die Initiativen aus Wien und Innsbruck resultieren im Jahr 2009 die Gründung der „Arbeitsgruppe für Peritoneale Malignome der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)“ und 2010 die Etablierung eines „PeritonealCancerNetwork (PCN) Österreich“ – bestehend aus den zwei Zentren Wien und Innsbruck, welchen aus ganz Österreich Fälle mit Peritonealkarzinose vorgestellt werden konnten.

Gemeinsam wurde dann entschieden, ob eine Peritonektomie +/- HIPEC indiziert werden kann. In dieser Phase wurden regelmäßig Patienten aus allen österreichischen Bundesländern nach Innsbruck zu dieser Spezialbehandlung zugewiesen. Mittlerweile gibt es in diesem Netzwerk sechs weitere „HIPEC-Zentren“, das jüngste davon seit 2016 an meinem jetzigen Standort in Dornbirn. Die Patientin, bei welcher aufgrund eines Pseudomyxoma peritonei die erste Peritonektomie plus HIPEC im Bundesland Vorarlberg durchgeführt wurde, konnte ich 2023 tumorfrei aus der Tumornachsorge entlassen.

Aus meiner Sicht ist die Chirurgie der Peritonealkarzinose geradezu ein Paradebeispiel für das Verschieben von Grenzen in der Chirurgie oder überhaupt in der Medizin. Galt nämlich das Vorhandensein einer Peritonealkarzinose über viele Jahrzehnte als absolute und unverhandelbare Palliativsituation, so haben wir in den letzten 25 Jahren gelernt, dass gut selektionierte Peritonealkarzinose-Patienten mittels exzessiver Chirurgie, eingebettet in eine HIPEC plus systemischer Therapie, in kurativer Intention behandelt werden können.

„Ihr müsst viel mehr lesen, ihr müsst viel mehr forschen! Wir würden heute noch auf Pfahlbauten sitzen, wenn man nie etwas Neues ausprobieren würde.“ Diese sinngemäßen Zitate von Prof. Margreiter unterstreichen sein stetiges Bemühen und seinen Mut für Innovationen in der Chirurgie – gerade im Bereich der Transplantation und im Bereich der Onkologie. Und diese Innovationskraft verschiebt die Grenzen in der Medizin – wie oben am Beispiel der Peritonealkarzinose beschrieben – und war ein wesentlicher Teil der „Chirurgenschule Margreiter“, welcher mich stets beeindruckt hat. Natürlich erfüllt es mich persönlich auch mit Zufriedenheit und Stolz, dass ich durch die Erfahrungen der standardisierten Implementierung der Peritonektomie/HIPEC in Innsbruck diese Therapie auch in Dornbirn und somit in Vorarlberg einführen konnte.

Obwohl die große Krebschirurgie – ob an Leber, Pankreas, Magen, Kolorektum oder eben wie oben ausgeführt am Peritoneum – natürlich ein ganz essentieller Bestandteil der „Chirurgenschule Margreiter“ war und wir auch vielen Patientinnen und Patienten durch eine teilweise „exzessive“ Chirurgie helfen konnten, so überraschte mich ein Zitat von Prof. Margreiter damals doch einigermaßen.

Er meinte nämlich auf einer unserer Visitenrunden (der konkrete Grund für diese Aussage ist mir heute nicht mehr erinnerlich): „Herr Zitt, ich sage ihnen eines, die Kunst in der Chirurgie ist es, nicht zu operieren!“ Mittlerweile weiß ich ganz genau, was er damit gemeint hat, und ich habe diesen Satz zu meinem Team nicht nur einmal gesagt – also auch hier schließt sich ein Kreis vom Lehrer (Margreiter) zu seinem Schüler (Zitt).

„Von Innsbruck nach Dornbirn“

Da mich die Jahre an der Innsbrucker Klinik sowohl als Chirurg als auch als Mensch in meinem Wirken sehr geprägt haben, ist es geradezu logisch, dass die oben beschriebenen Kerninhalte der „Chirurgenschule Innsbruck“ oder eben der „Chirurgenschule Margreiter“ in Dornbirn weiterleben und auch weitergegeben werden. Nach fast 25 Jahren in der Chirurgie glaube ich auch zu wissen, was es braucht, um solche Inhalte wie lückenlose Patientenbetreuung oder exakte chirurgische Technik ohne Kompromisse etc. tagtäglich und über viele Jahre erfüllen zu können – nämlich eine einzige, aber eben unverhandelbare Eigenschaft: „Begeisterung für die Chirurgie“. Und genau diese Begeisterung habe ich in Innsbruck in mir aufgenommen und versuche sie in Dornbirn zu leben!

21

PRIM. AO. PROF. MAG. DR.
WALTER MARK

R. Margreiter

Walter Mark ist 1965 in Innsbruck geboren, hat das Medizinstudium 1985 in seiner Geburtsstadt begonnen und 1994 ebendort mit einer experimentellen Arbeit abgeschlossen: „Xenotransplantation der Leber vom Meerschweinchen auf die Ratte: Chirurgische Technik, Bedeutung der natürlichen Antikörper und des Komplement-Systems für die Entstehung der hyperakuten Abstoßungsreaktion“.

Noch im Juli desselben Jahres hat Mark wiederum in Innsbruck mit der Ausbildung in Chirurgie begonnen und durch Aufenthalte am KH Zams im Jahr 1999 und am Elizabeth Hospital der Medical University Birmingham U. K. 2000/2001 ergänzt. Den Facharzt hat man ihm im April 2001 zuerkannt.

In den 20 Jahren, die er Teil meines Teams war, hat er sich besonders mit der Tumorchirurgie, minimalinvasiven

Chirurgie und der Transplantation beschäftigt. Ergänzt wurde seine Ausbildung noch durch einen vierwöchigen Besuch der Transplantationsabteilung in Pittsburgh bei Prof. Thomas Starzl.



Promotionsfeier Juni 1994



Facharzt April 2001

Von Mai 1995 bis März 1996 hat er mit seinem Cousin Paul Hechenleitner am Deaconess Hospital der Harvard Medical School transplantationsimmunologische Untersuchungen bei verschiedenen Kleintieren unter der Leitung von Prof. Fritz Bach gemacht.

Im Fokus stand die Transplantation von Herz und Leber zwischen verschiedenen Spezies (Xenotransplantation) wie Hamster, Ratte, Meerschweinchen und Maus. Ein von Bach postuliertes immunologisches Phänomen, die Akkommodation, konnte so bewiesen und in *Nature Medicine* 1997 Feb; 3(2): 196-204) publiziert werden und war bis vor kurzem die höchstrangige Publikation unserer Gruppe!

Ab April 2000 hat er noch einmal ein- einhalb Jahre bei Prof. Paul Mc Master in Birmingham zugebracht. Schwerpunkte seiner Forschung waren die Transplantationsimmunologie, Xeno-, Pankreastransplantation und die minimal-invasive Chirurgie. Die Resultate seiner Forschung haben in über 70 Publikationen ihren Niederschlag gefunden. Im Jahr 2004 konnte sich Walter Mark mit der Arbeit „Immunobiology of allogeneic and xenogeneic solid organ grafts“ habilitieren.

An der privaten Universität für Gesundheitswissenschaften (UMIT) hat er 2005 ein zweites Studium begonnen und 2007 mit der Diplomarbeit „Evaluierung der Patientenzufriedenheit mit der präoperativen Aufklärung vor Organtransplantationen und bariatrischen Operationen“ und dem Magistertitel abgeschlossen. Im August 2012 hat Prof. Walter Mark den Dozenten Dr. Ekkehard Steiner als Leiter

der „Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ am Landeskrankenhaus Hall in Tirol abgelöst. Vor vier Jahren wurde das neu errichtete Chirurgiezentrum Hall bezogen.



Mit E. Steiner und RM

Die Abteilung verfügte zuletzt über 65 Betten, die von 23 Ärzten betreut wurden. Klinische Schwerpunkte sind die onkologische Chirurgie inklusive Mamma, hepatobiliäre und Pankreaschirurgie, endokrine Chirurgie, Hernien- und Gefäßchirurgie sowie die minimalinvasive und auch plastische Chirurgie.

Was das Management betrifft, so wurden einige Neuerungen wie Klausurtagungen, M&M-Konferenzen, ein Mini-journal-Club und die Digitalisierung auf vielen Ebenen eingeführt.

Wie von vielen fortschrittlichen chirurgischen Abteilungen wurde auch in Hall das Operieren über eine einzige Inzision (SIL, single incision laparoscopy) schrittweise eingeführt.

Seit Mai 2024 steht den operativen Fächern nun auch ein Roboter (Da Vinci) zur Verfügung.

Anlässlich unseres Besuches bei ihm in Hall, bei dem Treffen kam auch noch sein Vorgänger Ekkehard Steiner dazu, bekamen wir eine Einführung und Demonstration in die heutige Robotertechnik. Den Abend konnten wir dann in gemüt-

licher Runde auf der Terrasse eines nahe gelegenen Hotels ausklingen lassen.

Da es sich beim Austrotransplant-Meeting in Seefeld 2009 um die letzte Tagung während meiner aktiven Zeit handelte, hatte Walter Mark zu meinem Abschied einige meiner besten Freunde aus dem Transplantbereich wie Roy Calne und Max Dubernard eingeladen.



Da-Vinci-Vorführung



Austrotransplant Seefeld 2009

VOM STUDIUM IN DIE KLINIK

Walter Mark

TRANSPLANT-BESPRECHUNG

Im Oktober 1990 begann meine Tätigkeit als Student im Labor der Transplantationschirurgie, damals das „In-Vivo-Labor“ im 3. Stock des Anatomiegebäudes, das eigentlich dem Histologen Günter Klima unterstand. Der Startschuss fiel am 8.10.1990 in Anwesenheit von Prof. Margreiter. Meine erste Aufgabe war das Erlernen mikrochirurgischer Techniken wie die Pankreastransplantation im Rattenmodell. Auch Studenten durften bei diesen „legendären“ Transplant-Team-Besprechungen montags um 17:00 Uhr teilnehmen, an denen „Tacheles“ geredet und vor allem auch der Fortschritt der Forschungsprojekte diskutiert wurde, was den einen oder anderen „Klinikpuristen“ mitunter etwas überforderte, uns Studenten aber erheiterte, beeindruckte, aber auch ungemein motivierte. So ist mir bis heute ein Satz in bester Erinnerung: „Ihr dürft euch nicht mit den Kollegen hier messen, sondern mit den Kollegen in Pittsburgh, Chicago, Boston etc.!“

CHIRURGISCHE FORSCHUNG - MÜNCHEN

Ab 6.5.1991 erfolgten auf Eigeninitiative mehrere Hospitationen in München am Institut für Chirurgische Forschung (Direktor em. Prof. Konrad Messmer) beim damaligen Habilitanden Stefan Post (später dann Professor der Chirurgie der Universitätsmedizin Mannheim, mittlerweile emeritiert) zur Erlernung der orthotopen Lebertransplantation im Rattenmodell.

INNOVATIONSPREIS

SPARKASSE INNSBRUCK

Eines Tages kam Prof. Margreiter mit dem Sparkassen-Vorstand ins Labor, um

uns Studenten einen Geldpreis zu übergeben. Mit dieser Summe konnten wir zwei Elektroauter für mikrochirurgische Operationen anschaffen.

PITTSBURGH

Im August/September 1996 folgte eine 2-wöchige Hospitation in Pittsburgh, PE, USA bei Prof. Luis A Valdivia, von dem wir, nachdem er von unseren Ergebnissen telefonisch hörte, eingeladen wurden. Er trainierte uns in sämtlichen mikrochirurgischen Feinheiten der Lebertransplantation (konkordante und diskordante Xenotransplantationsmodelle von Maus, Hamster, Ratte). Vor dem Chirurgiegebäude am Campus des Pittsburgh Medical Centers ergab sich einmal ein kurzes Gespräch mit einem etwas älteren Kollegen in Operationsbekleidung, der aus Griechenland stammte und dort am Pittsburgh Transplant Center als Chirurg arbeitete. Er fragte uns im Verlauf des Gesprächs, woher wir denn kämen. Auf die Antwort „Innsbruck, Austria“ erwiderte er prompt: „Ah Innsbruck, Prof. Margreiter – a very good center!“ Das war wirklich beeindruckend und äußerst motivierend!

Am 01.09.1993 war es dann möglich, Prof. Thomas Starzl zu treffen, was mich damals sehr beeindruckt hat, zumal man ja „nur“ Medizinstudent war. Es ergab sich ein nettes Gespräch auch über Prof. Margreiter und Prof. Starzl meinte, „Ray“ und er seien befreundet. Starzl signierte noch sein Buch „Puzzle People“, welches wir zuvor in einem Kiosk am Campus erstanden hatten, und versah es mit einer Widmung an Prof. Margreiter als mein/unser kleines Dankeschön für die großzügige finanzielle Unterstützung der Pittsburgh-Hospitation!

PADUA

Eines Tages klingelte das Telefon im Labor und überraschenderweise war Prof. Margreiter am Apparat mit der Frage, ob wir zu einem Symposium nach Padua mitfahren wollten, es wäre eine Jubiläumsfeier der Universität Padua; als Teilnehmer Rektor Sprung, Prof. Margreiter, Prof. Bodner, Prof. Otto Dietze und wir Studenten.

Eine amüsante Begebenheit ergab sich insofern, als dass das Auto von O. Dietze am Stadtplatz nach Ankunft am Nachmittag abgestellt und dort belassen wurde. Dann am nächsten Morgen ging die Fahrt vom Hotel mit dem Bus zur Universität, und im Zuge der Vorbeifahrt am Stadtplatz war dieser als solcher nicht mehr erkennbar, da er offenbar kurzerhand über Nacht zum Marktplatz umfunktioniert wurde. Mit „stope, mia macchina“ wollte O. Dietze den Busfahrer zum Anhalten bewegen, was nicht gelang.

Letztlich wurde das Auto abgeschleppt und bei der unmittelbar erfolgten Abholung bei der Polizeidirektion sahen wir im Innenhof der Polizeidirektion Padua neben Dietzes 2-sitzigem Sportwagen, mit dem wir zu dritt angereist waren, ein 190er Mercedes mit der einprägsamen Autonummer IL-LMAA1. In holprigem Italienisch erlaubten wir uns zu unserem Gaudium, die Polizei auf ein eher nicht so ruhig verlaufendes Gespräch mit unserem heißblütigen Professor vorzubereiten. Am Tagungsort eingetroffen, teilte O. Dietze unsere Autosichtung mit, worauf hin Prof. Margreiter postwendend, obwohl sein Vortrag anstand, von der Bildfläche verschwand, sodass die Vortragsreihenfolge kurzfristig geändert wurde, da er unverzüglich „do muaß i hin“ sein Auto abholen musste.

WEIHNACHTSFEIER 1992 FOTSCH, RODELPARTIE

Nach einem gemütlichen Hüttenabend setzte sich die Rodelgruppe in Bewegung. Eher ungewöhnlich professionell mit Rennrodel und gelber Skibrille ausgerüstet tauchte Prof. Margreiter am Start auf, als ginge es um die Weltmeisterschaft! Der Rest der Transplant-Truppe mühte sich mit sogenannten Böcken bester Laune langsam hinterher. Am Ende der Fahrt die Frage mit erstaunter Miene: „Ja wo seid's denn?“

DISSERTATION 1994

Obwohl mein Pankreasprojekt bereits publikationsreif war, entschied ich mich für die bei Weitem aufwändigere von zwei möglichen Varianten, eine Dissertation über immunologische Untersuchungen über unser Xenotransplantationsprojekt mit einem diskordanten Modell zur orthotopen Lebertransplantation anzufertigen, um das Projekt voranzutreiben.

Anfang Mai 1994 erklärte sich zu meiner Verblüffung Prof. Margreiter bereit, die Dissertation höchstpersönlich auf Punkt und Beistrich zu korrigieren – sogar am Samstagvormittag – bis er meinte, er habe jetzt keine Zeit mehr, weil er noch einkaufen gehen müsse ... Auf meine Frage hin, ob es nicht effizienter sei, wenn ich einkaufen ginge, da ich nicht korrigieren könnte wie er, dafür das Einkaufen für mich aber kein Problem wäre, stimmte er meinem Vorschlag zu. Es wurde eine Einkaufsliste inklusive „ausführlicher“ Beschreibung, wo die jeweiligen Gegenstände im Supermarkt zu finden seien, angefertigt, die Dissertation zu Ende korrigiert und meinerseits der Wochenendeinkauf für Prof. Margreiter erledigt.

PROMOTIONSFEIER

Goldener Adler, Wattens, 24.6.1994 – zu späterer Stunde kommt Prof. Margreiter zu meiner Promotionsfeier, was mich ganz besonders gefreut hat und ich als besondere Wertschätzung empfunden habe.

