● Zur Person

Beruf: Facharzt für Chirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie. Funktion: Primarius im Ruhestand. Tätig bei: Chirurgische Abteilung am Krankenhaus der Elisabethinen Linz., Geboren - Datum, Ort: 5. Dezember 1933, Fürstenfeld. Familienstand: Verheiratet mit Ingeborg. Kinder: Kristine Tornquist, Dipl.-Ing. Stefan und Prof. Dr. Georg. Eltern: Prim. Dr. Lothar und Irma. Schöpferische Akte: Mehr als 130 wissenschaftliche Veröffentlichungen zu den Themen Abdominal-, Gefäß und Transplantations-Chirurgie sowie Medizinrecht. Ehrungen: Austrotransplant-Preis 1972, Außerordentlicher Universitätsprofessor der Universität Wien (1978), als zweiter Österreicher Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. Hobbies: Literatur, Musik, Natur, Bergwandern, Tennis, Schwimmen. Sonstige geschäftliche Tätigkeiten: Ehemals Lehrtätigkeiten an der Universität Wien, Generalsekretär und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, Obmann der Oberösterreichischen Chirurgen in der Ärztekammer, ehemals Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Medizinrecht.

● Karriere

Welche waren die wesentlichsten Stationen Ihrer Karriere? Ich wuchs in einer Arztfamilie auf und war schon immer naturwissenschaftlich interessiert. So studierte ich Medizin in Graz und Wien und legte fast alle Prüfungen mit Auszeichnung ab. Ab 1959 arbeitete ich eineinhalb Jahre lang am Pathologisch-Bakteriologischen Institut in Karlsruhe. 1961 kam ich an das Pharmakologische Institut der Universität Wien, und ein Jahr später trat ich in die 1. Chirurgische Abteilung der Universitätsklinik in Wien unter Prof. Dr. Paul Fuchsig ein. Dort war ich - mit mehreren Unterbrechungen im Zuge von Studienaufent-

halten in Köln, London, Cambridge, Bristol und Liverpool - elf Jahre lang tätig. 1967 begann ich mit Lebertransplantationsversuchen. Einer Einladung von Prof. Dr. Thomas E. Starzl folgend verbrachte ich ein Jahr an dessen Transplantationsklinik in Denver (USA). Meine operative Technik wurde in diesem Jahr wesentlich beeinflußt. Zurück in Wien half ich am raschen Fortschritt der Nierentransplantation mit und bereitete die klinische Lebertransplantation in Wien vor, die 1972 erstmals realisiert werden konnte. Im gleichen Jahr erfolgte meine Habilitation an der Universität Wien. 1973 übernahm ich das Primariat an der Chirurgischen Abteilung am neu erbauten Krankenhaus Amstetten. Für die fortgesetzte wissenschaftliche Tätigkeit wurde mir 1978 der Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors verliehen. 1979 wechselte ich an das Allgemein öffentliche Krankenhaus der Elisabethinen in Linz, um dort die Leitung der Chirurgischen Abteilung mit den Schwerpunkten Nierentransplantationen und Gefäßchirurgie zu übernehmen. 1983 erlangte ich den Zusatzfacharzt für Gefäßchirurgie (Blutgefäße) und 1996 den Zusatzfacharzt für Thoraxchirurgie (Lungenwege). Aus der von mir geführten Chirurgischen Abteilung sind inzwischen acht Chirurgische Primariate hervorgegangen. Seit 1991 war ich zudem Ärztlicher Leiter dieses Krankenhauses. 2003 trat ich im Alter von 70 Jahren in den Ruhestand.

