



NETZWERKMAGAZIN

Für Ihre Gesundheit

**Einblicke in
die Chirurgie**

**Präzision. Fortschritt.
Schnellere Genesung.**





Klinikum
Ludwigshafen

NETZWERKMAGAZIN

Impressum

Herausgeber:

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
Bremerstraße 79
67063 Ludwigshafen am Rhein
Internet www.klilu-gesundheitscampus.de
E-Mail gesundheitscampus@klilu.de

Netzwerkmagazin des KliLu-Gesundheitscampus

Redaktion: **Benny Neukamm & Celine Schmitt**
Gestaltung & Layout: **Niko Wingerter, Stabsstelle Kommunikation**
Software: **Canva**
Schlussredaktion: **Stabsstelle Kommunikation**

Anschrift der Redaktion:

KliLu-Gesundheitscampus
Benny Neukamm
Bremerstraße 79, Haus O
67063 Ludwigshafen am Rhein

INHALT

Editorial	04
Grußworte	05
Beiträge	
Ist die Chirurgie ein Auslaufmodell? - Warum Operationen trotz Hightech-Medizin unverzichtbar bleiben	06
Leistenbruch (Leistenhernie) – verständlich erklärt	08
Zugangswege in der Bauchchirurgie: Wann offen, wann laparoskopisch, wann robotisch?	10
Chirurgische Therapie im Brustkorb: Aufgaben und Verfahren der Thoraxchirurgie	12
Robotisch assistierte Leberchirurgie: Präzision für mehr Sicherheit und eine schnellere Erholung	13
Postoperative Schmerztherapie am Klinikum Ludwigshafen	14
Schneller wieder „auf den Beinen“: Fast Track unterstützt die Genesung nach einer Operation	15
Kolumne	16
Veranstaltungsankündigungen	17
Rückblick	18
Anzeigen	19
Unsere Netzwerkpartner*innen	20



EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Partnerinnen und Partner,

kaum ein medizinisches Fachgebiet hat sich in den vergangenen Jahrzehnten so rasant weiterentwickelt wie die Chirurgie. Moderne Bildgebung, robotisch assistierte Operationssysteme, minimalinvasive Verfahren und intelligente Behandlungskonzepte ermöglichen heute Eingriffe, die noch vor wenigen Jahren kaum vorstellbar gewesen wären. Gleichzeitig bleibt eines unverändert: Im Mittelpunkt steht immer der Mensch.

Mit dieser Ausgabe unseres Netzwerkmagazins möchten wir Ihnen einen Einblick in die Vielfalt der modernen Chirurgie geben. Sie erfahren, warum operative Medizin auch im Zeitalter von Künstlicher Intelligenz und innovativen Medikamenten unverzichtbar bleibt, welche Zugangswege heute zur Verfügung stehen und wie moderne Konzepte dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten schneller genesen und rascher in ihren Alltag zurückkehren können.

Chirurgie ist heute Teamarbeit. Der Behandlungserfolg entsteht durch das enge Zusammenspiel zahlreicher Berufsgruppen: von der Diagnostik über den Operationssaal bis hin zur Pflege, Therapie und Nachsorge. Gerade diese interdisziplinäre Zusammenarbeit macht moderne Medizin so leistungsfähig und eröffnet Patientinnen und Patienten neue Möglichkeiten einer sicheren und individuellen Versorgung.

Als KliLu-Gesundheitscampus verstehen wir uns als Plattform für Wissen, Austausch und Gesundheitsbildung. Mit verständlich aufbereiteten Informationen möchten wir medizinische Themen greifbar machen, Gesundheitskompetenz stärken und aktuelle Entwicklungen aus unserem Klinikum vorstellen.

Unser herzlicher Dank gilt allen Autor*innen sowie unseren Netzwerkpartner*innen, die mit ihrem Fachwissen und ihrem Engagement zum Gelingen dieser Ausgabe beigetragen haben.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen und viele interessante Einblicke in die Welt der modernen Chirurgie.

Ihr Redaktionsteam des
KliLu-Gesundheitscampus Netzwerkmagazins



Benny Neukamm M.A.
Pflege- und Berufspädagoge
Schulmanagement

Projektleiter des KliLu-
Gesundheitscampus

Gesamtschulleiter der Schulen für
Gesundheits- und Pflegeberufe am
Klinikum der Stadt Ludwigshafen
gGmbH



Celine Schmitt M.Sc., M.A.

Pflegewissenschaftlerin
Management von
Gesundheitseinrichtungen
Doktorandin der Pflegewissenschaft

Projektleiterin des KliLu-
Gesundheitscampus

Vertreterin des Gesamtschulleiters
der Schulen für Gesundheits- und
Pflegeberufe am
Klinikum der Stadt Ludwigshafen
gGmbH

Sie benötigen Unterstützung zum Thema Gesundheitskompetenz?

Dann folgen Sie gerne unserem **WhatsApp-Kanal**.
Hier erhalten Sie täglich Tipps und Inspirationen, um
sich gesund & fit zu halten. Scannen Sie hierzu den
QR-Code mit Ihrer Smartphone-Kamera ab.



GRUSSWORTE

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Partnerinnen und Partner im Gesundheitscampus-Netzwerk,

Die Chirurgie im Klinikum Ludwigshafen verbindet langjährige Erfahrung mit kontinuierlicher Innovation und entwickelt sich stetig weiter. Neue Technologien, robotisch assistierte Operationsverfahren und minimalinvasive Techniken eröffnen heute Möglichkeiten, die eine noch präzisere Behandlung, geringere Belastungen und schnellere Genesungsprozesse ermöglichen.

Gleichzeitig bleibt der Erfolg einer Operation weit mehr als eine Frage der Technik. Entscheidend sind die Erfahrung der behandelnden Teams, eine sorgfältige Diagnostik sowie die enge Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen. Moderne Chirurgie beginnt lange vor dem Eingriff und endet nicht mit der letzten Naht - sie umfasst die umfassende Begleitung unserer Patientinnen und Patienten vom ersten Gespräch bis zur erfolgreichen Genesung.

Das Klinikum Ludwigshafen verfügt über ein breites chirurgisches Leistungsspektrum und verbindet medizinische Spitzenversorgung mit einer konsequenten Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Menschen. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und den Einsatz innovativer Verfahren schaffen wir die Voraussetzungen für eine sichere, hochwertige und zukunftsorientierte Patientenversorgung.

Mit dieser Ausgabe unseres Netzwerkmagazins möchten wir Ihnen einen kleinen Einblick in die Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie des Klinikums Ludwigshafen geben. Die Beiträge zeigen, wie moderne chirurgische Medizin heute aussieht – von innovativen Operationsverfahren und minimalinvasiven Techniken über die Behandlung häufiger Krankheitsbilder bis hin zur pflegerischen Begleitung und einer modernen Schmerztherapie.