KLINIK AB AUGUST 1994

ERINNERLICHE ZITATE AUS DEM OPERATIONSSAAL

„Keine Kompromisse!“ (die chirurgische Technik betreffend)

„Alles, was gut aussieht, ist auch gut!“

Dialog im OP zwischen Operateur Prof. Margreiter und einer neben ihm stehenden zweiten Assistenz:

Eine mir nicht mehr erinnerliche zweite Assistenz: „Da schweiß es noch heraus ...“ Prof. Margreiter mit ca. 120 db als Operateur: „Des heißt – es blutet! ... Mensch Leitln, es miaßt's enk a bissl a akademischere Ausdrucksweise aneignen ...“ keine 5 Minuten später im Geschehen, Prof. Margreiter: „Ja Huararei, ziaahgn!“

„Nicht derjenige ist schnell, der schnell herumtut, sondern der, der keine Fehler macht“ ... unter Beherrschung dieses Mottos ergaben sich viele Jahre später dann auch Operationszeiten bei orthotopen Lebertransplantationen unter 3 Stunden, im schnellsten Fall 2 h 45 min.

VISITENBEGEBENHEIT

Ein älterer Herr auf unserer Station 8 Nord wurde von Prof. Margreiter visitiert, von dem später viel zu früh verstorbenen Michael Oberwalder und meiner Wenigkeit – Chirurgen aus drei verschiedenen Generationen. Als wir den Namen und den dazugehörigen Patienten sahen, Prof. Margreiter verdutzt: „... das ist ja ...“ meinerseits: „... der Schulwart...“ und

der altersmäßig dazwischen liegende M. Oberwalder: „... ja genau...“. Offenbar war der Schulwart am Akademischen Gymnasium über mehrere Schülergenerationen lang tätig.

UNTERSTÜTZUNG FORSCHUNGSJAHR IN BOSTON HARVARD MEDICAL SCHOOL 1995/1996

Bei Fritz Bach, einem weltbekannten Immunologen, ergab sich aufgrund der Verbindung über Prof. Margreiter letztlich ein gemeinsames Projekt, das wir in Innsbruck im Gegensatz zu dem Forschungsteam von FHB in Boston erfolgreich zum Laufen brachten, die Möglichkeit bzw. die Anfrage von FHB, ob wir nach Boston kommen könnten und an dem Projekt dort weiterarbeiten wollten. Dies wurde großzügig von Prof. Margreiter unterstützt, sei es wissenschaftlich, motivierend im Rahmen zahlreicher Telefonate und letztlich auch durch eine finanzielle Unterstützung, ohne die dieser Aufenthalt nicht möglich gewesen wäre.

DALLAS, 26. – 29.5.1996 ASTS (American Society of Transplant Surgeons)

Erster englischer internationaler Vortrag vor 600 Personen über Xenotransplantation, mit Prof. Margreiter in erster Reihe kurz vor Auftritt: „Werden's sehen, wenn es vorbei ist, ist es ein gutes Gefühl!“

„DIE FRÜHBESPRECHUNG BEENDE ICH“

im Sinne von: Es geht nichts über eine unmissverständliche Ausdrucksweise.

Nach einer durchoperierten Nacht meinerseits vermutlich 2006 oder 2007 (kombinierte Niere-Pankreas- sowie Leber- und Nierentransplantation) wurde in der unmittelbar anschließenden

den Morgenbesprechung breit über die Leistungscodierung der in der Nacht erfolgten Eingriffe diskutiert, bis sich noch der geschäftsführende Oberarzt im guten Glauben einschaltete, die Gemüter etwas besänftigen zu können. Im übermüdeten Zustand befand ich es als unpassend, die Leistungserfassung vor das Medizinische zu stellen, sodass ich die Besprechung verließ und mich zu der Bemerkung hinreißen ließ: „... das hör ich mir nicht länger an ...“ Weit kam ich nicht, da Prof. Margreiter ebenfalls vor versammelter Mannschaft den Raum verließ und im Stehschritt am Gang die Verfolgung aufnahm und mich letztlich mit den lautstarken Worten stellte: „Maaaaarkkk, die Besprechung beende ich!“ Offenbar in Kenntnis hitziger Gemüter aus der türkischen Heimat alarmierte der türkische Kinderchirurg die noch anwesenden Kollegen, man müsse etwas tun: „... die zwei schlagen sich noch womöglich!“ Dr. Sanal konnte dann aber beruhigt werden, in dem Sinne, dass das hier nicht so gehandhabt würde ... und sich die Proponenten schon wieder beruhigen würden. Genau so war es

auch und 5 Minuten später wurde beim nächsten Aufeinandertreffen auf der Station 9 Süd wieder ein ganz kultivierter Umgangston gepflegt.

MULTIVISZERALTRANSPLANTATION am 29.6.2007

Eine für mich beeindruckende Begebenheit war eine Multiviszeraltransplantation im Jahre 2007; ohne mit der Wimper zu zucken bot Prof. Margreiter an, in der Nacht die Spenderoperation auswärts durchzuführen, und wir sollten zwischenzeitlich die Empfängeroperation angehen. Für mich war dies kein Routineeingriff, es gelang jedoch alles genau wie geplant, sodass wir dann gemeinsam ohne Zeitverzug noch in den Nachtstunden das Organpaket implantieren konnten.

Angemerkt sei noch, dass mein Bein nach dem mehrstündigen Eingriff etwas angeschwollen war, da 6 Wochen zuvor eines meiner Kreuzbänder in Folge eines Skiunfalles gerissen war und in meinem Dienst am nächsten Tag versorgt worden war.

22

DR. MED. UNIV. ET DR. SCIENT. MED. **WALTHER W. TABARELLI**

R. Margreiter

Walther W. Tabarelli ist 1971 in Innsbruck geboren. Da sein Vater österreichischer Generalkonsul in Liechtenstein war, ist die ganze Familie dorthin gezogen. Die Volksschule hat Tabarelli bereits in Vaduz absolviert, das Gymnasium in Feldkirch. Für das Medizinstudium hat er sich seiner alten Heimat erinnert und hat in Innsbruck inskribiert. Promoviert hat er 2004 mit einer Untersuchung von 139 konsekutiv Herztransplantierten und 139 Patienten nach Lungentransplantation bezüglich infektiöser Komplikationen. Die Ausbildung in Chirurgie hat er von 2004 bis 2008 an der Chirurgie in Innsbruck erfahren. Danach ist er nach Feldkirch (Lehrkrankenhaus der Leopold-Franzens-Universität) gegangen, um dort drei Jahre in der Allgemein-, Thorax- sowie Gefäßchirurgie tätig zu sein. Von 2013 bis 2016 war er dann als Oberarzt an der Abteilung für Allgemeinchirurgie im Landeskrankenhaus Bludenz beschäftigt.

2016 wurde er zum Chefarzt der Chirurgie am Liechtensteinischen Landesspital ernannt.

Dass er zwischenzeitlich Staatsbürger des kleinen Landes geworden ist, mag wohl mit der Tatsache zu tun haben,

dass sein Vater viele Jahre österreichischer Honorargeneralkonsul in Liechtenstein war.

Die damalige Situation am Landesspital war keine einfache, da es sich chirurgisch um ein reines Belegarzhaus handelte. Erschwerend kam hinzu, dass zeitgleich acht ehemalige Belegärzte eine Privatklinik bei Bendern errichteten. Es mussten nun Maßnahmen gesetzt werden, um die Akutversorgung der liechtensteinischen Bevölkerung zu gewährleisten. Tabarelli scheint seine Sache gut gemacht zu haben, denn die Privatklinik musste 1 ½ Jahre nach Eröffnung wieder zugesperrt werden.

Klinische Schwerpunkte sind die minimalinvasive Chirurgie, Hernienchirurgie sowie die Koloproktologie. Das Team der



Landesspital Liechtenstein

Chirurgie zusammen mit der Orthopädie umfasst 5 Fachärzte und ebenso viele Assistenzärzte.

Dr. Tabarelli lässt mich wissen, wie gut es ihm bei uns gefallen hat und wie gerne er noch geblieben wäre, war es doch die prägendste Zeit seiner ganzen Laufbahn, und bedankt sich für die interessanteste, härteste, lehrreichste und auch lustigste Zeit seiner Karriere.



Minimalinvasive Chirurgie



Liechtensteinische Staatsangehörigkeit

Verheiratet mit Dr. Dominique Tabarelli,
Ärztin f. Allgemeinmedizin, Akutgeriaterin

Vater von 4 Kindern

Maximilian, geboren 2008

Leonhard, geboren 2010

Andreas und Florian, geboren 2015

Eltern: Honorargeneralkonsul a. D. Dr. jur.
Werner Tabarelli und Ingeborg Tabarelli
geb. Wolf (beides gebürtige Innsbrucker)

Schwester: Prof. Dr. jur. Marion Tabarelli,
Leiterin des Rechtsdienstes Liechten-
steins

Geboren 1971 in Innsbruck

Volksschule in Vaduz, Liechtenstein

Gymnasium und BORG Feldkirch,
Vorarlberg

Studium der Medizin an der Leopold-
Franzens-Universität Innsbruck; Promo-
tion zum Dr. med. univ. (2004)

Dissertationsthema: Infektiöse Komplika-
tionen nach 139 konsekutiven Herz-
transplantationen und 54 konsekutiven
Lungentransplantationen

2004 – 2008 Assistenzarzt an der Uni-
versitätsklinik für Visceral-, Transplan-
tations- und Thoraxchirurgie Innsbruck,
Prof. Dr. R. Margreiter

2009 – 2012 Universitäres Lehrkranken-
haus Feldkirch als Assistenzarzt und
Facharzt

Abt. für Allgemein-, Viszeral- und Thorax-
chirurgie, Prof. Dr. E. Wenzl

Abteilung für Gefässchirurgie, Prim. Doz.
Dr. W. Hofman

2013 – 2016 OA am Landeskrankenhaus
Bludenz, Abt. für Allgemeinchirurgie,
Prim. Dr. M. Scheyer

Doktoratsstudium der Medizinischen
Wissenschaft an der Privaten Universität
im Fürstentum Liechtenstein (UFL)

Promotion zum Dr. scient. med. (2010)

Facharzt für Allgemeinchirurgie (2010),
Notarzt (2010); Additivfacharzt für Ge-
fässchirurgie (2012)

2016 Chefarzt Chirurgie am Liechtenstei-
nischen Landesspital, Mitglied der Spital-
leitung des Liechtensteinischen Landes-
spitals (bis Februar 2020)

Ausbildungsberechtigung B1 der FMH für
Chirurgie (2019)

Ausbildungsberechtigung B2 der FMH für
Chirurgie (2023)

2020 Wissenschaftlicher Beirat an der
privaten Universität im Fürstentum
Liechtenstein

2016 wurde ich zum Chefarzt der Chirurgie am Liechtensteinischen Landesspital berufen. Die Situation war damals deshalb außergewöhnlich, da es sich zum damaligen Zeitpunkt um ein chirurgisch reines Belegarzthaus gehandelt hat, vergleichbar mit einem Sanatorium.

Zeitgleich entstand eine Privatklinik in Bendern in Liechtenstein unter der Führung von 8 ehemaligen Belegärzten. Aufgrund dieser Konkurrenzsituation war es notwendig, schnellstmöglich Maßnahmen zu setzen, um der chirurgischen Akutversorgung der liechtensteinischen Bevölkerung gerecht zu werden.

Durch das extrem knappe Budget war es nur bedingt möglich, adäquates Personal rekrutieren zu können. Durch persönlichen Einsatz und gute Freunde konnte dringend benötigtes Equipment im OP und auf der Station über Spenden und Stiftung beschafft werden.

Die Transformation vom Belegarzthaus zum Chefarztmodell gelang zusehends. Orthopädie und Unfallchirurgie konnten zwischenzeitlich ebenfalls aufgebaut werden. Diese wird sogar seit 2019 als eigenes Department geführt.

Sehr rasch musste auch eine Ausbildungsordnung geschaffen werden, die es ermöglicht hat, junge Assistenzärzte für die Chirurgie zu begeistern und an unser Haus zu binden.

Hierfür haben wir uns über die schweizerische FMH zertifizieren lassen. Zunächst war es möglich, für 1 Jahr die Ausbildungsberechtigung zu erhalten, 2023 wurden wir rezertifiziert und erhielten dann die Ausbildungsberechtigung B2 für 2 Jahre.

2017 erhielten wir das Gütesiegel Hernienchirurgie.

2018 Guest Faculty GI & Hernia Course Davos.

2022 wurde unser Haus Sanacert-zertifiziert.

Das Team der Chirurgie umfasst zusammen mit der Orthopädie 5 Fachärzte und 5 Assistenzärzte.

Physiotherapie und OP Mannschaft sind ebenfalls der Chirurgie/Orthopädie unterstellt.

Klinischer Schwerpunkt:

Minimalinvasive und Hernien-Chirurgie sowie Koloproktologie

Fazit: Die Umwandlung vom Belegarzthaus zu einem ernstzunehmenden Akutspital ist vollzogen. Die Privatklinik im Liechtensteiner Unterland musste bereits 1 ½ Jahre nach der Eröffnung – Mitte 2018 – Konkurs anmelden. Mittlerweile befindet sich eines von 6 liechtensteinischen Casinos in diesen Räumlichkeiten.

Meine Zeit in Innsbruck:

Ich durfte meine Assistentenzeit zum großen Teil an der Uniklinik Innsbruck verbringen. Der Kontakt zur Chirurgie wurde mir durch meinen Dissertationsbetreuer Prof. Dr. Hugo Bonatti ermöglicht. Er hat mich für die Wissenschaft und die chirurgische Tätigkeit begeistert. Nach Beendigung der Dissertation gab mir Professor Margreiter die Möglichkeit, als Assistenzarzt in der Abteilung für Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Innsbruck zu starten. Ich durchlief zahlreiche Rotationen an der Klinik wie z. B. die Kinder-, Thorax- oder Gefäßchir-

urgie und chirurgische Endoskopie.

Ich darf mit Fug und Recht behaupten, dass dies die prägendste Zeit meiner gesamten chirurgischen Laufbahn war. Bezüglich Leistungsbereitschaft und Einsatz war Professor Margreiter ein Vorbild und Motivator!

Der Abschied von der Universitätsklinik fiel mir sehr schwer. Jedoch war der Ruf meiner Heimat Liechtenstein sehr laut, sodass ich mich schweren Herzens von Innsbruck verabschieden musste.

Gerne erinnere ich mich an die letzte Weihnachtsfeier zurück, die ich mit den Kollegen und der Mannschaft der Chirurgie miterleben durfte.

Im Rahmen dieser Feier wurden die neuen Mitarbeiter und die Abgänge von Professor Margreiter kommentiert, hierzu Folgendes zu meiner Person: „Ja und jetzt kemmen ma zum Dr. Tabarelli, der geht wieder nach Liechtenstein zurück, des tuat ma a bissl load, aber der will Primar werden dort, des muass ma verstehn, alles Gute!“

Das Kuriose an der Geschichte ist, dass ich selbst von diesem Vorhaben nichts gewusst habe – bis zu diesem Zeitpunkt. Gott sei Dank hat er Recht behalten.

Stilblüten aus der Zeit in Innsbruck:

Im OP mit Professor Margreiter:

„Tabarelli! Saugn's gfälligscht dort, wo's Bluat herrinnt, nit dort, wo's hinrinnt!“

„Behandln's des Gewebe gfälligscht zart, z a r t, Z A R T hab i gsagt !!!!!“ (deutliches Crescendo)

„Leitln', es miaßt's holt a amol ..., wenigstens a bissl ...“ (Unzufriedenheit

mit der Arbeitsmoral der Mitarbeiter)

„Schun's aufi in die Arbeitszimmer, um 20:00 alles finschter, koa Licht, des brennt, DIE LEIT SAN HOAMGANGEN! ... Die Leit san heit nicht mehr bereit, a Leischtung zu erbringen ...!“ (auch Unzufriedenheit mit der Arbeitsmoral der Mitarbeiter)

Während der Explantation einer Leber mit einem hochrangigen Mitarbeiter:

Hochrangiger MA zu Tabarelli: „Wie hältst du denn das so komisch ...“ Tab: „Ich probiere es dir so gut es geht hinzuhalten ...“

Hochrangiger MA: „Wieso hält sich keiner mehr an die operativen Standards vom Chef? ... So musst Du das machen ...!“

OP schreitet voran, Professor Margreiter betritt den OP-Saal und blickt über den OP-Situs mit den Worten: „Ja was tuat's denn Ihr da ... des hamma ja no nia so gmacht ...“

Zu den Mitarbeitern nach einer Sitzung mit dem Arbeitsinspektor - fassungslos: „I hab den angeschriean ... aber des war dem wurscht ...“

Ich bedanke mich bei Ihnen, Prof. Dr. Raimund Margreiter, für die interessanteste, härteste, lehrreichste und auch lustigste Zeit meiner Karriere. Sie waren ein Vorbild für mich und viele meiner Assistenzarztkollegen, die zum Teil auch auf beeindruckende Karrieren zurückblicken können. Zahlreiche Kollegen haben mittlerweile ein Primariat inne.