● Zum Erfolg

Was bedeutet für Sie persönlich Erfolg? Es ist das Ziel eines jeden Arztes oder Chirurgen, möglichst viele Menschen heilen zu können. „Practice makes perfect" stimmt nur zum Teil, denn die Küche eines Restaurants wird ja auch nicht deswegen besser, weil viele Leute dorthin essen gehen, sondern eher umgekehrt. Man muß schon selbst den Erfolg wollen. **Sehen Sie sich als erfolgreich?** Ja, ich denke, ich habe auf dem Gebiet der Chirurgie viel erreicht. **Was war ausschlaggebend für Ihren Erfolg?** Unabhängig von meinem Können hatten die Patienten Vertrauen in mich. Ein guter Arzt soll eine Ausstrahlung haben, die Vertrauen erzeugt. **Ab wann empfanden Sie sich als erfolgreich?** Ich war nie zufrieden mit meinen Leistungen, ich strebte immer weiter. **In welcher Situation haben Sie erfolgreich entschieden?** Eine schwere Entscheidung war, ob ich im Fach Chirurgie bleiben sollte. In Denver hatte ich Erfolge in der Erforschung der Blutgerinnung und hätte dort in diesem Bereich weiterarbeiten können. **Ist Originalität oder Imitation besser, um erfolgreich zu sein?** Originalität ist auf jeden Fall besser. Man soll immer einen neuen Weg gehen. **Gibt es jemanden, der Ihren beruflichen Lebensweg besonders geprägt hat?** Ein wesentlicher Mentor war Prof. Fuchsig. Er war ein guter Organisator und sehr anspruchsvoll. Von zehn Ärzten, die an seine Klinik gekommen sind, sind immer nur etwa zwei geblieben. Es gab dort auch viele Oberärzte,

sind immer nur etwa zwei geblieben. Es gab dort auch viele Oberärzte, von denen ich viel lernen konnte. Aber auch in Denver habe ich bei Prof. Thomas E. Starzl viel gelernt. **Welches Problem scheint Ihnen in Ihrer Branche als ungelöst?** Es wird immer öfter notwendig, Organe zu transplantieren, man kann nicht lange zuwarten, und es gibt zu wenig Spender. In der Chirurgie muß man mehr arbeiten als in anderen Disziplinen, man hat weniger Zeit für die Familie, man verdient sein Geld schwerer, und man hat größere Chancen, Fehler zu machen und dafür belangt zu werden. **Wie motivierten Sie Ihre Mitarbeiter?** Mitarbeiter brauchen Vorbilder und Orientierungshilfen, denen sie nacheifern können. **Welchen Rat möchten Sie an die nächste Generation weitergeben?** Begeisterung ist das Wichtigste. Wenn man von einer Sache überzeugt ist, soll man sie anpacken und machen. Wir brauchen sehr viele gute Ärzte, dafür wird immer Bedarf sein. Für einen guten Arzt wird es immer einen Weg geben. **Ihr Lebensmotto?** Ein guter Chirurg ist von Anfang an gut.

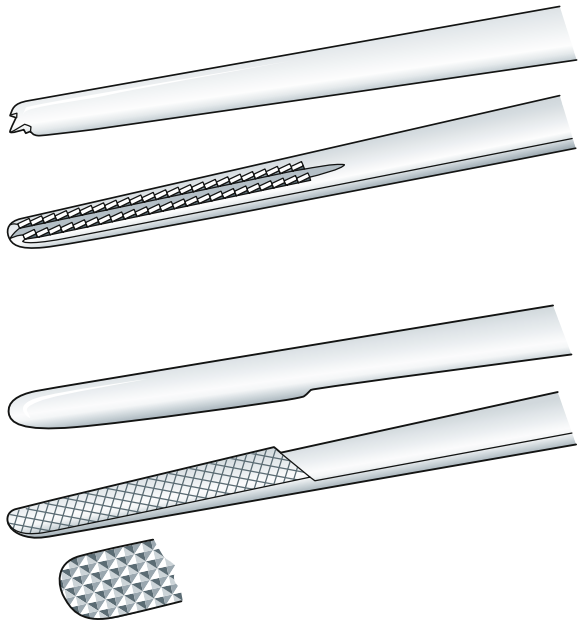

Abb. 2.3 Schonende Branchentypen der Gefäßpinzetten

fassende Griff eines Gefäßes einen mehr oder weniger großen Intimaschaden hinterlässt (Hagmüller et al. 1996).