Gemeinsam verdeutlichen sie, dass eine erfolgreiche Behandlung weit über den eigentlichen Eingriff hinausgeht und nur durch das enge Zusammenspiel unterschiedlicher Berufsgruppen gelingt.

Wir wünschen Ihnen eine informative und interessante Lektüre.

Herzlichst
Ihre KliLu-Krankenhausbetriebsleitung

Jan Stanslawski
Dr. med. Eefje Barber
Prof. Dr. med. Markus Müller
Alexandra Gräfin von Rex



Jan Stanslawski
Kaufmännischer Geschäftsführer

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH



Dr. med. Eefje Barber
Medizinische Geschäftsführerin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH



Prof. Dr. med. Markus Müller
Ärztlicher Direktor

Klinikdirektor der Klinik für Urologie

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH



Alexandra Gräfin von Rex
Pflegedirektorin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH



IST DIE CHIRURGIE EIN AUSLAUFMODELL? - WARUM OPERATIONEN TROTZ HIGHTECH-MEDIZIN UNVERZICHTBAR BLEIBEN

Die moderne Medizin wandelt sich rasant. Während früher das Skalpell oft die einzige Lösung war, greifen heute Medikamente gezielt in Zellprozesse ein, und künstliche Intelligenz unterstützt Diagnosen. Angesichts von Robotik und winzigen Kathetern fragen sich viele: Ist die klassische Chirurgie überhaupt noch zeitgemäß? Die Antwort lautet: Ja, mehr denn je. Doch das Fachgebiet erfindet sich gerade völlig neu.

In der Allgemein- und Viszeralchirurgie - also der Chirurgie der Bauchorgane - bleibt die Operation oft der wichtigste Weg zur Heilung. Doch der Weg dorthin ist heute ein anderer: schonender, präziser und vernetzter.

Wenn das Skalpell zum Teamplayer wird

Die klassische Chirurgie verliert an Dominanz, gewinnt aber an Raffinesse. Das liegt vor allem an der engen Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen. Manche Erkrankungen werden heute „interventionell“ behandelt. Dabei entfernen Ärzt*innen Polypen im Darm oder weiten Engstellen per Endoskop auf, ganz ohne Hautschnitt.

Das bedeutet jedoch nicht das Ende der Chirurgie. Vielmehr arbeiten Chirurg*innen heute Hand in Hand mit Gastroenterolog*innen und Radiolog*innen. Die Chirurgie verschwindet nicht, sie wird zum hochspezialisierten Bestandteil moderner Behandlungskonzepte.

Schlüsselloch-Technik und Roboter-Assistenz

Noch vor wenigen Jahren bedeutete eine Bauchoperation oft einen großen Schnitt und lange Genesungszeiten. Heute gehört die minimalinvasive Chirurgie, die sogenannte „Schlüsselloch-Technik“, zum Standard. Über kleinste Schnitte führen Chirurg*innen Kameras und Spezialinstrumente ein. Für den Patienten bzw. die Patientin bedeutet das: weniger Schmerzen, kleinere Narben und eine schnellere Rückkehr in den Alltag. Zunehmend halten Operationsroboter Einzug in die Säle. Wichtig zu wissen: Der Roboter operiert nicht selbstständig. Er fungiert als hochpräzises Werkzeug, das die Handbewegungen des bzw. der Chirurg*in zitterfrei und in extremer Vergrößerung überträgt. Besonders bei komplexen Tumoroperationen an schwer zugänglichen Stellen, etwa im tiefen Becken, bietet diese Technik enorme Vorteile.



Abbildung 1: Roboterunterstütztes Operationssystem da Vinci Xi (Bildquelle: Ben Pakalski)



Prof. Dr. med. Stefan Willis

**Klinikdirektor der Chirurgischen Klinik A
(Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Thoraxchirurgie sowie Chirurgische
Intensivmedizin)**

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Unverzichtbar in der Notfallmedizin

Dennoch gibt es Situationen, in denen nur eine schnelle Operation Leben retten kann. Akute chirurgische Notfälle dulden keinen Aufschub:

Blinddarmentzündung: Auch wenn leichte Fälle teils mit Antibiotika behandelt werden, bleibt die operative Entfernung oft der sicherste Weg, um einen lebensgefährlichen Durchbruch zu verhindern.

Darmverschluss (Ileus): Hier ist Eile geboten. Wird die Blutversorgung des Darms unterbrochen, muss sofort operiert werden, um das Absterben von Gewebe zu verhindern.

Bauchfellentzündung: Diese lebensbedrohliche Infektion, oft Folge eines Organdurchbruchs, ist ein dringlicher chirurgischer Notfall.

Akute Blutungen: Nach Unfällen oder bei Gefäßrissen ist die chirurgische Blutstillung oft die einzige Überlebenschance.

Präzisionsarbeit gegen den Krebs

In der Onkologie ist die Chirurgie nach wie vor eine tragende Säule. Bei vielen bösartigen Tumoren, etwa an Darm, Magen oder Bauchspeicheldrüse, ist die vollständige operative Entfernung die einzige Chance auf dauerhafte Heilung.

Zwar haben Strahlen- und Chemotherapie oder moderne Immuntherapien die Erfolgsaussichten enorm verbessert, doch meist ergänzen sie Operation, statt sie zu ersetzen. Besonders die Viszeralchirurgie ist hier gefordert: Tumoroperationen sind technisch höchst anspruchsvoll, da sie oft mehrere lebenswichtige Organe betreffen und enorme Erfahrung erfordern.



Hilfe bei chronischen Leiden

Neben Notfällen und Krebs gibt es zahlreiche chronische Erkrankungen, bei denen der konservative Weg (Medikamente, Abwarten) irgendwann an seine Grenzen stößt:

Gallensteine: Verursachen sie wiederkehrende Koliken oder Entzündungen, ist die Entfernung der Gallenblase die Therapie der Wahl.

Refluxkrankheit: Wenn starkes Sodbrennen trotz Medikamenten die Lebensqualität massiv einschränkt, kann eine operative Verstärkung des Mageneingangs dauerhaft helfen.

Divertikulitis: Entzündete Ausstülpungen im Dickdarm können zu schweren Komplikationen führen, die operativ saniert werden müssen.

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen: Bei Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa wird eine Operation dann zum Thema, wenn die medikamentöse Therapie versagt oder Komplikationen wie Engstellen oder Fisteln auftreten.

Proktologie: Bei Hämorrhoiden, Abszessen und Fisteln helfen Salben meist nicht.

Die digitale Revolution im Operationssaal

Die Chirurgie von heute nutzt modernste IT. Hochauflösende 3D-Kameras und Navigationssysteme führen den bzw. die Chirurg*in sicher durch das Gewebe. Künstliche Intelligenz hilft bereits bei der Planung komplexer Eingriffe und analysiert Bilddaten in Echtzeit.