In tiefer Verbundenheit

Ihr

Walther Tabarelli

23

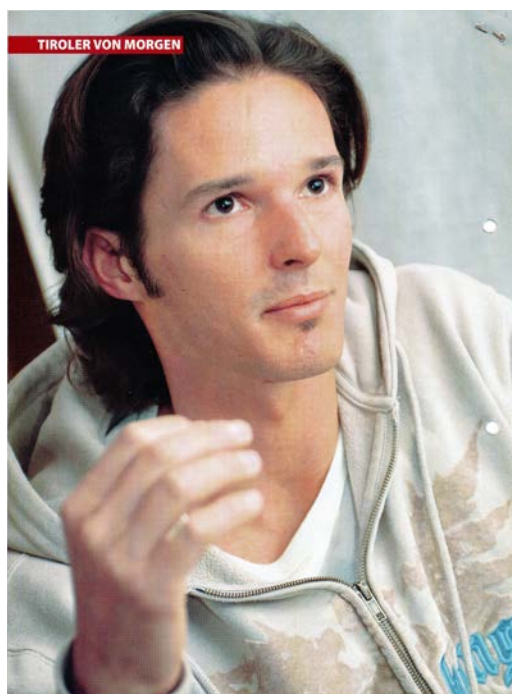
UNIV. PROF. DR.
STEFAN SCHNEEBERGER MBA, FEBS

R. Margreiter

Stefan Schneeberger ist zwar 1973 in Innsbruck geboren, hat aber seine Kindheit so wie ich im Zillertal verbracht, lebten doch seine Eltern in Zell am Ziller. Bei der Lektüre seines nicht enden wollenden Lebenslaufs im Internet erfährt man, dass seine Mutter einen akademischen Beruf für ihre beiden Söhne – Stefan hat noch einen etwas älteren Bruder, der für die ZIB-Kulturberichterstattung beim ORF verantwortlich zeichnet – geplant hatte. Mangels eines Gymnasiums im Tal haben beide das Gymnasium im Werkschulheim Felbertal in Ebenau bei Salzburg absolviert. Dort wird sowohl hohe Allgemeinbildung als auch handwerkliches Können vermittelt, sodass die Schüler am Ende mit dem Maturazeugnis einen Gesellenbrief erhalten. Den Master of Business Administration hat er in St. Gallen, eine der besten Hochschulen in diesem Bereich im deutschen Sprachraum, erlangt. Da er meines Wissens erst der zweite Tiroler Chirurg ist, der in den letzten 100 Jahren einen Ruf nach Wien auf einen Chirurgie-Lehrstuhl erhalten hat, wäre eine Analyse seiner Möglichkeiten interessant, im Rahmen dieses Buches aber nicht möglich.

Das Medizinstudium hat er 1992 in Innsbruck begonnen und 1999 abgeschlossen. Die Ausbildung in Chirurgie hat er im Jahr 2000 angefangen, wobei ihn die hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationen besonders fasziniert haben. Im März 2000, also im Jahr, in dem Schneeberger seine Ausbildung zum Facharzt begonnen hat, wurden bei uns die ersten Hände transplantiert und damit alle Organe, die man bis dahin erfolgreich verpflanzt hat. Schneeberger hatte das Glück, die Transplantation von Händen von Anfang an miterleben zu können, und so hat er sich schon in der Frühphase um die Patienten gekümmert.

In dieser Zeit hat eine Versicherung mit Unterstützung der Presse und des ORF



versucht, den Tiroler, die Tirolerin von morgen in verschiedensten Bereichen zu nominieren. Mich hat man 2005 gebeten, den besten Arzt, die beste Ärztin in der operativen Medizin zu nennen.

Von der großen Zahl an tüchtigen angehenden Chirurgen, auch solche, die bei uns im Labor tätig waren, den zukünftig besten namhaft zu machen, war gar nicht so einfach.

Letztlich musste ich mich zwischen Schneeberger und Brandacher entscheiden. Da ich das nicht fertigbrachte, habe ich das Los entscheiden lassen und so habe ich Stefan Schneeberger als den Tiroler von morgen bekannt gegeben.

Zwei internationale und eine nationale Aktion erscheinen mir besonders erwähnenswert. Zum einen war er 2008

Mitbegründer der „American Society for Reconstructive Transplantation“ und trotz seiner Jugend deren erster Präsident.

Zum anderen wurde Schneeberger im September 2017 bei der Jahrestagung in Barcelona zum jüngsten Präsidenten der „European Society for Organ Transplantation“ (ESOT) gewählt. In seinem Alter international so erfolgreich zu sein, lässt noch einiges von Prof. Schneeberger erwarten.

Es freut mich für Stefan, dass er seit 1. Februar 2023 neuer Klinikdirektor in Innsbruck ist.

Auch wenn die Zeiten nach Covid mit dem Pflegenotstand sehr herausfordernd sind, wünsche ich ihm weiterhin viel Erfolg und gutes Gelingen.



Klinikdirektor in Innsbruck, 1.2.2023



Am Ziel



Im OP

HOW IT ALL BEGAN

Stefan Schneeberger

Meine berufliche Laufbahn war und ist geprägt durch die Ausbildung und den Einfluss von Raimund Margreiter. So viel sei vorweggenommen.

Die glamouröse Figur des chirurgischen Pioniers wurde schon während meiner Studienzeit als Großmacht gehandelt: das chirurgische Genie mit einer bodenständigen und markanten Persönlichkeit. Die Leuchtfigur mit einer enormen und vereinnahmenden Präsenz. Die Begegnung mit Raimund Margreiter war sicherlich ein für mich lebensentscheidender Moment. Hätte sie nicht stattgefunden, dann hätte ich vielleicht nicht diesen Weg eingeschlagen. Praktisch seit der ersten Begegnung war er eine wichtige Orientierungshilfe - und ist es bis heute geblieben. Nicht nur das chirurgische Training, die klinische Denkweise sowie das Patientenmanagement, sondern auch seine Herangehensweise, die Arbeitsmoral und die Reichweite im akademisch-chirurgischen Denken sind Parameter, die den Rahmen für mein Handeln definiert haben. Allein Schüler zu sein, hätte allerdings nicht ausgereicht. Der zweite und nicht sehr viel einfachere Schritt war, mich aus dieser Rolle zu lösen und selbst zu (er)finden. Die chirurgische „Erziehung“ ist die Grundlage, wirkungsvoll wird sie dann, wenn sie angenommen und in die eigene Welt und das Werte- und Wirksystem übertragen werden kann.

How it all began

Wie für viele KollegInnen in der damaligen Zeit begann meine wissenschaftliche Tätigkeit bereits im Studium. Ich habe es Rüdiger Seiler zu verdanken, dass ich im transplantationschirurgi-

schen Forschungslabor gelandet bin. Auf seine Anregung hin und unter der Anleitung von Walter Mark setzten wir ein Projekt um, bei dem neue Medikamente in Herztransplantationsmodellen an Ratte und Maus getestet wurden. Neben dem mikrochirurgischen Training war es auch eine erste Erfahrung in der experimentellen Forschung. Und genau das war auch das Ansinnen von Raimund Margreiter. Praktisch alle Assistenzärzte wurden zu dieser Zeit aus der Armada von Labormitarbeitern rekrutiert. Die Durchführung von dutzenden Herztransplantationen in diesem Modell war die Grundlage für die weitere chirurgische Ausbildung. Die notwendige extreme Präzision bei der Durchführung der Operationen war nicht nur Mittel zum Zweck, sondern letztlich Kernbestandteil des chirurgischen Trainings unter Margreiter. Das unentwegte Streben nach Optimierung und Perfektion wurde später auch Leitbild bei der chirurgischen Ausbildung. Die Systematik wiederum, eine Laborforschung zu etablieren, welche (neben anderen) genau diese Eigenschaft schulte, war Ausdruck der Planungs- und Denkweise Raimund Margreiters. Aus dieser Zeit stammen meine ersten wissenschaftlichen Publikationen. Schon damals habe ich mich aber auch von einer herkömmlichen Arbeitsweise und einem regulären Tagesablauf verabschiedet. Dass sich eine Laufbahn in der Transplantation mit einer 48-Stunden-Woche nicht vereinbaren lässt und dass die Ansprüche von Raimund Margreiter (aber auch meine eigenen) damit nicht erfüllt werden können, war offensichtlich. Da ich nicht Teil eines Mediziner-Netzwerks war und auch sonst nicht auf ein hilfestellendes Sys-

tem zugreifen konnte, war klar, dass ich hier jeden Schritt selbst gehen musste. „It wasn't in the cards for me“... wie man im amerikanischen Sprachgebrauch sagt. Eine Laufbahn in der Chirurgie war nicht vorgesehen. Weit und breit keine Mediziner in der Verwandtschaft, der Vater Versicherungsmakler, die Mutter Betreiberin einer Gästepension im Zillertal. Zwischen dem Ursprung und einer internationalen, akademisch-chirurgischen Karriere lagen Lichtjahre. Kindheit und Jugend hatten absolut nichts mit der Medizin zu tun und niemals wäre das ein Teil meiner Vorstellung gewesen. Drei Faktoren haben allerdings eingewirkt und die Richtung mitentschieden: Zum ersten war es meine Mutter. Geprägt durch die Erlebnisse aus der Kindheit, in der Armut den Alltag und das Leben dominierten, war sie unentwegt Triebfeder und Kämpferin für eine Ausbildung, die einen Weg weit weg von den Entbehrungen, die sie selbst erlebt hatte, garantieren sollte. Diese Einstellung war mitunter auch der Grund, warum mein Bruder und ich bereits mit 10 Jahren in ein Gymnasium und Internat kamen. Gleichermaßen war der Schritt für sie als auch für mich ein Kampf gegen Herausforderung und Widrigkeiten und damit vielleicht auch eine frühe Schule für die späteren Herausforderungen.

Gegen Ende der Schulzeit war es dann ein leidenschaftlicher und ambitionierter Biologielehrer, der es verstanden hat, Humangenetik so zu erklären, dass diese Materie lebendig wurde. Das hat meine Begeisterung für die Medizin geweckt. Die Aussicht auf ein langes Studium und vermutlich auch die Fremdheit der Vorstellung vom Medizinstudium hat in der Familie zunächst wenig Begeis-

terung hervorgerufen. Das Medizinstudium hat aber meine Entschlossenheit und die Überzeugung, am richtigen Weg zu sein, weiter gesteigert und das gute Vorankommen letztlich auch die anfänglichen Zweifel zerstreut. Nach den ersten Jahren im Studium bin ich neben den oben erwähnten Labortätigkeiten auch in einen studentischen Bereitschaftsdienst an der Transplantationschirurgie eingetreten. Dieses System hat die Möglichkeit geboten, ein zwar kleiner und unbedeutender Teil des Teams zu sein. Nach den Jahren des alleinigen Studierens war es die Möglichkeit, bei der tatsächlichen Anwendung mitwirken und bei etwas sehr Sinnvollem und Wertvollem beitragen zu können. Eine der vielen Spezifika der Transplantationschirurgie ist die Zusammenarbeit vieler Disziplinen bei der Vorbereitung und Durchführung von Transplantationen. Insbesondere die enge Verzahnung mit der inneren Medizin und der Immunologie und die dadurch bedingte Komplexität der Disziplin haben mich begeistert. Die Tatsache, dass Raimund Margreiter in Innsbruck eine Transplantationschirurgie auf internationalem Spitzenniveau etabliert hatte, vermittelte außerdem die Aussicht auf eine Karriere. Der Weg dorthin sollte aber ein etwas längerer werden.

Am letzten Tag meines studentischen Dienstes wurde ich zu einer Bauchspeicheldrüsentransplantation einberufen. Zu meiner Verwunderung war es niemand Geringerer als Raimund Margreiter, der die chirurgische Präparation des Organs durchführte. Da er bei der gemeinsamen Arbeit mehr als nur studentische Hilfe gewohnt war, dauerte es nicht lange, bis die Situation anfang,

in Schieflage zu geraten. Das Raunzen steigerte sich bald zu einem unzufriedenen Poltern und Schimpfen. Der Tiefpunkt war dann die Feststellung, dass er „ja nicht zur chirurgischen Nachhilfestunde da sei“. Stefan Schneeberger, der chirurgische Nachhilfeschüler. Halleluja. Meine Karriere war beendet, bevor sie begonnen hatte. So zumindest meine damalige Wahrnehmung.

Chirurgische Lehre

Die chirurgische Ausbildung war und ist in Wahrheit geprägt durch das Gerangel um Operationen und damit ein Vorankommen im chirurgischen Können. Wer mehr da ist, wer sich mehr anbietet und wer sich als nützlich herausstellt, kommt zum Zug. Es kommen in dieser Phase weitere Kriterien zum Tragen, die über das Vorankommen entscheiden: die Resilienz und Frustrationstoleranz sowie die Fähigkeit, andere Personen im Umfeld lesen und sich anzupassen zu können. Beides sind vielleicht nicht Kriterien, die für eine spätere Führungsposition relevant sind, aber in dem Moment sind sie überlebensnotwendig. Und dann kommen noch Zufall und Glück ins Spiel. In meinem Fall waren es die ersten Fälle einer Handtransplantation, die mich begeistert haben, mir aber auch die Chance gaben, mich zu profilieren. Während ich die Nachricht über die Durchführung der ersten Handtransplantation in Innsbruck im Jahr 2000 beim Einkaufen durch die Nachrichten, die durch den Merkur verschallt wurden, erfahren habe, war ich bald darauf bei Raimund Margreiter im Büro, um die weitere Behandlung nach der Operation zu besprechen. Da ich das Ambulanzsemester „abzusitzen“ hatte, wollte ich die Chance nutzen, diesen Patienten – und

dann alle weiteren – zu betreuen. Der Vorteil an der Situation war, dass es dazu praktisch keine Erfahrung und vor allem keine Vorgaben gab. Ich konnte also mit einem weißen Blatt Papier starten und einen Baustein in der Behandlung und Nachsorge nach dem anderen ergänzen. Weil niemand eine wirkliche Erfahrung in diesem neuen Themengebiet hatte, war auch das ansonsten gültige (und oft hinderliche) Prinzip der Seniorität hier nicht relevant. Als Resultat unserer Arbeit dieser Jahre ergaben sich neue Definitionen, Standards, Klassifikationen und Empfehlungen für die Handtransplantation, die weltweit wahrgenommen und angewandt wurden. Eines der Mantras von Raimund Margreiter war „wachsam zu sein und nicht zu zögern, wenn sich eine Chance ergibt, sondern zu machen!“. Das war dann wohl so eine Situation und mir wurde bewusst, dass es für mich die Chance auf internationale Wahrnehmung sein könnte. Die daraus hervorgehenden Publikationen stellten dann auch die Grundlage für die Habilitation dar, die ich zeitgleich mit der Facharztreihe einreichte. Aus dem internationalen Austausch im Zuge dieser Arbeit ergaben sich Bekanntschaften mit der Elite in der Transplantationsmedizin. Eine Begegnung mit Andrew Wei Ping Lee war letztlich für die weitere Laufbahn ausschlaggebend. Bereits kurz nach dem Kennenlernen bot er mir an, nach Pittsburgh zu kommen, um dort mit ihm zu arbeiten. Gesagt, getan.

Die Jahre in Pittsburgh (2006 – 2010) waren in jeder Hinsicht lebens- und karriereverändernd. Neben einem Forschungsprogramm zur Untersuchung der Ursachen und Behandlung der bis dahin kaum verstandenen Hautabsto-

Bung bei Hand- und Gesichtstransplantation begannen wir auch in Pittsburgh und später in Baltimore damit, jeweils ein Handtransplantationsprogramm zu etablieren. Durch den nahtlosen Datenaustausch mit Innsbruck und die kumulative Erfahrung waren die kombinierten Fallzahlen und Erfahrungen bald die größten weltweit und unser Know-how damit begehrt. Da die Hand- und Gesichtstransplantation zunehmend an Bedeutung gewann, erschien es uns auch sinnvoll, eine medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für dieses Themengebiet in den USA zu etablieren. Unter Mithilfe von Andrew Lee, Joseph Serletti und Vijay Gorantla entstand die „American Society for Reconstructive Transplantation“. Ich war Gründer und erster Präsident. Wieder befand ich mich auf Neuland und wieder fand ich meinen Weg durch diese neue Landschaft. Ein wichtiger zweiter Aspekt der Zeit in den USA war die Begegnung mit einem zweiten, in vielerlei Hinsicht sehr konträren Führungsstil. „Andy“ Lee war ein begnadeter Motivator und „Enabler“. „Get good people, and then get out of their way“, war seine Denkweise. Nachdem Margreiter mir gezeigt hatte, dass eine internationale Wirksamkeit mit Einsatz und Durchsetzungsvermögen erreicht werden kann, hat mir Andy beigebracht, an die eigenen Fähigkeiten zu glauben, sich große Ziele zu stecken und diese zu erreichen. Es war wohl die Kombination dieser beiden Einflüsse, die mein weiteres Denken und vor allem meine Sicht- und Denkweise zum Führungsverhalten geprägt hat.

Nach einer erfolgreichen Zeit in Pittsburgh und anschließend in Baltimore (Johns Hopkins University) stellte sich die Frage, ob ich nun in den USA bleiben

würde. Letztlich habe ich dahingehende Angebote abgelehnt, weil ich mich chirurgisch noch weiterentwickeln und eine Kompetenz bis hin zu den komplexesten Fällen in der Transplantations- und Tumorchirurgie erreichen wollte. Bei aller wissenschaftlichen Entfaltungsmöglichkeit, die die USA bietet, war klar, dass das Umfeld für eine umfassende chirurgische Ausbildung in Innsbruck besser war.