DeBakey-Pinzette Bewährt haben sich für die allgemeine Präparation von Gefäßen DeBakey-Pinzetten. Zur Anastomosierung kleinerer Gefäße eignen sich die feineren Pinzettentypen nach Cushing, besonders beliebt in Titanausführung. Instrumente mit querer Riffelung oder chirurgische Pinzetten mit herausgearbeitetem Fassdorn sind in der Gefäßchirurgie obsolet.

2.1.3 Scheren

Metzenbaumschere Für die gewöhnliche Präparation anatomischer Strukturen eignet sich eine Metzenbaumschere mit abgestumpfter, leicht gebogener Branchenspitze (Abb. 2.4). Gerade spitze Scheren finden keine Anwendung. Für ein sicheres Präparieren ist eine genügende Instrumentenlänge Voraussetzung.

Schere nach Lexer Bei Vernarbungen (Voroperationen, Vorbestrahlung) erweist sich die kräftigere Schere nach Lexer als günstiger.

Winkelschere nach Pott Verschieden gebogene Winkelscheren nach Pott erleichtern vor allem die Feingestaltung der Arterio-/Venotomien. Auch für Gefäßwandexzisionen und Plaquebegradigungen sind sie nützlich.

Schere nach Satinsky Bei besonderen Anforderungen in tiefem Operationsgebiet kann eine gebogene Schere nach Satinsky erforderlich sein. Ein Beispiel ist das Absetzen der linken A. subclavia zur Transposition.

Venenklappenschere nach Böhmig Eine besondere Funktion in der Bypasschirurgie hat die Venenklappenschere (Böhmig et al. 1984). Sie ist insbesondere zur Ex-situ-Zerstörung der Venenklappen bei orthogradem V.-saphena-magna-Bypass konstruiert

Abb. 2.4 Scherentypen in der Gefäßchirurgie. *1* Pott, *2* Metzenbaum, *3* Lexer, *4* Satinsky