Ein weiterer Fortschritt ist das Konzept der „Enhanced Recovery“. Diese speziellen Behandlungsprogramme sorgen dafür, dass Patient*innen nach dem Eingriff schneller mobilisiert werden, eine optimierte Schmerztherapie erhalten und früher wieder essen dürfen. Die Liegezeit im Krankenhaus verkürzt sich dadurch massiv, ohne die Sicherheit zu gefährden.

Fazit: Qualität durch Spezialisierung

Wird es künftig weniger Chirurg*innen geben? Wahrscheinlich wird die Zahl der „Standard-Eingriffe“ sinken, da Vorsorge und Medikamente besser werden. Doch der Bedarf an hochspezialisierter Chirurgie wächst. Unsere Gesellschaft altert, und damit nehmen auch komplexe Krebserkrankungen und Notfälle zu.

Chirurginnen und Chirurgen von heute sind keine „Handwerker des Skalpells“ im alten Sinne mehr. Sie sind hochspezialisierte Experten in einem technisierten, interdisziplinären Umfeld. Das Risiko jeder Operation – von Infektionen bis zu Narkoseproblemen – wird durch diese Spezialisierung und bessere Technik immer weiter minimiert. Gleichzeitig erfordern Notfälle weiterhin eine organüberschreitende Kompetenz und Erfahrung.

Die moderne Chirurgie folgt einem klaren Leitsatz: So viel wie nötig, aber so wenig wie möglich. Sie verschwindet nicht, sie wird nur intelligenter, individueller und anspruchsvoller. Für Patienten bedeutet dies das Beste aus zwei Welten: menschliche Erfahrung gepaart mit technologischem Fortschritt.

LEISTENBRUCH (LEISTENHERNIE) – VERSTÄNDLICH ERKLÄRT

Die Leistenhernie gehört zu den häufigsten Bruchformen der Bauchwand. Bereits in der Antike wurden Bruchleiden beschrieben, doch erst mit der Entwicklung der modernen Chirurgie im 19. und 20. Jahrhundert konnten sichere und standardisierte Operationsverfahren etabliert werden.

Eine Leistenhernie **entsteht**, wenn Gewebe aus der Bauchhöhle durch eine Schwachstelle der Bauchwand im Bereich des Leistenkanals nach außen tritt. Diese Schwachstelle kann angeboren sein oder sich im Laufe des Lebens durch Bindegewebsschwäche, körperliche Belastung, chronischen Husten oder starkes Pressen entwickeln. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen, da der Leistenkanal anatomisch bedingt eine natürliche Schwachstelle der Bauchwand darstellt.

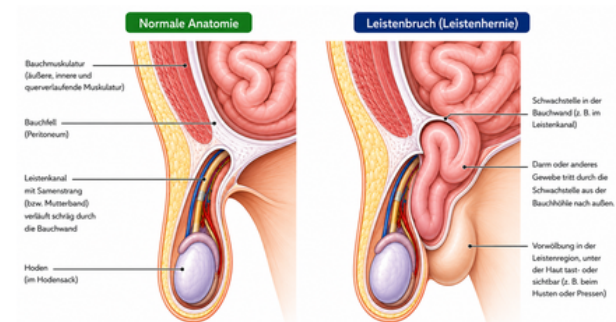


Abbildung 1: Schematische Darstellung eines Leistenbruchs beim Mann (KI-generierte Darstellung)

Typische **Symptome** sind eine sichtbare oder tastbare Vorwölbung in der Leiste, die sich im Stehen oder bei körperlicher Belastung verstärken kann. Häufig bestehen ziehende Schmerzen oder ein Druckgefühl, insbesondere bei körperlicher Aktivität. In manchen Fällen bleibt die Hernie lange Zeit symptomarm und wird zufällig entdeckt. Gefährlich wird es, wenn es zu einer Einklemmung (Inkarzeration) von Darmanteilen kommt, da dies eine akute Notfallsituation darstellt.

Die **Diagnostik** erfolgt in der Regel durch eine körperliche Untersuchung. Dabei wird die Leistenregion im Stehen und Liegen inspiziert und unter Pressversuch beurteilt. Ergänzend kommt häufig eine Ultraschalluntersuchung zum Einsatz, insbesondere bei kleinen oder unklaren Befunden. In seltenen Fällen sind weiterführende bildgebende Verfahren wie die Computertomographie (CT) oder die Magnetresonanztomographie (MRT) erforderlich.

Die **operative Versorgung** stellt die einzige dauerhaft wirksame Behandlung dar. Bei ausgewählten Patient*innen mit beschwerdearmen oder asymptomatischen Leistenhernien kann jedoch zunächst eine kontrollierte Beobachtung in Betracht gezogen werden. Konservative Maßnahmen wie Bruchbänder haben heute nur noch eine sehr eingeschränkte



Dr. med. Sanja Salopek, M. Sc.

**Oberärztin der Chirurgischen Klinik A
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thorax-
chirurgie sowie Chirurgische Intensiv-
medizin**

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Bedeutung und werden meist nur bei nicht operablen Patientinnen und Patienten eingesetzt.

Die Operationsindikation besteht in der Regel bei Beschwerden, zunehmender Größe oder einem erhöhten Risiko für eine Einklemmung.

Es stehen verschiedene **Operationsverfahren** zur Verfügung. Bei der offenen Operation nach Lichtenstein wird die Bruchlücke von außen mit einem Kunststoffnetz verstärkt, um die Bauchwand dauerhaft zu stabilisieren. Bei den minimalinvasiven Verfahren, der transabdominellen präperitonealen Plastik (TAPP) und der totalen extraperitonealen Plastik (TEP), erfolgt die Netzeinlage über kleine Hautschnitte mittels Schlüssellochtechnik. Diese Verfahren gehen häufig mit geringeren postoperativen Schmerzen und einer schnelleren Rückkehr in den Alltag einher, erfordern jedoch besondere chirurgische Erfahrung.