Zurück in Innsbruck waren die Jahre nach der Pensionierung von Raimund Margreiter ein Wechselbad der Gefühle. Zwar konnte ich eine zentrale Rolle in der Transplantation einnehmen, aber weitere Fortschritte wurden eher mit Argwohn beantwortet. Ein zentraler Baustein für die Zukunft war ein Executive-General-Management-MBA-Programm in St. Gallen in der Schweiz. Das Programm war kompetitiv und „sauteuer“, letztlich aber eine sehr gute Investition. Auch wenn man Betriebswirtschaft ebenso aus einem Buch lernen kann, vermittelt ein hautnahes Erleben und der Austausch mit Personen aus der Finanz-, Medien-, Immobilienbranche u. a. mehr, als 200 Seiten eines „How to Run a Business“-Buches vermitteln können. Die Inhalte ermöglichten eine substanzielle Erweiterung meines Verständnisses von wirtschaftlichen und unternehmerischen Zusammenhängen sowie einen Einblick in andere Branchen und Disziplinen. Mir wurde klar, dass wir in der Medizin oft einem Inseldenken aufsitzen und dass ein Austausch mit anderen Wirtschaftsbereichen sowie ein Durchbrechen von konventionellen Denkmustern hilfreich sein kann. Ein Aufatmen gab es dann im Jahr 2013. Mit dem Freiwerden der Cheffosition der Universitätsklinik für

Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie änderten sich die Umstände sehr schnell. Wegen des gleichzeitigen Abgangs von zahlreichen Mitarbeitern begann ein Überlebenskampf für die Abteilung. Weiters stellte sich die Frage, wer als Chef nachfolgen würde. Auch wenn die Arbeitslast in dieser Zeit einen quasi Dauereinsatz erforderte und wir sicherlich die Grenzen des Zumutbaren und Machbaren ausloteten, war es ein Loslösen und Aufbrechen in eine sehr viel mehr selbstbestimmte Zukunft - gemeinsam mit einem Team, das extrem hohen Zusammenhalt und Einsatzbereitschaft demonstrierte.

Neben dem Einsatz an der Abteilung wuchs auch meine Verantwortung bei der European Society for Organ Transplantation (ESOT). Ferdinand Mühlbacher, vormaliger Direktor der Transplantationschirurgie an der Medizinischen Universität Wien, hat mir zu einer Vorstandsposition verholfen. Es sollte sich herausstellen, dass das nicht nur ehrenhaft war, sondern eine ganze Menge Arbeit bedeuten würde. Wiederum ergab sich aus dieser Situation eine Chance, in der Transplantation in und für Europa etwas bewirken zu können. ESOT war aufgeschlossen und innovativ, die Führungsebene war mutig und ambitioniert. Somit konnten Projekte wie die Etablierung einer Sektion für Hand- und Gesichtstransplantation und die Durchführung eines ersten digitalen Kongresses für über 3600 Personen in Wien im Jahr 2013 durchgeführt werden. Auch auf Basis der erfolgreichen Umsetzung dieser Projekte als auch dem MBA geschuldeten Verständnis für eine strategisch-wirtschaftliche Ausrichtung und Entwicklung wurde ich zunächst Schatz-

meister, dann Präsident Elect und letztlich Präsident von ESOT. Es war eine Genugtuung, den alle zwei Jahre stattfindenden Kongress von ESOT zum wohl besten dieser Zeit weltweit aufsteigen zu sehen. Nach 11 Jahren im engeren Vorstand war es letztlich Zeit weiterzuziehen. Die Jahre mit ESOT haben mir die Chance gegeben, einiges anzuwenden und umzusetzen, was ich bisher in der Theorie und aus Büchern kannte. Im Zuge der Arbeit und vor allem auch der globalen Reisetätigkeit in diesen Jahren konnte ich ein internationales Netzwerk aufbauen und in der Ära nach Margreiter Anlass für Hoffnung verbreiten, dass in Innsbruck auch nach dessen Pensionierung Fortschritte in der Transplantation und darüber hinaus erzielt werden könnten.

Im Jahr 2013/14 stellte sich mit Freiwerden der Leitungsposition an unserer Abteilung auch die Frage, ob ich eine Bewerbung einreichen sollte. Entgegen der ursprünglichen Absicht und aus völlig aussichtsloser Position (weil jung und aus der eigenen Abteilung) war klar, dass nur eine mutige Bewerbung mit neuen Ideen Aufmerksamkeit bekommen würde. Gemeinsam mit Gerald Brandacher haben wir in einem gut sortierten und sehr frechen Ansatz eine gemeinsame Leitung und Ausgestaltung der Abteilung als Vorschlag eingebracht. Against all odds resultierte die Bewerbung in einer Reihung auf Platz 3. Das Berufungsverfahren war von Herbert Tilg wie so oft extrem sorgfältig und durchdacht geleitet. Seiner visionären Denkweise hatte ich damals und habe ich bis heute sehr viel zu verdanken. Mit der Wahl von Dietmar Öfner-Velano zum neuen Direktor war ich zufrieden und erleichtert

und es sollte sich herausstellen, dass es eine Symbiose werden sollte, die zu einem neuen Höhenflug verhalf. Durch seine immerwährende Unterstützung, gebündelt mit den Freiheitsgraden, die er mir zugestand, konnten wir ein neues klinisches Programm sowie eine Forschungseinheit zur maschinenbasierten Konservierung von Organen aufbauen. Gemeinsam mit Theresa Hautz-Neunteufel konnten wir organLife™ zu einem Leuchtturmprojekt für die Universität entwickeln und unsere Ergebnisse in hochrangigen wissenschaftlichen Zeitschriften publizieren.

Mit der ersten von gesamt 5 Bewerbungen hatte die Phase der Bewerbungen begonnen. Was für mich bis dahin nicht zwingend ein Ziel gewesen war, reifte langsam als solches heran. 2016 folgte die nächste Bewerbung in Graz auf eine Professur nach § 98 für Transplantationschirurgie mit Aussicht auf Zusammenlegung und Übernahme der Allgemeinchirurgie zu einem späteren Zeitpunkt. In dieser Bewerbung landete ich auf Platz 2. In einer raschen Aktion wurde dann Peter Schemmer berufen, noch bevor Gespräche mit dem Rektorat stattgefunden hatten. Bei den 3 folgenden Bewerbungen in Innsbruck (Professur für Transplantationschirurgie § 99), Wien (Professur für Viszeralchirurgie § 98) und wiederum Innsbruck (Professur für Viszeral-, Transplantation und Thoraxchirurgie § 98) war ich jeweils erstgereiht. Die Entscheidung, zunächst zur Bewerbung und letztlich zur Ablehnung des Rufs nach Wien, war sicherlich eine besonders schwierige. Der Standort in Wien hat zweifelsfrei viel zu bieten und das Einzugsgebiet ist groß. Schlussendlich hat ein Gegenangebot aus Innsbruck

von Rektor Fleischhacker den Ausschlag gegeben, an der Medizinischen Universität Innsbruck zu bleiben. Die Familie war erleichtert, muss ich ergänzen. Es blieb für mich das persönliche große Finale, die neuerliche Bewerbung auf die Leitung der Chirurgie in Innsbruck. Auch wenn die Ausgangssituation nun sicherlich vielversprechender war, bleibt eine sogenannte Hausbewerbung schwierig. Die Bewerbung muss besonders sorgfältig und unter Berücksichtigung aller möglichen Einflussfaktoren erfolgen. Ein gekonnter Vortrag, ein makellooses Hearing und ein gutes Interview sind Grundvoraussetzung, um gewinnen zu können. Als Kandidat aus den eigenen Reihen hat man aber zusätzliche Hürden zu nehmen. Man ist besonders transparent und während der gesamten Zeit der Bewerbung im Schaufenster. Die Vorgeschichte mit allen Stärken und Schwächen ist dem Umfeld bestens bekannt. Tricksen und Täuschen funktioniert nicht.

Mit dem Antritt des Ordinariats in Innsbruck bin ich am Anfang angekommen und dankbar für jene, die dazu beigetragen haben, das möglich zu machen. Wäre das alles ohne die Begegnung mit Raimund Margreiter so gekommen? Auch wenn eine alternative Realität schwer definiert werden kann, so scheint es – wie anfangs erwähnt – zumindest wahrscheinlich, dass es nicht derselbe Weg gewesen wäre. Die Vorbildwirkung in der absoluten Hingabe zur Aufgabe, dem Streben nach Präzision, der Unbeugsamkeit, der Präsenz und Strahlkraft haben jedenfalls auf mich gewirkt und mich in den Bann gezogen. Schwieriger, als davon vereinnahmt zu werden, war es – wie bereits erwähnt – sich davon

zu lösen und dann letztlich den eigenen Weg zu finden. Geprägt, aber nicht bestimmt durch Mentoren und Vorbilder zu sein, ist nun ein weiteres Kriterium. Das Auseinanderweichen von Eigenschaften, die in der Ausbildung nützlich sind, gegenüber den Eigenschaften, die in der späteren Laufbahn notwendig sind, stellt eine Herausforderung in der Medizin dar. Während die hohe Verantwortung einen „Gehorsam“ während der Ausbildung notwendig und nachvollziehbar macht, wird wenig Augenmerk auf den späteren Rollenwechsel gelegt und keine systematische Schulung und Unterstützung bei dem Prozess angeboten. Eine erfolgreiche Mentor-Schüler-Beziehung ist durch 2 Phasen geprägt und nur über den ersten Teil wird viel gesprochen: Die Lehrjahre. Der zweite Teil ist sehr viel weniger gut definiert und wird sehr viel weniger beachtet, ist aber meiner Meinung nach ebenso wichtig für den Erfolg: Sich aus dieser Rolle zu lösen und eigene Wege zu bestreiten. Während „Zuge(Hörigkeit)“ in einer engen und/oder dominanten Mentor-Schüler-Beziehung in der frühen Phase als Orientierungshilfe verstanden werden kann, kann die enge Anbindung später einschränkend und hinderlich in Bezug auf die Weiterentwicklung und Verwirklichung eigener Ziele sein. Das Loslösen von einer solchen Zugehörigkeit ist wiederum ein Prozess, der – wie alle Loslöseprozesse – einfach oder schwierig sein kann. Auch wenn ein Bewusstsein

über den Ursprung und den Hintergrund des eigenen Denkens und Handelns wichtig ist, ist gleichzeitig die völlige Abnabelung von Vorgaben die Grundvoraussetzung, eigene Wege bestreiten zu können. Unlimitierte Wertschätzung und uneingeschränkte Aufopferungsbereitschaft einem Mentor gegenüber reichen nicht aus, um eigene Ziele zu erreichen. Es ist diese Gratwanderung und auch der Mut, jemanden gegebenenfalls auch enttäuschen zu müssen, der Teil dieses Prozesses ist. Große Veränderungen können nicht vollbracht werden, wenn man nicht die vorgegebenen und etablierten Wege verlässt, wenn man sich nicht löst von einer Schule und einem Denken, wie es vorgelebt und vorgegeben wurde. Raimund Margreiter selbst ist auch ein Beispiel dafür. Es scheint unvorstellbar, dass er erreicht hätte, was er erreicht hat, wenn er den Fußstapfen eines anderen gefolgt wäre. Die erfolgreiche Mentor-Schüler-Beziehung liegt so gesehen auch darin, ebendiese hinter sich zu lassen. Ein moralisches und emotionales Dilemma.

In den letzten Jahren hat sich die Mentor-Schüler-Beziehung in etwas umgewandelt, was vielleicht einer Freundschaft nahekommt. Egal was es ist, heute und damals. Ich bin dankbar dafür, wie alles gekommen ist, und dankbar für die Orientierungshilfe, die ich im beruflichen Leben erfahren konnte.

24

UNIV. PROF. DR.
GERALD BRANDACHER

R. Margreiter

Auf eine besondere Karriere kann Gerald Brandacher zurückblicken. Er ist am 7. März 1972 in Innsbruck geboren und hat das Medizinstudium an der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck 1998 abgeschlossen. Während der letzten Jahre seines Studiums hat er eifrig im Daniel-Swarovski-Forschungslabor vorwiegend mit Wolfgang Steurer zusammengearbeitet und war auch Mitglied unseres studentischen Bereitschaftsdienstes. Diese Forschungstätigkeit machte ihn nicht nur zum Coautor einer Reihe von Originalarbeiten, sondern endete in einer exzellenten Doktorarbeit mit dem Titel „Blockade of T-cell specific costimulatory signals with immunoligands prolongs allograft survival in a heterotopic murine cardiac transplant model“, die ihm eine „Promotio magna cum laude“ brachte.

Neben seiner Ausbildung im Fach Chirurgie arbeitete er weiterhin im Labor. Im Jahre 2008 wurde ihm der Facharzt zuerkannt und fast zeitgleich gelang ihm auch die Habilitation.

Als außerordentlicher Professor für Chirurgie wurde er von der Medizinischen Universität Innsbruck karenziert, um in den Jahren 2008 bis 2010 als Wissenschaftlicher Direktor des Composite Tissue Research Program am Medical Centre der University of Pittsburgh zu agieren.

Im Zuge dessen wurde Brandacher zum Associate Professor of Surgery, Department of General and Transplant Surgery, Division of Plastic and Reconstructive Surgery am Medical Centre in Pittsburgh ernannt.

Nur zwei Jahre später begleitete er Prof. Andrew Lee, den Leiter dieser Abteilung,

von Pittsburgh nach Baltimore an die Johns Hopkins University School of Medicine, wo er die Zeit bis zu seiner Rückkehr nach Innsbruck auf verschiedenen Positionen verbrachte.

Übrigens: Prof. Lee hat Herrn Kelz, unseren ersten Patienten mit transplantierten Händen, in der postoperativen Phase in Innsbruck besucht.

Forschungsschwerpunkte waren unter anderem der Ischämie-Reperfusionsschaden. Da das Pankreas besonders anfällig auf Ischämie und auch Reperfusion reagiert, hat die Gruppe eine mikrochirurgische Technik der Pankreastransplantation bei der Maus entwickelt. Man fand, dass die Depletion von Tetrahydrobiopterin während der Ischämie nach der Reperfusion zu einer schweren Schädigung des Organs bzw. Gewebes führt. Um dieses Problem besser unter-

suchen zu können, hat Brandacher eine mikrochirurgische Technik der Pankreasverpflanzung bei der Maus entwickelt.

Während der letzten Jahre in Baltimore hat er sich besonders mit der Vascularized Composite Allotransplantation (VCA) wie Hände, Gesicht oder urogenitale Transplantationen beschäftigt sowie mit völlig neuen Methoden der Gewebe- und Organpräservierung unter Verwendung maschineller Perfusion.

Dr. Brandacher war Mitglied der Teams, die die Handtransplantationen zuerst in Innsbruck, dann in Pittsburgh und seit 2010 in Baltimore ausführten. In Baltimore war er Teil der Mannschaft, der die weltweit erste Genitaltransplantation (Hoden und Penis) gelang.

Er bekleidete seit 2008 zwei leitende Positionen in Pittsburgh und sechs in Baltimore. 2021 wurde er dort zum Daniel Nathans Scientific Innovator ernannt.

Er ist Autor bzw. Coautor von mehr als 270 wissenschaftlichen Arbeiten, 27 Buch-

beiträgen und hat zwei Lehrbücher über die Handtransplantation herausgegeben.

Am 1. September 2023 ist er dem Ruf nach Innsbruck gefolgt, wo er als §-98-Professor für die Organisation und Koordination der Forschung an der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie verantwortlich ist. Dass zwei Professoren eine Universitätsklinik führen, der eine für die Klinik, der andere für die Forschung verantwortlich, ist in unseren Breiten eher ungewöhnlich.

Wie bereits bei Stefan Schneeberger beschrieben, wollte vor nunmehr 20 Jahren eine Zeitung von mir wissen, wen ich für den Tiroler, die Tirolerin der Zukunft halte. Von den nicht wenigen jungen Mitarbeitern kamen einige in Frage, aber zwei waren den anderen doch etwas überlegen: Gerald Brandacher und Stefan Schneeberger.

Das Los hatte damals für Letzteren entschieden. Jetzt, nach 20 Jahren führt sie die Innsbrucker Chirurgenschule in leitender Position wieder zusammen.

NACH AMERIKA UND ZURÜCK

Gerald Brandacher

Ich komme aus einer Familie ohne jeglichen medizinischen Hintergrund und dennoch war für mich seit meiner Kindheit klar, dass ich Chirurg werden möchte. Eine Zeit lang hatte ich jedoch ernsthaft mit der Option, Orchestermusiker zu werden, geliebäugelt. Nach reichlicher Überlegung hat mich die Faszination der Chirurgie wieder eingeholt, sodass ich im Jahr 1990 das Medizinstudium an der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck aufgenommen habe. Von Anfang an haben mich die theoretischen und ganz besonders die klinischen Fächer begeistert. Es waren dann allerdings die Anatomievorlesungen von Prof. Platzer und die beiden Sezierkurse, die meinen Entschluss, Chirurg zu werden, zusätzlich bestätigt und gefestigt haben. Schon bald kristallisierte sich dann für mich ein besonderes Interesse an der Transplantationschirurgie heraus. Dies war zum einen sicherlich dadurch bedingt, dass die Chirurgie in Innsbruck untrennbar mit dem Namen Raimund Margreiter verbunden war, und zum anderen mit seinen Pionierleistungen, von denen in den Medien sehr häufig berichtet wurde. Die Vorstellung, dass man einen Patienten mit terminalem Organversagen durch einen einzigen chirurgischen Eingriff nicht nur retten, sondern häufig zu einem neuen Leben verhelfen kann, war für mich fast unglaublich und hat mich absolut fasziniert. Zudem hatte die Transplantation in Studentenkreisen eine ganz besondere Aura und, wie man heute vielleicht sagen würde, einen „celebrity factor“. Es war eine Art Navy Seals Team von Chirurgen, die technisch höchst komplexe Eingriffe durchführten und dabei ständig neue Grenzen ausloteten und Spitzenmedizin im wahrsten Sinn

des Wortes und auf höchstem Niveau praktizierten. Kurz, ein Team, in dem sich jeder, der ambitioniert und kompetitiv war, gerne gesehen hätte – ich keine Ausnahme.