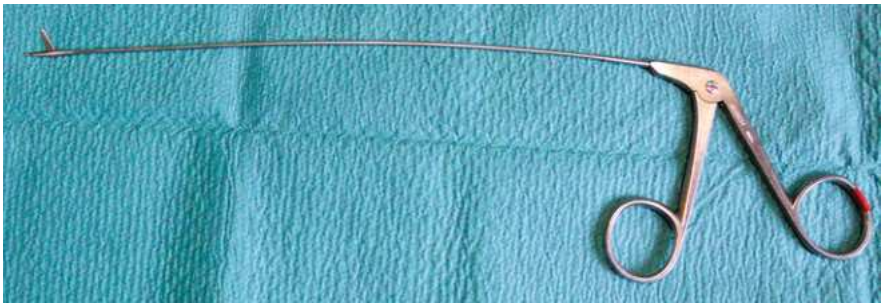

Abb. 2.5 Klappenschere nach Böhmig

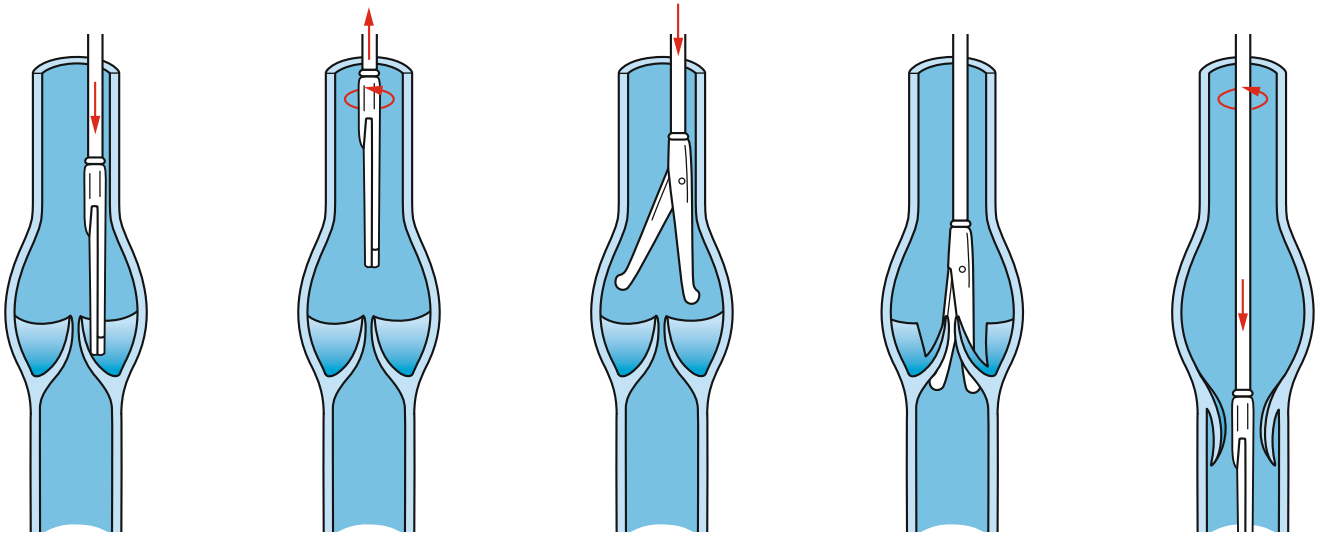

Abb. 2.6 Venenklappendestruktion mit der Klappenschere

worden (Abb. 2.5, Abb. 2.6). Hinsichtlich ihrer Effektivität unterliegt sie allerdings modernen Valvulotomen.

2.1.4 Gewebespreizer/-haken

Wundspreizer

Zur Exposition des vaskulären Rekonstruktionsgebietes muss die Wunde in der Regel aufgedehnt werden. Hierfür eignen sich verschiedene Instrumente (Abb. 2.7).

Bedeutsam ist auch hier ein moderates atraumatisches Vorgehen. Dem entsprechen am besten stumpfe Mehrzinker. Um Wundheilungsstörungen zu verhindern, dürfen die Randgewebe nicht überdehnt werden. Bei Gefahr sind die Hautschnitte zu verlängern. Als günstig hat sich die Mitnahme straffer tieferer Strukturen (z. B. Sehnen) erwiesen.

Van-Dongen-Sperrer Für die infragenuale Exposition des III. Segments der A. poplitea wurde der sogenannte Van-Dongen-Sperrer mit zwei unterschiedlich tiefen Greifarmen entwickelt.

Wund- und Bauchdeckensperrer Während für kleinere Übersichten der Wundsperrer nach Finsen ausreichend sein kann, existieren für größere Explorationen sogenannte Bauchdeckensperrer (Abb. 2.8). Geeignet sind Mercedes- oder Marburger-Sperrer.

Rippensperrer nach Finochietto Für thorakale Zugänge verwenden wir den Rippensperrer nach Finochietto.

Wundhaken

Es gibt eine Vielzahl von Modellen, die situationsgemäß eingesetzt werden können.

Prinzipiell gilt, dass der Hakenzug (-druck) den Bedürfnissen der Präparation angepasst werden muss: »Der Hakenhalter muss gedanklich mitoperieren.« Für kleinere Wunden eignen sich Instrumente nach von Langenbeck, Kremer oder Roux (Abb. 2.9).

Subklaviahaken nach Zenker Eine besondere Form weist der Subklaviahaken nach Zenker auf. Er eignet sich bei tieferen tunnelartigen Operationsgebieten, z. B. Transposition A. subclavia, hohe Freilegung A. carotis interna.

Haken nach Cushing Eine Sonderfom bildet der »Lidhaken« nach Cushing, der in der Gefäßchirurgie zur Dislokation der linken Nierenvene bei Operationen der Bauchaorta (BAA) oder von Nierenarterien geläufig ist.