Abbildung 2: Minimalinvasive Leistenhernienoperation (eigene Aufnahme)

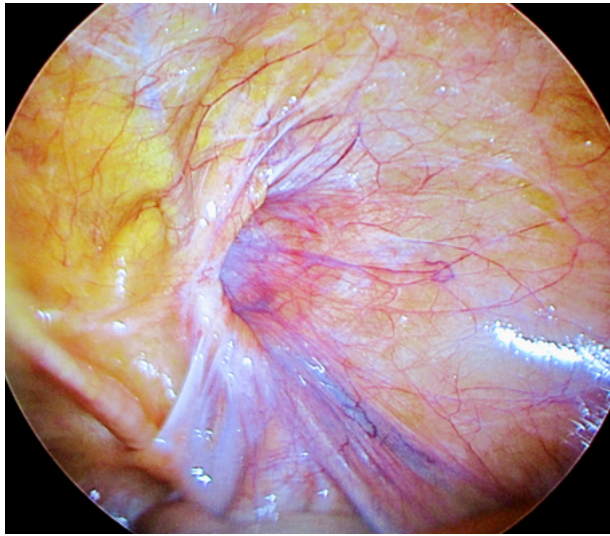


Abbildung 3: Intraoperative Ansicht im Rahmen einer TAPP - Blick aus der Bauchhöhle in die Bruchlücke (eigene Aufnahme)

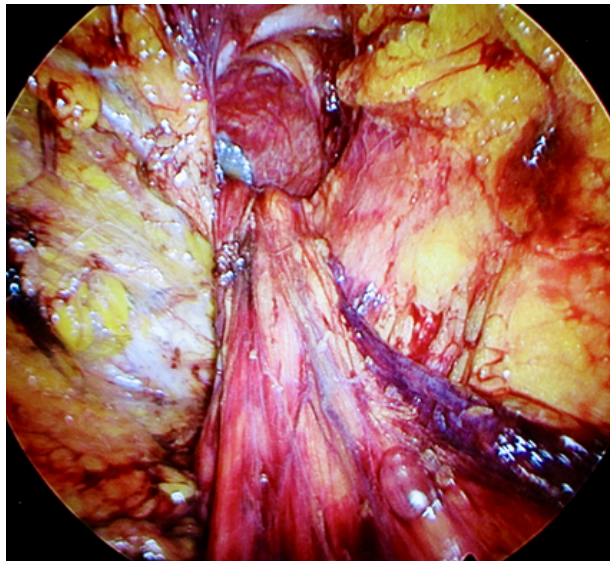


Abbildung 4: Intraoperative Ansicht im Rahmen einer TAPP - Blick auf den inneren Leistenring nach Eröffnen des Bauchfells und Herauslösen des Bruches (eigene Aufnahme)

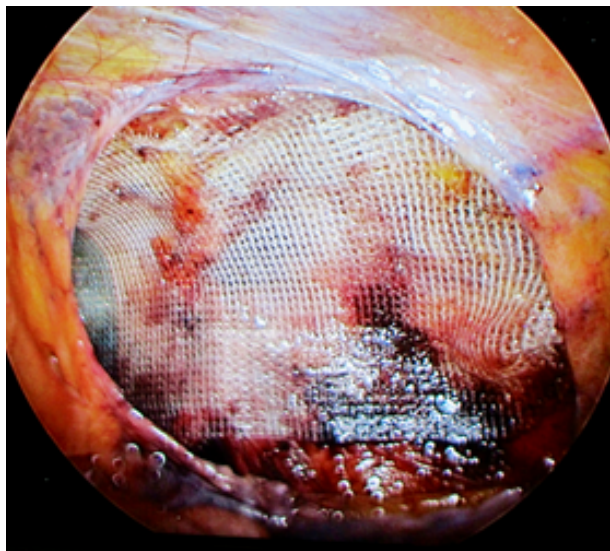


Abbildung 5: Intraoperative Ansicht im Rahmen einer TAPP - Ansicht nach Einlage des selbsthaftenden Netzes, welches die Bruchlücke überdeckt (eigene Aufnahme)

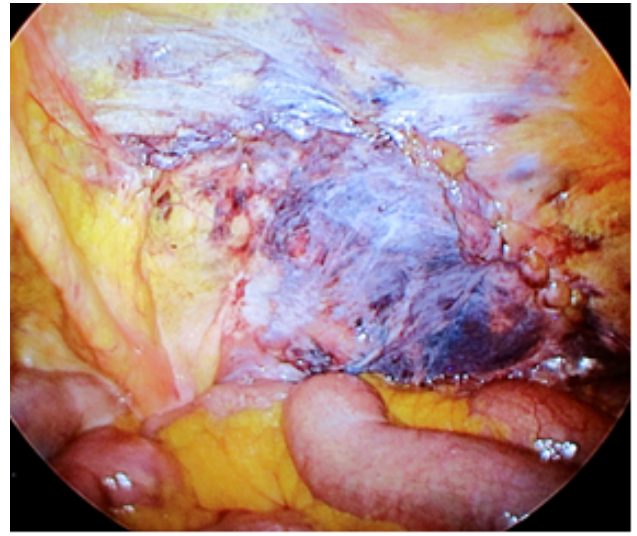


Abbildung 6: Intraoperative Ansicht im Rahmen einer TAPP - Ansicht nach Verschluss des Bauchfells (eigene Aufnahme)

Mögliche Komplikationen umfassen Wundinfektionen, Nachblutungen, Nerven-irritationen sowie chronische Leistenschmerzen. Auch ein Wiederauftreten der Hernie (Rezidiv) ist möglich, wobei moderne Netztechniken die Rückfallrate deutlich reduziert haben.

In seltenen Fällen kann eine Einklemmung zu einer Durchblutungsstörung des Darms führen, was eine sofortige Notoperation erforderlich macht.

Die Langzeitergebnisse nach operativer Versorgung sind insgesamt sehr gut. Die meisten Patientinnen und Patienten sind dauerhaft beschwerdefrei und können rasch wieder körperlich aktiv werden. Entscheidend für den Behandlungserfolg sind die Wahl des geeigneten Operationsverfahrens, die Erfahrung der Operateurin oder des Operateurs sowie die individuelle Gewebesituation. Insgesamt handelt es sich bei der Leistenhernie um ein gut behandelbares Krankheitsbild mit einer sehr günstigen Prognose.

Sowohl die offene Versorgung nach Lichtenstein als auch das minimalinvasive Verfahren TAPP werden im Klinikum Ludwigshafen von einem erfahrenen chirurgischen Team nach aktuellen medizinischen Standards durchgeführt. Die Wahl des geeigneten Verfahrens erfolgt individuell unter Berücksichtigung der jeweiligen Befundsituation. In den meisten Fällen kann die Operation ambulant erfolgen und wird im Zentrum für Ambulante Operationen (ZAO) durchgeführt, sodass die Patientinnen und Patienten bereits am Tag des Eingriffs wieder in ihre häusliche Umgebung zurückkehren können.



ZUGANGSWEGE IN DER BAUCHCHIRURGIE: WANN OFFEN, WANN LAPAROSKOPISCH, WANN ROBOTISCH?

Die Bauchchirurgie hat in den vergangenen drei Jahrzehnten einen tiefgreifenden Wandel durchlaufen. Bis in die späten 1980er Jahre hinein galt in der Chirurgie: Um ein Problem im Bauchraum zu beheben, benötigt der bzw. die Chirurg*in eine uneingeschränkte Sicht und seine beiden Hände direkt am Ort des Geschehens. Mit der rasanten Verbreitung der minimalinvasiven bzw. laparoskopischen Gallenblasenentfernung ab Anfang der 1990er Jahre erlebten die operativen Disziplinen einen echten Quantensprung in der Operationstechnik. Heute stehen mit der laparoskopischen und der robotisch assistierten Chirurgie zwei minimalinvasive Verfahren zur Verfügung, die in vielen Bereichen eine gleichwertige oder sogar überlegene Alternative zur offen/konventionellen Operation darstellen.