Es war im dritten Jahr meines Studiums, dass nach einer Famulatur in der Inneren Medizin bei Prof. Herbert Tilg mir dieser eine Dissertation in seinem renommierten Labor zur Erforschung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen angeboten hatte. Mir wurde vielfach versichert, dass dies eine einmalige Chance und eine große Auszeichnung sei, welche ich unbedingt wahrnehmen sollte. Mein Dilemma und im Nachhinein großes Glück war allerdings, dass praktisch zeitgleich Dr. Wolfgang Steurer, damals als junger Oberarzt in Prof. Margreiters Team, von einem Studienaufenthalt aus den USA zurückkehrte und ebenfalls auf der Suche nach einem Dissertanten war. Ich kannte Dr. Steurer, da wir beide in Wattens aufgewachsen sind und gemeinsam im dortigen Blasorchester der Swarovski Musik musiziert hatten. Als er mir von seiner Idee erzählte, ein Herztransplantationsmodell in der Maus in Innsbruck zu etablieren, war ich sofort dabei. Obwohl ich zu dem Zeitpunkt keinerlei chirurgische Erfahrung oder auch nur die geringste Ahnung hatte, wie eine solche mikrochirurgische Technik funktioniert, wusste ich in dem Augenblick, dass dies genau das ist, was ich machen möchte. Ich habe also Prof. Tilgs Angebot abgelehnt (was er mir mittlerweile verzeihen hat) und die Etablierung eines Mausherztransplantationsmodells zur Toleranzinduktion mittels Kostimulationsblockade zu meinem Dissertationsthema gemacht. Rückblickend

betrachtet war diese Entscheidung wahrscheinlich die wichtigste in meiner gesamten beruflichen Laufbahn, da sie mir den Weg in die Transplantationschirurgie, den Weg in die Wissenschaft sowie den Weg zu international renommierten Universitäten in Kanada (University of Manitoba) und den USA (University of Pittsburgh und Johns Hopkins University) geebnet hat.

Die Idee, Herzen in der Maus zu transplantieren, war damit geboren, nun galt es, diese in die Realität umzusetzen. Das Problem war allerdings, dass Wolfgang Steurer die Technik in den USA zwar gesehen, den Eingriff allerdings niemals selbst durchgeführt hatte. Auch ansonsten gab es in Innsbruck zwar einige Kollegen im Forschungslabor der Transplantationschirurgie, die mit verschiedenen Rattenmodellen gearbeitet hatten, aber niemanden, der Erfahrung mit chirurgischen Techniken in der Maus hatte. Da die Größenunterschiede zwischen Ratte und Maus, insbesondere was die Gefäßdurchmesser anbelangt, sich signifikant (etwa um den Faktor 10) unterscheiden, stellt die besondere Herausforderung an die mikrochirurgischen Techniken die Gefäßanastomose dar. Die einzige Anleitung, die ich damals zur Verfügung hatte, war eine Arbeit, die im Jahr 1991 von einer japanischen Gruppe um Matsuura und Abe in der Fachzeitschrift „Transplantation“ publiziert wurde und die eine Technik der Herztransplantation in der Maus beschreibt. Damit war mir bewusst, dass meine ersten chirurgischen Versuche als Autodidakt stattfinden werden, was allerdings meiner Begeisterung für die Sache keinen Abbruch tat, die Herausforderung nur noch größer machte. Damit war es dann auch an der

Zeit, dass Dr. Steurer und ich, bewaffnet mit viel Enthusiasmus, aber wenig bis gar keiner technischer Erfahrung, die Idee, ein Mausherztransplantationsmodell in Innsbruck zu etablieren, Prof. Margreiter präsentierten. Ein Termin dazu war rasch vereinbart und Prof. Margreiter empfing uns beide in seinem Büro, wo er sich den Plan für das Dissertationsprojekt sehr interessiert anhörte.

Es war dies mein allererstes persönliches Kennenlernen und Interagieren mit ihm und es war ein weiterer prägender Moment in meiner beruflichen Laufbahn. Ich war mehr als nervös vor diesem Treffen und der Tatsache, dass ich keinerlei chirurgische Erfahrung in der Forschung vorzuweisen hatte und dennoch ein sehr ambitioniertes Projekt vorstellte. Als wir den Plan für die chirurgische Technik in der Maus und das Paper von Matsuura und Abe diskutiert hatten, wandte sich Prof. Margreiter an mich und sagte nur kurz, aber sehr prägnant: „Wenn das zwei Japaner können, dann werden Sie es doch auch lernen.“ In diesem Moment gab es für mich plötzlich absolut keinen Zweifel mehr, warum das eigentlich nicht zu schaffen sein sollte, wenn man ein gestecktes Ziel mit Fleiß und Ausdauer verfolgt. Dieser eine Satz von Prof. Margreiter hat bei diesem ersten Treffen für mich als Medizinstudent meine komplette Perspektive betreffend, was möglich sein kann, von einem Moment auf den anderen geändert.

Es war dies auch mein offizieller Einstieg in die Transplantationschirurgie und der Beginn einer Mentor-Mentee-Beziehung, die nicht nur meine gesamte Ausbildung und den beruflichen Werdegang geprägt hat, sondern sich bis zum

heutigen Tag wegweisend und prägend fortgesetzt und dankenswerterweise erhalten und weiter vertieft hat.

Es blieb in diesem Treffen aber nicht nur bei der Motivation, sondern wie immer in einem Treffen mit Prof. Margreiter wurden Nägel mit Köpfen gemacht, und so bekam ich sofort die Zusage und das Geld, um die notwendigen mikrochirurgischen Instrumente zu besorgen und so schnell wie möglich mit dem Erlernen der chirurgischen Technik der Herztransplantation bei der Maus zu beginnen.

Und damit begann im Jahr 1994 nicht nur offiziell meine Zeit als studentischer Mitarbeiter an der Transplantationschirurgie in Innsbruck, sondern auch meine chirurgische und wissenschaftliche Karriere. Während der nächsten Monate war tägliches mikrochirurgisches Training in unserem damaligen Labor und Tier-OP im Dachgeschoß des Anatomiegebäudes angesagt. Es waren viele lange Nächte und Wochenenden, an denen ich mir die Grundprinzipien der Mikrochirurgie, der Anästhesie, Maus-Anatomie und Physiologie sowie der Transplantationsimmunologie im Selbststudium angeeignet habe. Doch je mehr ich mich damit beschäftigte, desto größer wurde meine Faszination und Begeisterung für die Transplantation. Es gab damals noch eine Reihe von Studenten wie etwa Walter Mark, Paul Hechenleitner, Stefan Schneeberger, Alexander Klaus, Oliver Renz, Werner Kirchmayr, Kurt Roberts und Michael Fischer, die in unserem Labor an anderen experimentellen Transplantationsmodellen gearbeitet hatten. Die vielen gemeinsamen Stunden am Operationsmikroskop im Labor

haben dabei eine ganz besondere Kame-radschaft, Kollegialität und Verbundenheit sowie gegenseitige Wertschätzung gefördert, die diese Zeit für uns alle sehr speziell und unvergesslich gemacht hat. Eine besonders intensive Zusammenarbeit und Freundschaft haben sich während dieser Zeit mit Stefan Schneeberger entwickelt. Mit ihm hatte ich einen kongenialen Partner gefunden, mit dem ich seither an unzähligen gemeinsamen Projekten gearbeitet, eine Vielzahl von gemeinsamen Kongressreisen unternommen und mit dem ich auch während unserer chirurgischen Ausbildung viele Nächte gemeinsam im OP verbracht habe, die ein ganz spezielles Band des gegenseitigen Respekts und des gegenseitigen Vertrauens gebildet haben. Jemanden zu finden, der dieselben Visionen hat und das Wertemuster teilt, war in dieser Zeit ganz wesentlich für unsere weitere Entwicklung.

Wir waren von Anfang an auf derselben „Wellenlänge“ und haben beide – ohne es je auszusprechen – realisiert, dass wir als Team und in enger Zusammenarbeit nicht nur unsere wissenschaftliche Produktivität massiv steigern können, sondern auch das Niveau unserer Projekte auf einen wesentlich höheren und kompetitiveren Level heben können, als wenn jeder von uns weiter allein für sich arbeiten würde. Die Wissenschaft als Teamsport zu sehen war somit etwas, das Stefan und ich seit dem Medizinstudium konsequent gemacht haben und was sicherlich wegweisend für unsere zukünftige akademisch chirurgische Entwicklung war. Heute gilt dieses Konzept der wissenschaftlichen Teamarbeit und Kollaboration als Standard, um international erfolgreich zu sein. Damit

glaube ich sagen zu können, dass wir Mitte der 90er Jahre etwas unserer Zeit voraus waren.

Was mir aus dieser ersten Zeit ebenfalls noch ganz besonders in Erinnerung geblieben ist, war das große Interesse, welches Prof. Margreiter, trotz all seiner vielfältigen klinischen und administrativen Verpflichtungen, an unserer studentischen Arbeit im Labor gezeigt hat. So gab es keine Begegnung an der Klinik oder am Universitätscampus, bei der Prof. Margreiter sich nicht nach dem Fortschritt der Experimente und den Ergebnissen der Mausherztransplantationseingriffe mit der Frage „Und schlagen sie schon?“ bei mir erkundigt hat. Als es dann erste chirurgische Erfolge zu berichten gab, öffnete sich eines Tages, während ich mitten unter einer Operation am Mikroskop war, die Tür zum Labor und Prof. Margreiter stattete mir einen „Überraschungsbesuch“ ab. Er wollte sich die Technik selbst anschauen und zeigen lassen, so saß er während des gesamten Eingriffes neben mir auf einem kleinen Hocker am Operationsmikroskop und hat jeden einzelnen Schritt der Transplantation genau beobachtet. Es war dies eine erste gute Übung für die zukünftige chirurgische Ausbildung, um unter dem strengen Auge des Meisters eine ruhige Hand zu behalten!

Für mich war dieser Besuch aber nicht nur ein weiteres Zeichen des Interesses, das Prof. Margreiter an unserer Arbeit und der chirurgisch-technischen Ausbildung gezeigt hat, sondern auch ein Ausdruck, als Teammitglied ernstgenommen und akzeptiert zu werden, unabhängig von jeglicher hierarchischen Rangordnung.

Nach ein paar weiteren Monaten war es dann endlich so weit und ich hatte die Technik der Mausherztransplantation gemeistert und konnte diese mit hohen Erfolgsraten (> 95 % Transplantatüberleben) routinemäßig durchführen. Das etablierte Modell wurde dann rasch in verschiedenen wissenschaftlichen Projekten eingesetzt, mit dem Ziel, einerseits die Notwendigkeit der Langzeitimmunsuppression nach einer Transplantation zu minimieren, andererseits den Ischämie-Reperfusionsschaden zu reduzieren. Unter anderem konnten wir mit diesem Modell erstmalig mechanistisch zeigen, dass die Aktivität des immunregulatorischen Enzyms Indoleamin-2,3-Dioxygenase gemeinsam mit regulatorischen T-Zellen für eine Toleranzinduktion mittels Costimulationsblockade verantwortlich ist (Brandacher G. et al. J Immunol 2012).

Insgesamt haben wir über die Jahre mehr als 1000 heterotope Herztransplantationen in der Maus durchgeführt, die chirurgische Technik dabei zusätzlich verfeinert und weiterentwickelt und letztendlich in einem Videoformat publiziert, um zukünftigen Studenten das Erlernen einer solchen Technik wesentlich zu erleichtern (Brandacher G., Maglione M., J Vis Exp 2014).

Es ist uns mit diesen Tiermodellen gelungen, eine mikrochirurgische Expertise an der Transplantation in Innsbruck zu entwickeln, die es uns erlaubt, jedes Organ wie etwa Herz, Niere, Leber, Pankreas, Dünndarm, Extremitäten etc., das in der klinischen Routine transplantiert wird, auch im experimentellen Setting in unserem Labor zu transplantieren. Damit ist es uns auch gelungen, wissen-

schaftlich den Anschluss an international renommierte Arbeitsgruppen in der Transplantationschirurgie zu finden und unsere Ergebnisse regelmäßig auf internationalen Kongressen wie etwa dem American Transplant Congress (ATC), dem Meeting der International Transplant Society (ITS) oder der European Society for Organ Transplantation (ESOT) zu präsentieren.

Was aber wahrscheinlich der wichtigste Effekt dieser mikrochirurgischen Modelle im Labor war, ist die Tatsache, dass zukünftige Mitarbeiter hier ihre chirurgischen Fähigkeiten demonstrieren konnten und dies damit zu einer Rekrutierungsschiene für chirurgisches Talent in der Transplantationschirurgie in Innsbruck geworden ist. So haben praktisch alle derzeitigen Oberärzte und Arbeitsgruppenleiter an unserer Abteilung mikrochirurgisch im Transplantationslabor während ihres Studiums oder der Fachausbildung gearbeitet.

Die kompetenzbasierte Kultur des Zusammenarbeitens, die ich während meines Medizinstudiums an der Transplantationschirurgie in Innsbruck erlebt habe, war für mich als Student extrem stimulierend und eine zusätzliche Motivation, mich in weiterer Folge um eine chirurgische Ausbildungsstelle im Team von Prof. Margreiter an der Chirurgie zu bewerben.

Die Freude war riesengroß, als ich meine Stellenzusage bekam und am 1. Dezember 1998 meinen ersten Arbeitstag als Assistenzarzt in Ausbildung an der Abteilung für Allgemein- und Transplantationschirurgie an der Universitätsklinik in Innsbruck hatte. Doch es war ein Start

von null auf hundert oder der sprichwörtliche Sprung ins kalte Wasser bzw. ins kalte „Back table“-Präparationsbad einer Bauchspeicheldrüse. In der Nacht vor meinem ersten Arbeitstag gab es einen Multiorganspender und somit eine ganze Reihe von Organen im Haus, die an diesem Tag transplantiert werden mussten. Es war damit das ganze Team der Transplantationschirurgie gefordert und in verschiedene Operationsäle aufgeteilt, doch fehlte letztendlich jemand, der Prof. Margreiter bei der „Back table“-Präparation des Pankreas assistieren konnte. Rasch war von den Kollegen die Idee geboren, dass ja der Neue helfen könnte, „da ich ja eh im Labor gearbeitet habe“ und „dich der Chef daher gut kennt“. Dass ich eine „Back table“-Pankreaspräparation vorher noch nie gesehen oder dabei assistiert hatte, schien kein Grund zur Besorgnis zu sein. Und so fand ich mich nach meiner ersten Morgenbesprechung im OP sitzend vor einer mit Eis und Konservierungslösung gefüllten Wanne, einer ganzen Reihe von chirurgischen Instrumenten, Staplern und Nahtmaterialien, die ich allesamt noch nie in Händen gehalten hatte, in angespannter Erwartungshaltung, wie wohl eine solche Pankreaspräparation aussehen wird. Nach Eintreffen von Prof. Margreiter im OP war sehr rasch klar, dass er eine etwas andere Erwartungshaltung an diesem Morgen und die Qualifikation seiner Assistenz hatte!

Es sei nur so viel gesagt, es gab für mich einen „Crashkurs“ in Pankreasanatomie, Instrumentenkunde und Konservierungsmethodik sowie der Regel, dass das Pankreas ein „No touch“-Organ ist, das ich bis heute nicht vergessen habe. Die zusätzliche Tatsache, dass an dem

Tag gleichzeitig auch der erste Arbeitstag von OP-Diener Willi war und dem Chef damit zwei „Ahnungslose“ zugeteilt wurden, hatte die gesamte Situation nicht wirklich besser gemacht. Doch trotz dieser, wie ich aus heutiger Sicht und eigener Erfahrung weiß, frustrierenden Personalzuteilung und Teamkonstellation hat Prof. Margreiter am Nachmittag desselben Tages darauf bestanden, dass ich bei der Implantation des Pankreas ebenfalls im Team assistieren durfte, um den gesamten Eingriff und Ablauf einer Pankreastransplantation vom Anfang bis zum Ende zu sehen und zu verstehen.

Situationen wie diese gab es im weiteren Verlauf meiner chirurgischen Ausbildung viele. Es war mir sofort klar, dass man nicht mit Samthandschuhen angefasst wird und dass die chirurgische Ausbildung eine harte und sehr fordernde Schule ist. Doch am Ende des Tages bekam man die Möglichkeit, permanent zu lernen, sich operativ einzubringen und Teil eines exzellenten Teams zu sein. Dieses tägliche Vorleben von hundertprozentigem Einsatz, technischer Exzellenz und des kompromisslosen Strebens nach chirurgischer Perfektion zum Wohle unserer Patienten war für mich persönlich und für meine berufliche Laufbahn mehr als prägend und ist etwas, das mit Sicherheit die Innsbrucker Schule unter Prof. Margreiter bis zum heutigen Tag auszeichnet.

„Die Chirurgie ist eine Kunst“ hat Prof. Margreiter oft betont und diese Kunst durfte ich während meiner Ausbildung tatsächlich tagtäglich erleben. Es war ein Umfeld in Innsbruck, in dem Chirurgie auf einem anderen Niveau und in einer anderen Kultur als an den meisten

Zentren betrieben wurde und wo wir als Assistenten Eingriffe sehen konnten, die in ihrer Komplexität an nur sehr wenigen anderen europäischen Kliniken möglich waren. Es war inspirierend, zu sehen, dass man sich nicht damit begnügen soll, eine ausgezeichnete chirurgische Versorgung mit Standardeingriffen auf höchstem Niveau für unsere Patienten zu gewährleisten, sondern dass man sich in der akademischen Chirurgie bei jedem Eingriff fragen muss, wie man diese Technik eventuell weiter verbessern kann und wie wir derzeit bestehende technische Limitationen zukünftig überwinden können. Ein Beispiel dafür war ein Eingriff, bei dem ich als ein schon etwas fortgeschrittener Assistenzarzt assistieren durfte. Es handelte sich dabei um eine Patientin mit einem Lebertumor, zu dessen Entfernung eine erweiterte rechtsseitige Leberresektion geplant war. Im Laufe der Operation stellte sich allerdings heraus, dass der Tumor nicht mehr, wie initial in der präoperativen Bildgebung angenommen, auf die Leber beschränkt war, sondern bereits in die Vena cava eingewachsen war. Es war somit eine Resektion des Tumors in der herkömmlichen Zugangsweise von vorne extrem schwer bzw. nur mit einem sehr hohen Komplikationsrisiko möglich. Prof. Margreiter hatte nach einiger Überlegung dann gemeint: „Wenn wir die Leber nur umdrehen könnten, dann sollten wir den Tumor von hinten kontrolliert und zur Gänze entfernen können.“ Als unser Team fragte, wie wir das denn angehen sollen, meinte der Chef nüchtern: „Wir können die Leber wie zur Transplantation komplett entfernen, perfundieren und den Tumor dann, „back table“, außerhalb des Körpers resektieren und anschließend die tumorfreie

Leber wieder der Patientin implantieren und gleichzeitig dabei die tumorinfiltrierte Vena cava ebenfalls entfernen und durch eine Goretex-Prothese ersetzen.“ Das mag nach einer sehr logischen Vorgehensweise klingen, doch war damit klar, dass dies einen Eingriff darstellt, der an Komplexität schwer zu übertreffen ist, höchste Anforderungen an das chirurgisch-technische Können und das anästhesiologische Setup stellt und daher nur an ganz wenigen Zentren überhaupt denkbar und möglich sein würde. Es war allerdings die einzige Option, um den Tumor bei dieser Patientin vollständig zu entfernen, und damit waren sich alle einig, dass es genauso gemacht werden soll. In den nächsten 20 Stunden konnte ich dann die Kunst der Chirurgie hautnah erleben, indem Prof. Margreiter den Eingriff Schritt für Schritt unter absoluter Kontrolle exakt wie geplant ausführte, sodass man am Ende das Gefühl hatte: Ja, eigentlich eh ganz logisch. An dem Tag hatte ich allerdings gelernt, dass nur durch absolute chirurgisch, technische Perfektion eine solche methodische „Kreativität“ möglich wird und man damit diesen Patienten eine Therapieoption bieten kann, die ihnen anderweitig verwehrt geblieben wäre.

Prägend war für mich ebenfalls, dass auch nach solch technisch komplexen und oft sehr, sehr langen Eingriffen Prof. Margreiter uns immer vorgelebt hat, dass dennoch bei den „kleinen Dingen“ wie etwa der Fadenlänge der Hautnaht niemals Kompromisse gemacht werden dürfen. „Die Fadenlänge ist 1,0 cm und der Abstand zwischen den Nähten ist 1,0 cm und nicht 1,1 cm oder 1,2 cm. Die Narbe ist jener Teil der Operation, den fast jeder Patient sieht, und danach wird er

die Qualität des Chirurgen beurteilen.“ Es war deshalb auch üblich, dass Prof. Margreiter nicht etwa wie viele andere Chefs und wie es weitläufig üblich ist, das „Zunähen“ an einen Assistenten delegiert hat, sondern diese Hautnaht in genau der geforderten Präzision, unabhängig davon, wie lange der Eingriff gedauert hat und zu welcher Tages- oder Nachtzeit, bei seinen Patienten stets selbst durchgeführt hat. Für mich war klar, wenn das jemand nach 35 Jahren in der Chirurgie als Chef immer noch so praktiziert, dann wird an der so oft gepredigten Regel schon etwas dran sein, und man sollte sich das wahrscheinlich zu Herzen nehmen und zukünftig zum eigenen Maßstab machen.

Rückblickend betrachtet waren es diese Vorbildfunktion von Prof. Margreiter und das Umfeld an der Chirurgie in Innsbruck, die den Grundstein für ein Streben nach chirurgisch-technischer Perfektion und einen akademischen Zugang zu chirurgischen Problemen gelegt haben, die es mir dann in weiterer Folge ermöglichten, im experimentellen Bereich neue mikrochirurgische Transplantationsmodelle zu entwickeln und mitzuhelfen, neue Techniken und Behandlungskonzepte in der rekonstruktiven Transplantation klinisch zu etablieren.

Die experimentelle Arbeit im Labor, die ich im Medizinstudium begonnen hatte, hat mich auch während meiner gesamten Ausbildungszeit weiter begleitet. Hier wurde uns dann mehr und mehr Verantwortung übertragen und so habe ich als Assistenzarzt damit begonnen, andere Medizinstudenten als Mentor bei ihren ersten mikrochirurgischen Gehversuchen zu unterstützen. Es war da-

mit möglich, nach und nach eine eigene Arbeitsgruppe im Labor zu etablieren und die Forschungsprojekte neben der klinischen Ausbildung weiter voranzutreiben. Während dieser Zeit ist es uns dann auch gelungen, unsere Ergebnisse vermehrt auf internationalen Kongressen zu präsentieren. Es war dies eine einmalige Gelegenheit für mich, erste Einblicke in die internationale Transplantationsszene zu bekommen und, wie von Prof. Margreiter oft ermutigt, über den „Tellerrand“ von Innsbruck zu schauen.

Es war bei einem unserer ersten Besuche des American Transplant Congress (ATC), bei dem Stefan Schneeberger und ich links und rechts von Prof. Margreiter in der ersten Reihe der Plenarsitzung in einem riesigen Saal des Kongresszentrums in Chicago, welcher für mehr als 5000 Menschen Platz bietet, saßen und mit großen Augen, Staunen und auch nicht zu wenig Ehrfurcht einem Vortrag von einem führenden Transplantationsimmunologen zuhörten. Prof. Margreiter muss unsere staunenden Augen bemerkt haben, denn er hat sich während des Vortrags an uns beide gewandt und uns wissen lassen: „Es gibt keinen Grund, dass nicht eines Tages ihr beide da oben steht!“ Es war dies ein ähnlicher Aha-Moment für mich wie damals als Medizinstudent, als es darum ging, das Mauserztransplantationsmodell zu erlernen. In diesem Augenblick und mit diesem simplen Ansporn unseres Mentors schien für uns plötzlich das Tor in die internationale Welt der Transplantation offen zu stehen und es war klar, dass wir uns nicht davor zu scheuen brauchen, uns am Spitzenfeld der Transplantation zu orientieren und dies als unseren Maß-

stab, nach dem wir uns zukünftig ausrichten sollen, anzusehen.

Es war diese Kombination aus anspruchsvollster chirurgischer Technik und intellektuell stimulierender immunologischer Grundlagen- und translationaler Forschung, die meine Faszination für die Transplantation während meiner chirurgischen Ausbildung weiter gefestigt hat, sodass am Ende klar wurde, dass ich in diesem Gebiet meine weitere berufliche Laufbahn verbringen möchte.

Facharzt und Habilitation:

Nach meiner Facharztprüfung im Jahr 2006 habe ich mich daher zunehmend auf das klinische Gebiet der Nieren- und Lebertransplantation fokussiert und als junger Oberarzt im Transplantations-team mitgearbeitet. Es war eine äußerst erfüllende Zeit, nun endlich in der Lage zu sein, Patienten selbständig zu operieren und zu behandeln und ebenfalls damit zu beginnen, jüngere Kollegen chirurgisch auszubilden. Es waren lange Tage in der Klinik auf der Station, im OP, im Nachtdienst oder bei Rufbereitschaften zur Organentnahme, die jedoch stets mit dem Privileg verbunden waren, zu lernen, sich chirurgisch und persönlich weiterzuentwickeln und vor allem Tag für Tag zu erleben, wie fundamental die Transplantation das Leben von Patienten mit terminalem Organversagen verbessern kann.

Neben der klinischen Routine hat die wissenschaftliche Arbeit im Labor nach wie vor eine sehr wesentliche Rolle für mich gespielt. Es waren insbesondere die Mechanismen des Immunsystems, die einerseits zu Akzeptanz und Tole-

ranz oder andererseits zur Abstoßung eines Organtransplantates führen können bzw. wie dieselben Mechanismen im Rahmen der Tumorimmunologie zu entweder Metastasierung oder Abstoßung von verschiedenen Krebsformen führen können, die mich besonders interessiert haben. Spezifisch waren es die Effekte des Tryptophan-degradierenden Enzyms Indoleamin-2,3-Dioxygenase (IDO) und wie IDO – durch eine sehr gezielte Modulation – das Immunsystem gegenüber malignen Zellen hemmen, oder wie im Falle einer Transplantation diese Mechanismen therapeutisch genutzt werden können, um eine Abstoßungsreaktion zu verhindern, die meine Arbeitsgruppe während dieser Zeit untersucht hat. So konnten wir in Kollaboration mit Prof. Dietmar Fuchs von der Medizinischen Chemie erstmals zeigen, dass eine gesteigerte IDO-Aktivität in kolorektalen Tumorzellen zu einer Hemmung der initialen Anti-Tumor-Immunantwort führt und zudem die Anzahl der tumor-infiltrierenden Lymphozyten (TIL) aufgrund des lokalen Tryptophanmangels und der Produktion von pro-apoptischen Kynureninmetaboliten hemmt und damit einen entscheidenden prognostischen Parameter bei Patienten mit kolorektalem Karzinom darstellt (Brandacher et.al. Clin Cancer Research 2006).

Die von uns in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse haben rezent zusätzliche, substanzielle Bedeutung erhalten, insbesondere in Hinblick auf die Anwendung zukünftiger immuntherapeutischer Konzepte zur Tumorbehandlung, und sind mittlerweile in fast 800 weiteren Publikationen zitiert worden (Google Scholar, Stand April 2024). Weiters konnten wir erstmals zeigen, dass es

zu einer gesteigerten IDO-Aktivität vor beziehungsweise während einer akuten Abstoßungsreaktion bei Patienten nach Nierentransplantation kommt. Die Bestimmung von Tryptophan-Metaboliten in Blut und Harn ermöglicht dabei ein nichtinvasives Immunmonitoring sowie eine sensitive und spezifische Diagnose der akuten Abstoßung. Somit eröffnet die Messung der IDO-Aktivität vielversprechende neue diagnostische und therapeutische Optionen zur Optimierung der Ergebnisse nach einer Organtransplantation (Brandacher et al. Kidney International 2007).

In meiner klinischen Tätigkeit im Operationssaal war ich außerdem mit den oft verheerenden Auswirkungen konfrontiert, die eine Ischämie-Reperfusionsschädigung insbesondere bei ischämie-anfälligen Transplantationstypen wie etwa der Pankreastransplantation haben kann. Wir haben daher ein weiteres Forschungsprogramm auf diesem Gebiet begonnen und in Zusammenarbeit mit der Gruppe von Prof. Ernst R. Werner am Biocenter der Medizinischen Universität Innsbruck letztendlich neue Wege entdeckt, um Organtransplantate wie Niere, Herz oder Bauchspeicheldrüse besser zu konservieren, indem wir die therapeutische Wirkung des NOS-Co-faktors Tetrahydrobiopterin (BH4) untersuchten. Für diese Studien entwickelten und etablierten wir ein neues zervikales, heterotopes Pankreastransplantationsmodell an der Maus. Diese Technik stellt das weltweit erste mikrochirurgische Modell zur Pankreastransplantation unter Verwendung einer nahtfreien sogenannten Cuff-Technik zur Revaskularisation, also der Verbindung der Blutgefäße von Spender und Empfänger, an der Maus

dar (Brandacher et al. Surgery 2007). Wir konnten in diesem Modell zeigen, dass eine therapeutische Substitution von BH4 zu einer signifikanten Abnahme der mikrozirkulatorischen und histomorphologischen Schädigungen im Rahmen von Ischämie und Reperfusion nach Pankreastransplantation führt und damit eine neue und vielversprechende Strategie zur Prävention der Transplantatpankreatitis darstellt (Brandacher et al. American Journal of Transplantation 2006).

Diese Forschungsarbeiten waren letztendlich auch die Grundlagen für meine im Jahre 2008 eingereichte Habilitationsschrift mit dem Titel „IFN- γ induzierte Stoffwechselwege in der Transplantations- und Tumorummunologie: Bedeutung für Diagnose, Prognose und neue Therapieansätze“, mit welcher ich die Venia Docendi für das Fach Chirurgie an der Medizinischen Universität Innsbruck erhalten habe. Auch wenn damit mein zukünftiger akademischer Weg in Innsbruck vorgezeichnet war und unsere Forschungsgruppe sehr produktiv, gut etabliert und lokal vernetzt war, hatte ich dennoch den Wunsch und auch mehr und mehr das Gefühl, dass es nun für mich an der Zeit war, wirklich einmal über den Tellerrand hinauszuschauen.

Es war dies nicht der traditionelle und übliche Weg, nach der Habilitation noch einen Auslandsaufenthalt anzustreben, da in der Regel Kollegen der akademischen Medizin Studienaufenthalte im Ausland während ihrer Ausbildung einplanen, um an renommierten Institutionen für meistens ein bis zwei Jahre entweder als wissenschaftliche Mitarbeiter (post doc oder research fellow) an For-

schungsprojekten mitzuarbeiten und damit Publikationen zu generieren, die dann oft die Grundlage für eine Habilitation an der eigenen Alma Mater darstellen. Ich wollte nach der Habilitation aber hauptsächlich an eine führende medizinische Universität, um für unsere eigene Arbeitsgruppe in Innsbruck zu eruiieren, was die Unterschiede in der Struktur, den Arbeitsabläufen, der Teambildung, Förderungslandschaft, Methodik etc. sind, welche die USA so erfolgreich in der biomedizinischen Grundlagenforschung und der klinischen akademischen Medizin machen und was wir davon lernen und dann vielleicht im eigenen Bereich umsetzen können, um ebenfalls am Standort Innsbruck den internationalen Anschluss in der Transplantation weiter ausbauen und langfristig sichern zu können. Ein weiteres Ziel war auch, mit einem solchen Auslandsaufenthalt das eigene Netzwerk zu erweitern und internationale Kollaborationspartner für zukünftige gemeinsame Projekte zu gewinnen.

Die richtige Wahl, wohin und an welche Institution man am besten gehen soll, um möglichst erfolgreich zu sein und um die Zeit optimal nutzen zu können, ist oft allerdings nicht ganz einfach. Ich war in der glücklichen Lage, dass Stefan Schneeberger zu dieser Zeit einen Auslandsaufenthalt an der University of Pittsburgh bei Prof. Andrew Lee absolvierte und begeistert war vom wissenschaftlichen Umfeld dort. Er meinte, ich sollte doch einmal vorbeikommen und meine Forschungsarbeit der Gruppe am Thomas E. Starzl Transplantation Institute vorstellen. Es brauchte dazu wenig Überzeugungsarbeit, da ich wusste, dass ich mich auf Stefans Urteil ver-

lassen kann und zudem Pittsburgh und das Starzl Transplantation Institute eine der internationalen Hochburgen in der Transplantation war und Pittsburgh daher oft auch als „The Transplant Capital of the World“ bezeichnet wurde.

Gesagt, getan, und so bekam ich von Prof. Fadi Lakkis eine Einladung, als Visiting Professor einen Vortrag mit dem Titel „IFN- γ Induced Biochemical Pathways – Friend and Foe in Transplant and Tumor Immunology“ am Starzl Transplant Institute zu halten. Der Vortrag fand an einem sonnigen Freitagmittag im Oktober statt und das Interesse war offensichtlich groß, da der Seminarraum bis auf den letzten Platz gefüllt war und etliche Leute sogar bis auf den Gang hinaus standen. Ob der Grund dafür mein Vortragsthema, Stefans Werbung oder, wie bei solchen Veranstaltungen in den USA üblich, der „free lunch“ war, konnte ich nicht herausfinden. Beeindruckt hat mich, dass Prof. Starzl persönlich bei diesem Vortrag anwesend war und in der ersten Reihe saß. Es war dies ein fast unwirklicher Moment für mich, vor dem „Vater der Transplantation“ Prof. Thomas E. Starzl an einem der berühmtesten Transplantationszentren der Welt einen Vortrag halten zu dürfen und meine wissenschaftlichen Ergebnisse zu den Parallelen von Tumor- und Transplantationsimmunologie vorzustellen.