Dennoch existiert kein universell bester Zugangsweg. Die Wahl des Zugangs zum Bauchraum richtet sich nach der geplanten Operation, der Erkrankung, den anatomischen Gegebenheiten, dem Allgemeinzustand der Patient*innen sowie der Erfahrung und der vorhandenen technischen Ausstattung des operierenden Teams. Wenn man sich die Lebensqualität der Patient*innen in Studien nach einer Operation anschaut, unterscheiden sich die verschiedenen Zugangswege nach 6-12 Monaten nicht mehr signifikant. Dieser Artikel beleuchtet die drei wichtigsten Zugangswege bzw. Verfahren der modernen Bauchchirurgie und soll aufzeigen, in welchen Situationen welcher Zugangswege bevorzugt wird.

Die offene Chirurgie (Laparotomie)

Bei der offenen Operation erfolgt ein größerer Bauchschnitt, über den die Bauchhöhle direkt eröffnet wird. Dies ermöglicht eine uneingeschränkte Übersicht und echtes „Anfassen“ bzw. Abtasten der Organe. Der Blickwinkel ist groß, allerdings durch den Schnitt beschränkt, ein „um die Ecke“ schauen, wie bei Bauchspiegelung ist nicht möglich. Häufig wird die Laparotomie oft als „veraltete Methode“ missverstanden, so ist die offene Chirurgie nach wie vor das Fundament der Bauchchirurgie, welches von jedem bzw. jeder Operateur*in beherrscht werden muss. Ihr größter Vorteil ist die unmittelbare Haptik: Der bzw. die Chirurg*in kann das Gewebe mit den eigenen Fingern tasten, Verhärtungen spüren und Zugkräfte millimetergenau mit der Hand dosieren.

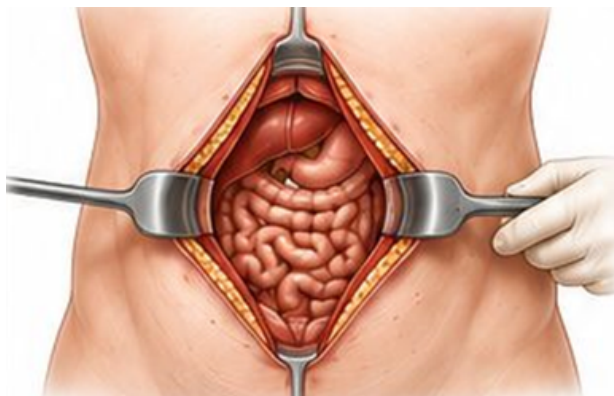


Abbildung 1: Sog. mediane Laparotomie (KI-generierte Darstellung)



Dr. med. Sven Klippel

Leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik A
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thorax-
chirurgie sowie Chirurgische Intensiv- medizin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Vorteile

- direktes Abtasten von Organen und Tumoren
- schneller Zugang mit kurzer Operationsvorbereitung
- keine teure Spezialtechnik notwendig

Nachteile

- Höheres Trauma für die Bauchwand
- Stärkere postoperative Schmerzen
- Höheres Risiko für Wundinfektionen und Narbenbruchbildung
- Häufig längerer Krankenhausaufenthalt und längere Rekonvaleszenz

Wann operiert man offen?

- **In absoluten Notfällen:** Bei schweren Unfällen mit inneren Verletzungen und Blutungen, einer rupturierten Hauptschlagader (Aortenaneurysma) oder einem akuten Darminfarkt. Ein Bauchschnitt ist in unter 60 Sekunden durchgeführt.
- **Bei extremen Verwachsungen:** Wurde ein*e Patient*in bereits am Bauch operiert, können im Bauchraum so starke Verwachsungen bestehen, die eine minimalinvasive Lösung nicht zu lassen.
- **Bei riesigen Tumoren:** Wenn ein bösartiger Tumor mehrere Organe gleichzeitig befallen hat (Multiviszeralresektion), reicht der Platz für das Manövrieren von minimalinvasiven Instrumenten oft nicht aus bzw. lässt sich die Anatomie nicht so darstellen, dass eine sichere Operation möglich ist.

Gerade in der Notfallchirurgie stellt die offene Operation weiterhin den Goldstandard dar, wenn Zeit und maximale Übersicht entscheidend sind.

Die laparoskopische Chirurgie (Bauchspiegelung bzw. „Schlüsselloch“-Technik)

Die laparoskopische Chirurgie ist heute der Goldstandard für ein breites Spektrum an Standardeingriffen. Über 3 bis 5 kleine Schnitte (meist 5 bis 12 Millimeter lang) werden Arbeitshülsen mit Ventilen (Trokare) in den Bauch eingebracht. Damit der bzw. die Operateur*in genügend Platz zum Arbeiten hat, wird die Bauchhöhle mit unbedenklichem Kohlendioxid-Gas (CO_2) aufgeblasen (Pneumoperitoneum). Einsicht in den Bauchraum erhält man durch das Einführen einer Optik mit Kamera ebenfalls über eine Trokare. Diese Optik bietet bei modernen Geräten eine 4K-Auflösung oder sogar eine



3D-Darstellung. Falls Organe entfernt müssen, wird ein sogenannter Bergeschnitt benötigt, der richtet sich nach der Größe des zu entfernenden Organs aus.



Abbildung 2: Trokare bei einer Laparoskopie (KI-generierte Darstellung)

Vorteile

- Kleinere Wunden
- Weniger postoperative Schmerzen
- Oft kürzerer Krankenhausaufenthalt und schnellere Erholung
- bessere kosmetische Ergebnisse
- geringere Rate an Narbenhernien und reduzierte Wundinfektionsrate

Nachteile

- Eingeschränkte Instrumentenbeweglichkeit
- Verminderte Haptik
- Geringere Übersicht
- Schwieriger zu erlernen

Typische Indikationen

Heute gilt die Laparoskopie bei zahlreichen Eingriffen als Standard:

- Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)
- Bilddarmentfernung (Appendektomie)
- Leistenbruch
- Dick- und Enddarmentfernungen
- Nebennierenchirurgie

Auch bei vielen elektiven Eingriffen an Magen und Dünndarm ist die laparoskopische Technik etabliert.

Die „robotisch“ assistierte Chirurgie

Die robotisch assistierte Chirurgie stellt eine Weiterentwicklung der minimalinvasiven Chirurgie dar. Die Instrumente werden von der bzw. dem Operateur*in gesteuert. Der „Roboter“ selbst führt keine Bewegungen eigenständig aus, sondern setzt ausschließlich die Bewegungen der Operateurin bzw. des Operateurs um, er operiert also nicht selbst. Streng genommen handelt es sich daher nicht um einen Roboter, sondern um einen sogenannten Telemanipulator.