Nach dem Vortrag wurde angeregt diskutiert und Prof. Starzl hatte eine ganze Reihe von Fragen und war sichtlich von den präsentierten Ergebnissen und Hypothesen sehr angetan. So hat er mich im Anschluss an den Vortrag zur Seite genommen und mich eingeladen, unsere Diskussion am nächsten Morgen bei ihm

zu Hause „etwas mehr im Detail“ fortzusetzen. Ich war begeistert von der Idee und der Möglichkeit, Prof. Starzl persönlich kennenzulernen, und habe natürlich sofort zugesagt, dass wir uns am folgenden Tag um 7.00 Uhr bei ihm treffen.



Bei T. E. Starzl zuhause

Der Besuch war unvergesslich, ich habe eine Führung durch sein Haus und den Garten bekommen, wir haben über Musik und Medizin diskutiert, die Ergebnisse meiner Forschungsarbeiten im



Bei T. E. Starzl auf der Dachterrasse

Detail besprochen und am Ende hat mir Prof. Starzl eine signierte Version seiner Autobiographie „The Puzzle People“ überreicht mit der Einladung, einen Forschungsaufenthalt bei ihm in Pittsburgh zu absolvieren und gemeinsam mit ihm an neuen Strategien zur Minimierung der immunsuppressiven Therapie nach Transplantation zu arbeiten. Zu sagen, dass ich davon etwas überwältigt war, ist eine Untertreibung – ich konnte mein Glück kaum fassen, dass ich von diesem ersten Erkundungsbesuch für einen eventuellen Auslandsaufenthalt in den USA mit einer Einladung von Prof. Starzl persönlich nach Hause fahren würde.

Dass eine solche Chance nicht zweimal kommt, war mir bewusst, und ich habe daher sofort nach meiner Rückkehr nach Innsbruck damit begonnen, einen Weg zu finden, um dieses Angebot zu realisieren. Ich habe Prof. Margreiter die Situation geschildert und auch wenn er von der Idee, dass ich Innsbruck für ein Jahr verlassen würde, nicht begeistert war, so erkannte er natürlich auch die große Chance und war bereit, wie es einen echten Mentor eben auszeichnet, mich in meinem Vorhaben zu unterstützen.

Die Idee war, mit Prof. Andrew Lee zu sprechen, dass ich nach Stefan Schneebergers anstehender Rückkehr nach Innsbruck die begonnene Arbeit auf dem Gebiet der Rekonstruktiven Transplantation bei ihm in Pittsburgh fortführen und dann gemeinsam mit Prof. Starzl weiter ausbauen könnte. Das klang für uns alle nach einer sogenannten Win-win-Situation und einem idealen Plan, um meinen so sehr gewünschten Auslandsaufenthalt zu realisieren.

Und so habe ich mich dann letztendlich am 1. August 2008 für ein Jahr von meiner Stelle an der Transplantationschirurgie in Innsbruck karenzieren lassen und in Pittsburgh meinen Forschungsaufenthalt am University of Pittsburgh Medical Center (UPMC) und am Thomas E. Starzl Transplantation Institute angetreten.

Doch es sollte nicht bei diesem einen Jahr in den USA bleiben. Nachdem ich im Jahr 2009 noch für ein weiteres Jahr in Pittsburgh verlängert hatte, da unser



Research Team in Pittsburgh

rekonstruktives Transplantationsprogramm dort sehr erfolgreich gestartet hatte, und wir mit unserem Team im Jahr 2008 die erste Doppelhandtransplantation in den USA und im Jahr 2010 die erste Armtransplantation in den USA durchgeführt hatten, bekam ich 2010 das Angebot von der Johns Hopkins University in Baltimore, gemeinsam mit Prof. Andrew Lee als Scientific Director ein rekonstruktives Transplantationsprogramm und Forschungslabor aufzubauen.

Es war dies wiederum eine Chance, die man kein zweites Mal bekommt: an einer der renommiertesten medizinischen Universitäten der USA in einer leitenden Position arbeiten zu dürfen.

Doch war es aus vielfachen Gründen keine leichte Entscheidung, dieses Angebot anzunehmen. Zunächst wusste ich, dass eine nochmalige Karenzierung von meiner Stelle in Innsbruck nicht mehr möglich sein würde und ich damit meinen unbefristeten Dienstvertrag in Innsbruck aufgeben musste. Es bedeutete zudem, dass ich das aufgebaute und äußerst produktive Forschungsprogramm zurücklassen musste, um, wenn man so will, in einem neuen unvertrauten System wieder von vorne und neu zu starten.

Privat hieß es, die Tiroler Berge, die Familie sowie den Freundes- und Bekanntenkreis zurückzulassen und in einem komplett neuen Kulturkreis und Umfeld wieder Fuß zu fassen und sein Leben neu zu gestalten.

Es war also eine große Entscheidung, die es zu treffen galt, und wie so oft in meiner beruflichen Laufbahn hatte ich das große Glück, auf den Rat und die Unterstützung von außergewöhnlichen Mentoren, Kollegen und Freunden bauen zu können, um den richtigen Schritt zu machen. Es waren dann aber Prof. Starzl und Prof. Margreiter, die mit ihrem Rat den endgültigen Anstoß gegeben haben, diese Entscheidung zu treffen.

Prof. Starzl hat mir versichert, dass Johns Hopkins mehr als verdient die #1 Research-Universität in den USA ist und dass es keine akademisch vergleichba-

re Institution gibt, die mehr für Innovation aufgeschlossen ist als Hopkins. Er selbst hatte einen Teil seiner Ausbildung in Johns Hopkins absolviert und war merklich nach wie vor extrem angetan von dem Umfeld und der wissenschaftlichen Kultur dort.

Um ein neues Gebiet wie die rekonstruktive Transplantation zu etablieren, konnte er sich keinen bessern Platz vorstellen. Prof. Margreiter hat dann auch noch meine Bedenken, ein unbefristetes Dienstverhältnis in Innsbruck aufzugeben, ausgeräumt, indem er ganz pragmatisch, aber wie immer sehr weise meinte: „Wenn man erfolgreich sein und etwas erreichen will, dann muss man sich trauen, das Sicherheitsnetz wegzulassen. Wer gute Arbeit leistet, der braucht keinen unkündbaren Vertrag, und wenn man keine gute Arbeit leistet, dann wird einen dieser auch nicht glücklich machen!“ Und damit habe ich den Entschluss gefasst, das Angebot von Johns Hopkins anzunehmen, und bin mit meiner Frau Barbara von Pittsburgh nach Baltimore übersiedelt und habe dort am 1. November 2010 als Associate Professor of Surgery und Scientific Director des rekonstruktiven Transplantationsprogramms meinen Dienst an der Johns Hopkins University School of Medicine begonnen.

So wurden aus einem Jahr Auslandsaufenthalt 15 wunderbare Jahre und es ist uns die USA und Baltimore zur zweiten Heimat geworden. Beruflich war es eine extrem erfüllende, sehr erfolgreiche und produktive Zeit und es gab keinen einzigen Tag, an dem ich nicht gestaunt habe über die außergewöhnliche Exzellenz, die Motivation, die Begeisterung



Johns Hopkins Labor MA

und die Innovationen, die in Johns Hopkins gelebt werden, oder dass ich jemals an meiner Entscheidung gezweifelt hätte.

Rückblickend betrachtet hätte es keinen besseren Platz als Innsbruck für mein Medizinstudium und für meine chirurgische Ausbildung geben können. Ich war zur richtigen Zeit am richtigen Ort und im richtigen Team!

Ich bin unsagbar dankbar für die Ausbildung, die ich erfahren durfte, und für das Mentorship und das Vorbild eines der Pioniere und der ganz Großen in der Transplantation, Prof. Raimund Margreiter, der für mich und meinen beruflichen Werdegang absolut prägend und wegweisend war.

Jetzt nach meiner Rückkehr nach Innsbruck, doch auch während meiner gesamten Zeit in den USA, war Prof. Margreiter immer verfügbar und bereit, um nach wie vor mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Immer wieder haben wir uns bei meinen Heimaturlaube zu einem

Treffen und gemeinsamen Abendessen beim Gasthof Hirschen in Leithen verabredet, bei dem ich meine Erfahrungen mit Prof. Margreiter teilen konnte und sein Feedback und seine Meinung einholen durfte, die mir in so vielen Situationen und bei allen wichtigen Entscheidungen in meiner beruflichen Laufbahn so sehr geholfen haben.

Ein solches Mentoring ist meiner Meinung nach die absolute Voraussetzung und eine der wesentlichsten Komponenten, um in der akademischen Medizin erfolgreich sein zu können.

Dafür bin ich Prof. Margreiter für immer dankbar und verbunden!

Die größte Auszeichnung war für mich allerdings, als mir – nachdem ich bereits einige Jahre in den USA war – Prof. Margreiter bei einem unserer gemeinsamen Abendessen das Du angeboten hat. Es war dies ein ganz besonderer und überaus bedeutender Moment für mich, da mir Raimund Margreiter damit das

Gefühl vermittelt hat, dass ich nach all den Jahren der Ausbildung, des Lernens und des gemeinsamen Arbeitens vom Schüler zum Kollegen und Freund werden durfte und damit wirklich in der Transplantation angekommen bin!

Mit der Rückkehr und Berufung im Jahr 2023 an die Medizinische Universität Innsbruck als Professor für Translational und Experimentelle Transplantationschirurgie und als Co-Direktor der Abteilung für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie hat sich der Kreis meiner beruflichen Laufbahn geschlossen.

Ich sehe es als ein großes Privileg an, nun gemeinsam mit meinem Freund und Kollegen Stefan Schneeberger die chirurgische Abteilung, in der wir beide einst als Medizinstudenten begonnen haben, zu leiten und damit die Möglichkeit zu haben, die Transplantationschirurgie im Sinne unseres Mentors Prof. Margreiter fortzuführen und weiter auszubauen und somit langfristig die Position Innsbrucks im internationalen Spitzenfeld der Transplantationsmedizin zu sichern.



Antrittssymposium 04.10.2023

25

PRIM. ASSOZ. PROF. PRIV. DOZ. DR.
ALEXANDER PERATHONER

R. Margreiter

Alexander Perathoner ist am 4.9.1978 in Bozen zur Welt gekommen und hat sich entschlossen, sein Medizinstudium in Innsbruck zu absolvieren. Er hat 1997 damit begonnen und im Frühjahr 2004 promoviert. Nachdem der Entschluss gefasst war, Chirurg zu werden, fiel seine Wahl auf die Innsbrucker Klinik als Ausbildungsstätte. Nach einer kurzen Pause hat er noch im August 2004 mit der Ausbildung begonnen.

Das Facharzt Diplom mit dem Additivfach Viszeralchirurgie wurde ihm Anfang 2011 überreicht.

Wie an der Abteilung seit meiner Leitung üblich, hat Dr. Perathoner auch Forschung betrieben und sich vorwiegend mit klinischen Problemen wie Magen-chirurgie, kolorektaler Chirurgie sowie der Peritonitis-Therapie auseinandergesetzt. Seine Forschung fand ihren Niederschlag in 61 Publikationen und der



Franz-Tappeiner-Krankenhaus Meran



Franz-Tappeiner-Krankenhaus Meran



Am Krankenhauseingang

Habilitationsschrift mit dem Titel „Ergebnisse und funktionelle Aspekte der metabolischen Magen Chirurgie“.

Die Habilitation erfolgte am 6. März 2014.

Seit Beginn dieses Jahres leitet er die Abteilung für Chirurgie am Krankenhaus Meran.

Dort stehen ihm 30 Betten zur Verfügung und 15 Ärzte gehen ihm zur Hand.



Bei der Visite

WIEDER DAHEIM

Alexander Perathoner

Am 2.1.2024 habe ich als neuer Direktor (Primar) die Leitung der Abteilung für Chirurgie im Krankenhaus Meran im Südtiroler Sanitätsbetrieb übernommen. Zuvor habe ich 20 Jahre an der Medizinischen Universität Innsbruck an der Universitätsklinik für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie gearbeitet, zunächst als Assistenzarzt bei Prof. Dr. Raimund Margreiter, zuletzt als stellvertretender Direktor unter Prof. Dr. Stefan Schneeberger. Angefangen hat meine medizinische Laufbahn 1997: Als gebürtiger Bozner habe ich mich wie viele Südtiroler für ein Studium an unserer Landesuniversität in Innsbruck entschieden. Aus Bewunderung für meinen Vater, Dr. Hugo Perathoner, Frauenarzt in Bozen, ausgebildet an der berühmten Innsbrucker Frauenklinik, war für mich von Anfang an klar, dass ich Humanmedizin studieren würde. Bereits früh im Studium hatte ich von den Meisterleistungen und der herausragenden Qualität der Universitätsklinik für Chirurgie erfahren, insbesondere von dem berühmten Chirurgie Pionier Prof. Raimund Margreiter, aber auch von seinem Stellvertreter Prof. Alfred Königsrainer, der als gebürtiger Südtiroler naturgemäß einen enormen Bekanntheitsgrad in Südtirol erlangt hatte. Bei Prof. Königsrainer durfte ich gegen Ende des Studiums meine Dissertationsarbeit schreiben, dabei kam ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Tiroler Krebsforschungsinstitut im Forschungslabor von Prof. Margreiter und Dr. Amberger erstmals in Kontakt mit der exzellenten wissenschaftlichen Struktur, die Prof. Margreiter in Innsbruck aufgebaut hatte. Besonders unterhaltsam habe ich die Zeit im Labor während meines Studiums in Erinnerung, wurden doch viele Geschichten und Anekdoten von allen möglichen

Leuten über Prof. Margreiter erzählt. Aus wissenschaftlicher Sicht wurde ich dabei immer davor gewarnt, unvorbereitet oder mit lückenhafter Kenntnis aufzutreten, da Prof. Margreiter die Eigenschaft hatte, auch kleine Fehler wie eine Nadel im Heuhaufen zu finden. Und im Zweifelsfall sollte man auch auf keinen Fall konfabulieren, weil er solche Schwächen oder Halbwahrheiten fast intuitiv erkennen und entlarven konnte. Vorgelegte Manuskripte wurden dementsprechend nicht nur inhaltlich sehr genau überprüft, sondern auch geradezu pedantisch grammatikalisch und orthographisch korrigiert, egal ob deutsch oder englisch. Zweifel an seinen Korrekturen weckten seinen Kampfgeist, denn er wollte selbst bei Kleinigkeiten nicht gerne verlieren. Am Ende hatte Prof. Margreiter fast immer recht, auch weil er mit Wörterbüchern bewaffnet seine Korrekturen detailliert absicherte. Im Frühjahr 2004 wurde dann gerade rechtzeitig mit dem Ende meines Studiums eine Ausbildungsstelle an der Universitätsklinik für Chirurgie ausgeschrieben, auf die ich mich auf Anweisung des Chirurgie-Chefsekretariates bewerben sollte. Zu dieser Zeit gab es locker zwanzig Bewerber für jede Ausbildungsstelle an der Chirurgie und die Stellen wurden im Grunde schon vorher intern vergeben, weil die hauseigene Kaderschmiede durch die wissenschaftlichen Labore und die Dissertationen so gut funktionierte, dass externe Kandidaten keine Chancen hatten. Dazu passte auch, dass ich zu meinem großen Erstaunen zu keinem Bewerbungsgespräch eingeladen wurde, vielmehr erhielt ich ein freundliches, aber kurzes E-Mail der Verwaltung, dass ich am 2. August 2004 für meinen ersten Arbeitstag an der Universitätsklinik für Chirurgie erscheinen sollte. Da ich es aber trotzdem

für höflich und notwendig erachtete, mich vorher noch einmal persönlich vorzustellen, ging ich zu Prof. Margreiter. „Mein Name ist Alexander Perathoner, ich fange am Montag bei Ihnen als neuer Assistenzarzt an“, sagte ich. Er schaute mich am Schreibtisch sitzend in Arbeit vertieft kurz verdutzt an und antwortete dann prompt: „Das weiß ich bereits. Ich hab Sie ja eingestellt“, und das Gespräch war wieder zu Ende. Damit bestätigte sich mir sehr früh das mir bereits zu Ohren gekommene Gerücht, dass Prof. Margreiter sich nicht lange mit Unnötigem oder Nebensächlichem aufhielt und gewohnt war, sein enormes Arbeitspensum schnell und effizient zu bewältigen. Die Ausbildung an der Universitätsklinik für Chirurgie bei Prof. Margreiter war sehr umfangreich und streng, es waren sehr viele Dienste zu absolvieren und das Arbeitszeitgesetz war mir lange Zeit völlig unbekannt. Es war normal, nach einem Nachtdienst einfach weiterzuarbeiten, aber es war auch möglich, nach einem Nachtdienst noch zu operieren, sodass der OP-Katalog rasch zunahm und man viele wertvolle Erfahrungen sammeln konnte. Die Arbeit war gekennzeichnet durch große Disziplin, Ehrgeiz und Präzision, vorgelebt von Prof. Margreiter selbst, der praktisch omnipräsent war und meistens der Erste in der Früh und der Letzte am Abend war. Besonders an den Morgenbesprechungen und den Nachmittagsbesprechungen konnte man Prof. Margreiters Sorgfalt gut erkennen: Operationsindikationen wurden selbst bei banalen Eingriffen exakt hinterfragt und auch auf die Verwendung korrekter Begriffe wurde allergrößter Wert gelegt. Man erzählte sich sogar, dass Prof. Margreiter bei sehr seltenen Pathologien in der Früh rasch die entsprechende Literatur studierte, um dann bei der Morgenbe-