Der bzw. die Chirurg*in sitzt abseits des OP-Tisches an einer Konsole. Er bzw. sie blickt dabei bei den modernen Systemen (DaVinci™, Hugo™ etc.) in ein hochauflösendes, dreidimensionales Display (3D-HD) und steuert die Instrumente und die Kamera mit den Fingern und den Füßen. Der Computer übersetzt die Handbewegungen des

Menschen in Echtzeit, filtert das natürliche Handzittern (Tremor) komplett heraus und skaliert die Bewegung (z.B. eine 3-cm-Handbewegung wird zu einer 1 cm-Instrumentenbewegung im Körper). Hierdurch lässt sich eine extrem hohe Präzision erreichen, gepaart mit der hohen Bildauflösung und der Beweglichkeit lassen sich Operation einfach durchführen, die bei der gewöhnlichen Laparoskopie extrem schwierig sind.

Vorteile

- Exzellente dreidimensionale Darstellung
- Natürliche Zitterbewegung der Hand werden eliminiert
- Hohe Beweglichkeit der Instrumente
- Präzises und ergonomisches Arbeiten
- Vorteile in engen anatomischen Räumen

Nachteile

- Sehr hohe Anschaffungs- und Betriebskosten
- Längere Rüst- und Aufbauzeiten
- Fehlendes direktes Tastgefühl
- Hoher Schulungsaufwand

Typische Indikationen

Besonders profitieren komplexe Eingriffe:

- Enddarmchirurgie
- Speiseröhrenchirurgie
- Zwerchfellbrüche und Antirefluxeingriffe
- Magenresektionen
- Leberteilentfernungen

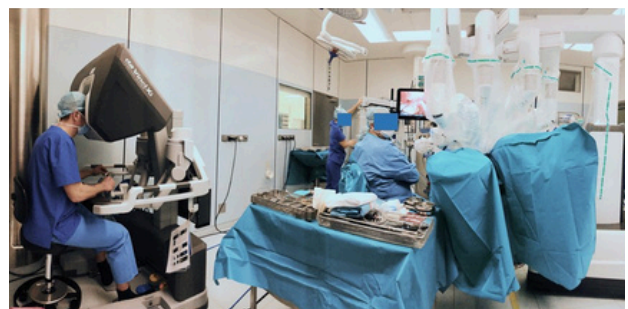


Abbildung 3: Situation im OP-Saal mit Operationssystem DaVinci

Fazit

Die offene, laparoskopische und robotisch assistierte Chirurgie ergänzen sich in der modernen Bauchchirurgie und sollten nicht als konkurrierende, sondern als sich ergänzende Verfahren verstanden werden. Während die offene Operation insbesondere in Notfallsituationen und bei hochkomplexen Eingriffen unverzichtbar bleibt, ist die Laparoskopie für viele elektive Eingriffe der etablierte Standard. Die robotische Chirurgie erweitert das Spektrum minimalinvasiver Techniken insbesondere bei anspruchsvollen rekonstruktiven und onkologischen Eingriffen.

Entscheidend für den Behandlungserfolg ist weniger die Technik selbst als vielmehr die sorgfältige Indikationsstellung, die Erfahrung des operierenden Teams und eine auf die individuelle Situation der Patient*innen abgestimmte Therapieentscheidung.

CHIRURGISCHE THERAPIE IM BRUSTKORB: AUFGABEN UND VERFAHREN DER THORAXCHIRURGIE

Die Thoraxchirurgie befasst sich mit der Diagnostik und operativen Behandlung von Erkrankungen im Bereich des Brustkorbs. Dazu gehören vor allem die Lunge, das Rippenfell, die Brustwand sowie Strukturen im Mittelfellraum, z.B. der Thymus. Moderne Verfahren ermöglichen heute präzise Eingriffe, die häufig minimal-invasiv durchgeführt werden können. So steht ein schonendes und schmerzarmes OP-Verfahren zur Verfügung, wodurch sich der Klinikaufenthalt für unsere Patient*innen deutlich verkürzt.

Zu den häufigsten Gründen für eine Vorstellung in der Thoraxchirurgie zählen:

- gut- und bösartige Lungentumoren
- Flüssigkeitsansammlungen im Brustkorb (Pleuraerguss) oder Verdickungen des Rippenfells
- Pneumothorax (kollabierte Lunge)
- schwere und komplizierte Infektionen des Rippenfells (Pleuraempyem)
- Veränderungen im Mediastinum, z.B. Thymustumoren oder Zysten
- Tumoren der Brustwand oder
- Verletzungen, z.B. nach Unfällen

Moderne Operationsverfahren

Ein wesentlicher Fortschritt der letzten Jahre ist die zunehmende Nutzung minimal-invasiver Techniken. Bei der videoassistierten Thorakoskopie (VATS) werden Kamera und Spezialinstrumente über kleine Zugänge in den Brustkorb eingeführt. Diese Methode ermöglicht viele Eingriffe, die früher nur über größere Schnitte möglich waren. Vorteile sind unter anderem weniger Schmerzen, ein kosmetisch ansprechenderes Ergebnis und ein verkürzter Klinikaufenthalt durch schnellere Erholung.

Dennoch bleibt die offene Operation in manchen Situationen weiterhin notwendig, etwa bei ausgedehnten Tumoren oder lebensbedrohlichen Verletzungen.

Eine sorgfältige Diagnostik ist Voraussetzung für eine sichere und zielgerichtete Therapieplanung. Häufig eingesetzte Verfahren sind:

- Computertomographie (CT)
- PET-CT zur Beurteilung von Tumoraktivität nahezu im gesamten Körper
- Bronchoskopie (Spiegelung der Atemwege), evt auch mit Probenentnahme
- Lungen- und Herzfunktionsdiagnostik zur Einschätzung der Belastbarkeit



Abbildung 1: Operationssituation in der Thoraxchirurgie (Bildquelle: Ben Pakalski)



Dr. med. Tina Ranneberg

**Oberärztin der Chirurgischen Klinik A im
Departement Thoraxchirurgie**

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Diese Untersuchungen liefern wichtige Informationen über die anatomischen und funktionellen Voraussetzungen für einen Eingriff.

Nach einem thoraxchirurgischen Eingriff entscheidend für den Heilungsverlauf sind vor allem:

- frühe Mobilisation, häufig bereits am ersten Tag
- Atemtherapie, um die bestmögliche Entfaltung Lunge zu trainieren
- angepasste Schmerztherapie, um Bewegung und tiefes Durchatmen zu ermöglichen
- physiotherapeutische Maßnahmen zur Unterstützung der Erholung

Gute Aussichten dank moderner Medizin

Die Thoraxchirurgie ist heute ein hochspezialisiertes Fachgebiet, das vielen Menschen eine erfolgreiche Behandlung ermöglicht – oft mit sehr guten langfristigen Ergebnissen. Ob Tumorerkrankung, Entzündung, Verletzung oder Lungenerkrankung: Durch moderne Technik, interdisziplinäre Teamarbeit, insbesondere mit unseren Kollegen aus der Pneumologie, und individuelle Therapiepläne können unsere Patient*innen auf eine sichere und wirksame Behandlung vertrauen.