sprechung wie selbstverständlich bis ins kleinste Detail darüber zu referieren, als ob es sich um gewöhnliches Allgemeinwissen handelte. Wie üblich bei neuen Assistenten wurde ich bereits im zweiten Semester in das sogenannte „Chefteam“ eingeteilt: Man war dann mit einem Oberarzt für die Sonderklassestation 11-Nord, für die Intensivstationen und für die chirurgische Observationseinheit zuständig und hatte die ehrenvolle Aufgabe, mit Prof. Margreiter täglich die morgendliche Visitenrunde auf den eben erwähnten Stationen zu absolvieren. Schnell musste man dabei lernen, Patienten korrekt und präzise vorzustellen, denn der Oberarzt hielt sich meistens vornehm zurück und Prof. Margreiter fragte immer sehr genau nach. Unangenehm konnte es manchmal werden, wenn sich Prof. Margreiter auf dem Weg zu den verschiedenen Stationen plötzlich umdrehte und eine Frage stellte, meistens aus dem Bereich der Medizin (z. B. „Wissen Sie, wer der Nicoladoni war?“), manchmal aber auch aus dem Bereich Allgemeinwissen, vorzugsweise in Zusammenhang mit Alpinismus oder Geographie (z. B. „Wissen Sie, wo der Reinhold Messner wohnt?“). Man war dann – schüchtern und noch versunken in die Patientenliste – meistens so überrumpelt, dass man zu langsam für eine Antwort war und Prof. Margreiter die Frage kopfschüttelnd selbst beantwortete. Keine Antwort war auf jeden Fall besser als eine völlig falsche Antwort. Wusste man ausnahmsweise mal die korrekte Antwort, wurde das mit einem fast erstaunten Grinsen und einem kleinen Lob („Riiiiichtig!“) quittiert. Umso mehr freute man sich, wenn man die Intensivstationen erreicht hatte und Prof. Margreiter die Intensivmediziner mit seinem Wissen belehrte oder mit seinen Kommentaren verwirrte, nicht selten am Ende der Intensivvisite beglei-

tet von einem desillusionierten halblauten „Die verstehen überhaupt nichts ...“. Besonders gefürchtet waren die Visiten von Prof. Margreiter auf Station, täglich auf seiner allgemeinchirurgischen Station 9-Süd und der transplantationschirurgischen Station 3-Süd, wöchentlich auf allen chirurgischen Stationen (Chefvisite). Wenn er plötzlich am Stationseingang auftauchte, gab es kein Entrinnen und man musste hoffen, dass man seinen detaillierten und exakten Fragen halbwegs standhalten konnte, Laborwerte wurden beispielsweise gerne inklusive der ersten Kommastelle abgefragt. Manchmal konnte man sein Herannahen bereits von weitem hören, da er gerne mit dem Schlüsselbund in der Hand spielte, dessen Schlüssel klingende Geräusche wie bei einer Klapperschlange erzeugten. Die dabei entstehende Frequenz haben wir immer als Stimmungsbarometer interpretiert: Eine hohe Frequenz bedeutete eindeutig Aufregung, Anspannung oder sogar Ärger. Nicht wenige Oberärzte sind dann noch gerne in ein Patientenzimmer verschwunden und haben die Assistenten ihrem Schicksal überlassen. Im Grunde war es aber gar nicht schwer, bei Prof. Margreiter als Assistent gut über die Runden zu kommen: Sein Tun war extrem klar strukturiert und er setzte Fleiß und Leistungsbereitschaft als selbstverständlich voraus, nicht um seiner selbst willen, sondern für die Patienten, die Qualität der Chirurgie und die Mitarbeiter. „Jeder kleinste Fehler rächt sich!“ pflegte er gebetsmühlenartig zu sagen. Im Operationssaal war die Situation etwas pikanter: Prof. Margreiter war ja bekanntermaßen sehr pedantisch und perfektionistisch veranlagt, sodass man als weniger erfahrener Assistent trotz aller Bemühungen manchmal mehr störte als half. So schwierig das dann manchmal

auch war, so beeindruckend war es auch, assistieren zu dürfen. Man musste sich halt an ein paar Spielregeln halten, um nicht in Ungnade zu fallen: Mit dem Tupfer nicht wischen, sondern tupfen („Wissen Sie, warum der Tupfer Tupfer heißt? Weil man damit tupfen, nicht wischen muss!!!“), den Sauger richtig führen („Hiiiiin und weckkk!“) und die OP-Leuchte korrekt einstellen („Liiiiiicht!!! Ich seh nichts!!!“). Wichtig war bei Prof. Margreiter von Anfang an eine enge Verknüpfung von Klinik und Wissenschaft als Voraussetzung für eine fortschrittliche und selbstkritische Chirurgie, sodass indirekt ein enormer Ehrgeiz bei den Mitarbeitern entstand, bis tief in die Nacht hinein (sogenannte „Mondscheinforschung“) und an den Wochenenden wissenschaftlich zu arbeiten. Nicht umsonst generiert die Universitätsklinik für Chirurgie bis heute eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Publikationen und Habilitationen. Als Primar der Abteilung für Chirurgie in Meran ist mein erstes Mitarbeitergespräch bei Prof. Margreiter eines meiner persönlichen Highlights: Vor dem ersten Mitarbeitergespräch wurde ich von meinen Kollegen genau instruiert, was man sagen muss, um zu bestehen, nämlich dass man einmal selbst Chef einer Abteilung für Chirurgie werden will, unabhängig davon, ob das stimmte oder nicht, denn für Prof. Margreiter war es selbstverständlich, dass man mindestens so viel Ehrgeiz haben musste, eine leitende Funktion anzustreben. In der Tat kam am Ende des Gesprächs die angekündigte Frage „Was wollen Sie denn einmal werden?“. Also sagte ich möglichst überzeugend und konkret „Primar in Südtirol!“. Prof. Margreiter überlegte kurz und fragte dann ganz selbstverständlich, als ob sich mein Schicksal in diesem Moment bereits entscheiden würde: „Wo? In Bozen oder Meran???“

26

ZU GUTER LETZT EIN PAAR
WORTE DES DANKES

ZU GUTER LETZT EIN PAAR WORTE DES DANKES

R. Margreiter

Zu Beginn unserer Österreich-Rundfahrt war ich mir sicher, dass es seit meinem Ausscheiden im Jahr 2009 zu einer Verbesserung der chirurgischen Technik und damit der Ergebnisse gekommen war. Was jedoch durch den vermehrten Einsatz von Robotern zusammen mit anderen chirurgisch-technischen Maßnahmen besonders bei malignen Erkrankungen erreicht worden ist, hat mich wirklich überrascht.

Ehemalige Mitarbeiter haben mir Fotos von einem Treffen am Wörthersee und vom Österreichischen Chirurgenkongress geschickt, die das gute Einvernehmen untereinander belegen. Es ist mir ein Be-

dürfnis, all jenen, die mich in meinen Bemühungen unterstützt und jetzt so überaus freundlich aufgenommen haben, herzlichst zu danken und ihnen für die Zukunft weiterhin viel Erfolg zu wünschen. Auf keinen Fall möchte ich vergessen, auch denen zu danken, die mich unterstützt haben, aber aus verschiedenen Gründen keine leitende Funktion angestrebt haben. Zudem fühle ich mich Professor Öfner-Velano für seine Mitarbeit bei der Gestaltung dieses Buches verpflichtet.

Last, but not least möchte ich meiner Frau Katharina danken, hat sie doch meine groben Schwächen im digitalen Bereich mit Leichtigkeit wettgemacht.

Meeting Klagenfurt-Pörtschach



ÖCK 2023 Salzburg



ÖCK 2024 Salzburg



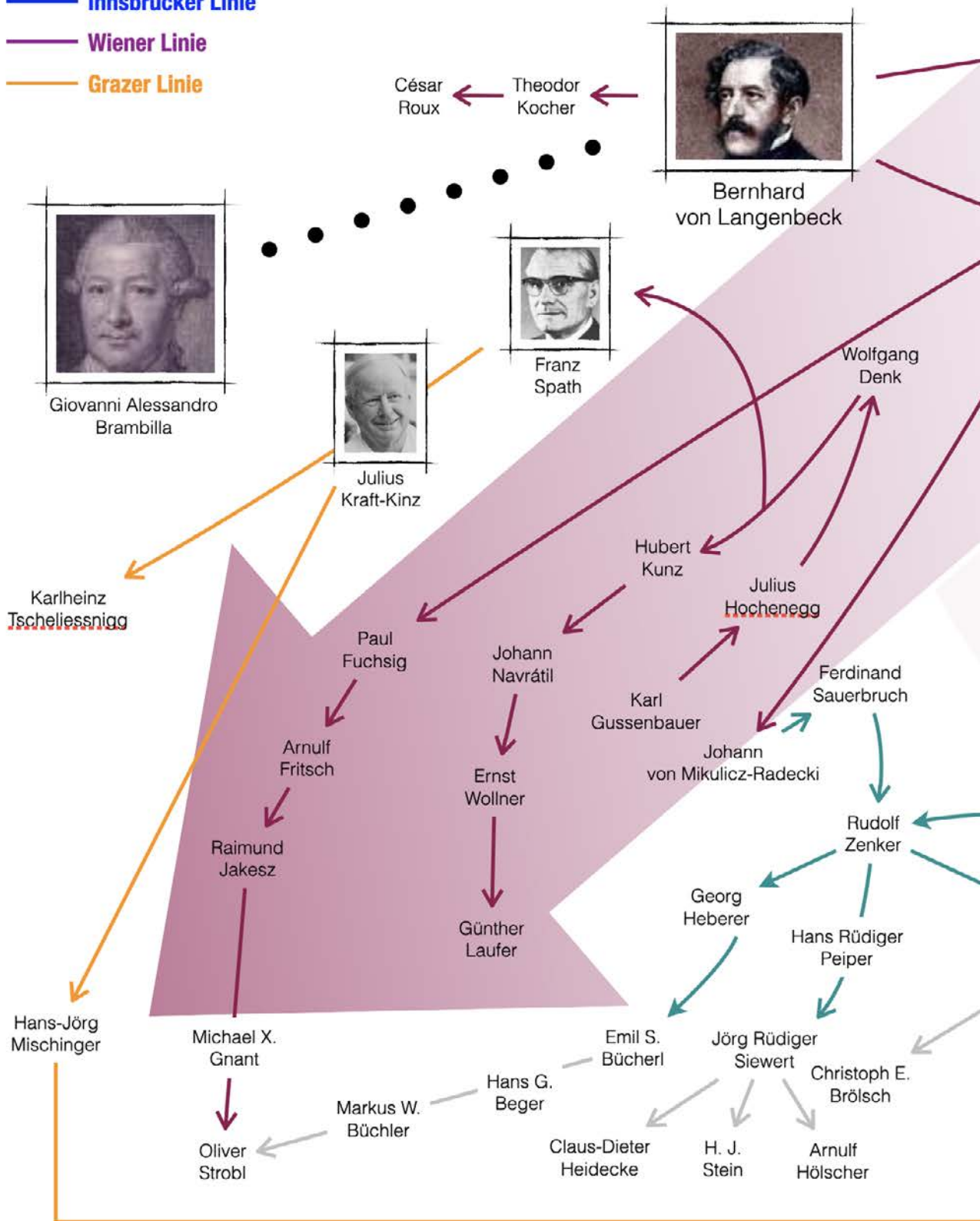
*Der Begründer mit seinem jetzigen
Nachfolger Stefan Schneeberger im
OP-Trakt der Chirurgischen Klinik
in Innsbruck am 24. Oktober 2024*

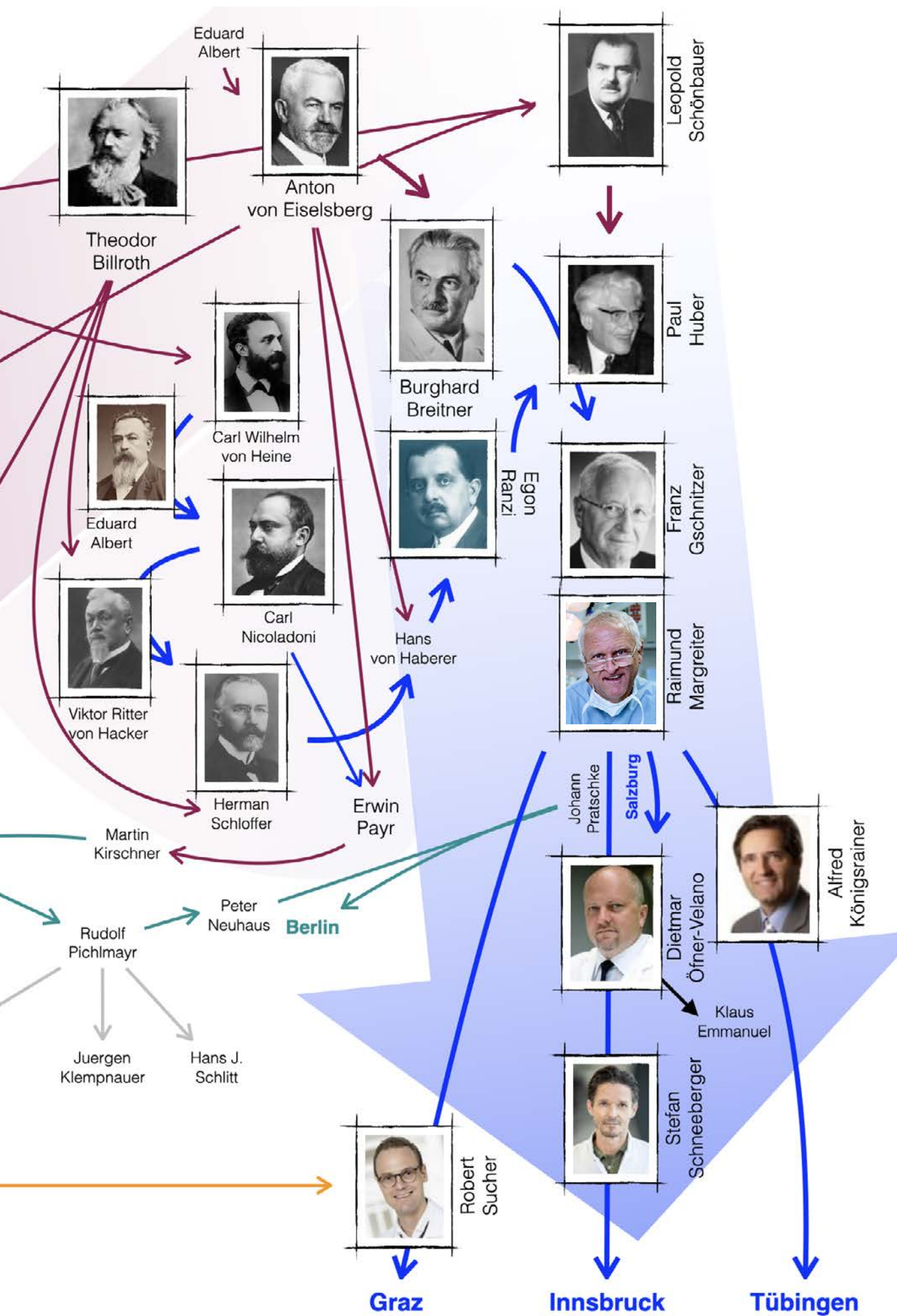
Chirurgische Schule Innsbruck

— Innsbrucker Linie

— Wiener Linie

— Grazer Linie





DIE CHIRURGENSCHULE INNENBRUCK



Wurde einer meiner Schüler mit der Leitung einer Abteilung betraut, blieb ich stets an dessen beruflichen Aktivitäten interessiert. So hatte ich mit meiner Frau eine Österreich-Rundfahrt geplant, in deren Rahmen wir fünf der größten Chirurgie-Abteilungen Österreichs und drei ganz besondere Patienten besuchen wollten. Nach pandemiebedingter Verzögerung erlebten wir sieben höchst eindrucksvolle Tage. Mir wurde nun bewusst, dass es wohl keine andere chirurgische Klinik in Österreich gibt, die sechs Ordinariate, über zehn Landeskrankenhäuser sowie eine Reihe von Bezirkskrankenhausesabteilungen mit leitenden Chirurgen besetzt hat. Anlässlich der Berufung von Stefan Schneeberger sprach die „Tiroler Tageszeitung“ erstmals von der „Margreiter Schule“ und hat so zu diesem Buch geführt. Was über ein Jahrhundert vorwiegend von Wien aus geschehen ist, nimmt jetzt in Innsbruck seinen Ursprung.

“

**Tempora mutantur,
nos et mutamur
in illis.**

R. Margreiter