ROBOTISCH ASSISTIERTE LEBERCHIRURGIE: PRÄZISION FÜR MEHR SICHERHEIT UND EINE SCHNELLERE ERHOLUNG

Eine Operation an der Leber gehört zu den anspruchsvollsten Eingriffen der modernen Chirurgie. Sie ist häufig die wichtigste Chance auf Heilung – zum Beispiel bei Leberkrebs oder bei Tochtergeschwülsten (Metastasen), die von Darmkrebs ausgehen. Dank moderner Technik können heute viele dieser Operationen deutlich schonender durchgeführt werden als noch vor wenigen Jahren.

Bis vor kurzem war dafür meist ein großer Bauchschnitt notwendig. In den letzten Jahren kam zunehmend die sogenannte Schlüssellochchirurgie zum Einsatz, bei der über mehrere kleine Schnitte operiert wird. Allerdings stößt sie bei den komplizierten Eingriffen an der Leber schnell an ihre Grenzen und ist gerade bei großen oder schlecht erreichbaren Tumoren meist nicht geeignet.

Hier eröffnet die robotisch assistierte Chirurgie neue Möglichkeiten. Entgegen einer weit verbreiteten Annahme operiert dabei nicht der Roboter selbst. Vielmehr steuert der bzw. die erfahrene Chirurg*in alle Bewegungen an einer speziellen Konsole. Das Robotersystem setzt diese besonders präzise um. Eine hochauflösende dreidimensionale Sicht mit starker Vergrößerung, äußerst bewegliche Instrumente und das automatische Ausgleichen kleinster Handbewegungen ermöglichen ein exaktes und sicheres Arbeiten – selbst an schwer zugänglichen Stellen der Leber.

Davon profitieren die Patient*innen in vielerlei Hinsicht. Internationale Studien zeigen, dass robotisch assistierte Leberoperationen seltener auf eine offene Operation umgestellt werden müssen. Außerdem treten weniger Komplikationen auf, und die Operierten können das Krankenhaus häufig früher wieder verlassen. Auch der Blutverlust während der Operation ist oftmals geringer. Besonders bei schwierigen Eingriffen spielt die hohe Präzision der Robotertechnik ihre Stärken aus.

Natürlich erfordert diese moderne Operationsmethode viel Erfahrung. Das gesamte OP-Team muss speziell geschult werden, und auch der Umgang mit dem System verlangt eine intensive Ausbildung. Hinzu kommen hohe Anschaffungs- und Betriebskosten. Dennoch setzt sich die Technologie weltweit immer stärker durch, weil sie vielen Patient*innen eine schonendere Behandlung ermöglicht.



Abbildung 1: OP-Aufstellung robotische Leberchirurgie (eigene Aufnahme)



Prof. Dr. med. Stefan Willis

Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH



PD Dr. med. Arash Nickkholgh

Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Die Entwicklung ist dabei noch lange nicht abgeschlossen. Künftig werden künstliche Intelligenz und dreidimensionale Bilddarstellungen die Chirurgen zusätzlich unterstützen. So können während der Operation bereits vorab erstellte CT-Bilder direkt in das Sichtfeld eingeblendet werden. Dadurch lassen sich wichtige Blutgefäße und andere Strukturen noch genauer erkennen und Eingriffe weiter optimieren.

Auch am Klinikum der Stadt Ludwigshafen gehört diese innovative Technik inzwischen zum festen Bestandteil der modernen Leberchirurgie. Bereits seit 2023 werden alle geeigneten Leberoperationen robotisch assistiert mit dem Da-Vinci-Operationssystem durchgeführt. Ziel ist es, den Eingriff für die Patientinnen und Patienten so schonend wie möglich zu gestalten, große Bauchschnitte möglichst zu vermeiden und gleichzeitig höchste Sicherheit zu gewährleisten.

Die bisherigen Erfahrungen sind sehr positiv: Viele Patient*innen profitieren von hervorragenden onkologischen Ergebnissen bei gleichzeitig geringerer Schmerzen, einer schnelleren Mobilisation, einem kürzeren Krankenhausaufenthalt und einer rascheren Rückkehr in ihren Alltag. Damit verbindet das Klinikum Ludwigshafen modernste Medizintechnik mit der langjährigen Erfahrung eines spezialisierten Leberchirurgie-Teams – zum Wohl der Menschen in der Region.

POSTOPERATIVE SCHMERZTHERAPIE AM KLINIKUM LUDWIGSHAFEN

Schmerzen können sowohl Symptom einer Erkrankung als auch Folge einer Operation sein. Sie haben zwar eine Schutzfunktion für den Körper, können aber auch den Heilungsprozess verzögern und langfristig die Gesundheit beeinträchtigen. Daher ist eine effektive Schmerztherapie vor, während und nach Operationen und schmerzhaften Prozeduren ein zentraler Bestandteil des therapeutischen Konzepts am Klinikum Ludwigshafen.

Akutschmerztherapie am KliLu

Um eine angemessene Schmerztherapie sicherzustellen, hat die Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensiv- und Notfallmedizin einen Akutschmerzdienst eingerichtet, der aus Anästhesist*innen und speziell geschultem Pflegepersonal (Pain-Nurse) besteht und rund um die Uhr erreichbar ist. Seine vorrangigen Aufgaben sind, Patient*innen nach Operationen zu betreuen, die Schmerztherapie zu überprüfen und anzupassen sowie Patient*innen und Angehörige zu beraten. Darüber hinaus ist er an der Behandlung chronischer Schmerzpatient*innen in sämtlichen Abteilungen und Spezialambulanzen des Klinikums beteiligt.

Methoden der Akutschmerztherapie

- **Basisbehandlung:** Schmerzmittel werden meist als Tabletten oder Tropfen verabreicht. Falls erforderlich, können starke Schmerzmittel jedoch auch intravenös gegeben werden. Oft wird eine Kombination verschiedener Medikamente nach festem Zeitplan eingesetzt.
- **Patient*innen-kontrollierte Medikamentenpumpe:** Nach bestimmten Operationen kann eine Pumpe eingesetzt werden, mit der sich Patient*innen selbst Schmerzmittel verabreichen können. Das Gerät ist einfach zu bedienen und so eingestellt, dass eine Überdosierung ausgeschlossen ist.
- **Regionale Schmerztherapie:**
 - *Periphere Nerven Katheter* für Eingriffe an Armen und Beinen: Ein Katheter wird an den versorgenden Nerven gelegt, um die Schmerzweiterleitung durch die Gabe von lokal wirkenden Schmerzmitteln (sog. Lokalanästhetika) zu unterbrechen.
 - *Rückenmarksnahe Katheterv Verfahren* (sog. Periduralkatheter): Für große Operationen an Bauch und Brustkorb sowie in der Geburtshilfe wird ein spezieller Katheter nahe den Nervenfasern platziert, die das Rückenmark verlassen. Auch hier erfolgt die Schmerzausschaltung durch die Gabe von Lokalanästhetika, oftmals auch mit Hilfe einer Patient*innen-gesteuerten Pumpe.

Schmerztherapie vor, während und nach der Operation

Bereits bei Aufnahme, also noch vor dem eigentlichen Eingriff, werden bestehende Schmerzen und deren Stärke mit Hilfe von Schmerzskaleten erfasst. Im Anästhesie-Aufklärungsgespräch werden zudem die Möglichkeiten der Schmerztherapie erläutert und individuell abgestimmt. Während der OP werden verschiedene Medikamente (v. a. Schlaf- und Schmerzmittel) kombiniert und evtl. Nerven-kathetern genutzt, um ein schmerzfreies Erwachen aus der



Prof. Dr. med. Wolfgang Zink, DEAA, FESAIC

Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensiv- und Notfallmedizin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH



Renilde Mayer

Leiterin des Akut-Schmerzdienstes der Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensiv- und Notfallmedizin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH

Narkose sicherzustellen. Die Schmerztherapie wird dann ohne Unterbrechung fortgeführt und individuell angepasst, da eine schmerzbedingte Schonhaltung oder ein eingeschränktes Abhusten Komplikationen wie Thrombosen oder Lungenentzündungen begünstigen können. Daher ist es von zentraler Bedeutung, dass Patient*innen stets Veränderungen der Schmerzintensität und -qualität sowie eventuelle Begleitscheinungen der Therapie (z. B. Übelkeit, Schwindel) mitteilen. Auch die regelmäßige Schmerzerfassung und Dokumentation sind wichtige Bestandteile der Therapie.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Zusätzlich zur Behandlung mit klassischen Schmerzmitteln können in bestimmten Fällen auch Wärme- bzw. Kälteanwendungen, TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation)-Therapie, Entspannungstechniken, spezielle Lagerungen sowie Physio- und Ergotherapie eingesetzt werden.

Fazit

Die moderne postoperative Schmerztherapie am Klinikum Ludwigshafen umfasst verschiedene medikamentöse und nicht-medikamentöse Verfahren, die rund um die Uhr individuell angepasst und regelmäßig überprüft werden. Dabei steht die Einbeziehung der Patient*innen in die Therapie und deren aktive Mitwirkung im Mittelpunkt.

SCNELLER WIEDER „AUF DEN BEINEN“: FAST TRACK UNTERSTÜTZT DIE GENESUNG NACH EINER OPERATION

Eine Operation ist für den Körper immer eine besondere Belastung. Umso größer ist der Wunsch vieler Patient*innen, möglichst schnell wieder selbstständig zu sein und in den gewohnten Alltag zurückzukehren. Genau hier setzt das sogenannte Fast-Track-Konzept an. Ziel ist es, den Genesungsprozess aktiv zu unterstützen und Patient*innen möglichst früh wieder in Bewegung zu bringen.

Der Begriff „Fast Track“ bedeutet wörtlich übersetzt „schneller Weg“ oder „Überholspur“. Dahinter verbirgt sich ein modernes Behandlungskonzept, bei dem verschiedene wissenschaftlich fundierte Maßnahmen miteinander kombiniert werden. Sie helfen dabei, typische Folgen einer Operation zu reduzieren, Komplikationen vorzubeugen und die Erholung zu beschleunigen.

Ein wichtiger Bestandteil des Konzepts ist die aktive Einbindung der Patient*innen. Bereits vor dem Eingriff erhalten sie umfassende Informationen über den Ablauf der Behandlung und darüber, wie sie selbst zu einer erfolgreichen Genesung beitragen können. Dieses Wissen schafft Sicherheit und motiviert dazu, den eigenen Heilungsprozess aktiv mitzugestalten.

Früh mobilisieren - schneller genesen

Nach einer Operation gerät das natürliche Gleichgewicht des Körpers zunächst aus der Balance. Ziel des Fast-Track-Konzepts ist es, dieses Gleichgewicht möglichst schnell wiederherzustellen. Deshalb beginnt die Mobilisation häufig bereits am Operationstag.

Unter Anleitung der Pflegefachpersonen verlassen die Patient*innen frühzeitig das Bett. Schon wenige Schritte, erste selbstständige Wege zur Toilette oder kleine Teile der Körperpflege können wichtige Fortschritte auf dem Weg der Genesung sein. Die frühe Mobilisation wirkt sich nicht nur positiv auf das körperliche Wohlbefinden aus, sondern stärkt auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und fördert die Selbstständigkeit.

Basale Stimulation® als Unterstützung

Am Klinikum wird die postoperative Mobilisation durch Elemente der Basalen Stimulation® ergänzt. Bereits im Bett beginnen gezielte Bewegungs- und Wahrnehmungsübungen, die den Kreislauf anregen und das Körpergefühl fördern.

Dazu gehören beispielsweise:

- Bewegungsübungen der Füße und Beine,
- sanfte Ausstreichungen der Beine zur Förderung der Körperwahrnehmung,
- kontrollierte Bewegungen der Knie und Beine zur Aktivierung des Gleichgewichts sowie
- das schrittweise Aufrichten an die Bettkante als Vorbereitung auf das erste Aufstehen.

Viele Patient*innen können diese Übungen nach kurzer Anleitung selbstständig durchführen. Auch Angehörige können - sofern gewünscht - unterstützend einbezogen werden.

Weniger Drainagen und Katheter - mehr Bewegungsfreiheit

Ein weiterer wichtiger Baustein des Fast-Track-Konzepts ist der möglichst sparsame Einsatz von Drainagen und Kathetern. Sofern es medizinisch vertretbar ist, wird auf



Claudia Schwartz

Teamleitung des Pflegeexpertenteams

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH

diese Hilfsmittel verzichtet oder sie werden frühzeitig entfernt. Dadurch werden die Bewegungsfreiheit und das Wohlbefinden der Patient*innen verbessert. Gleichzeitig sinkt das Risiko für Infektionen und andere Komplikationen. Vor allem aber erleichtert der Verzicht die frühe Mobilisation - ein zentraler Faktor für eine schnelle und erfolgreiche Genesung.

Bewährtes Konzept mit wissenschaftlicher Grundlage

Entwickelt wurde das Fast-Track-Konzept Ende der 1990er-Jahre in Dänemark. Zunächst kam es vor allem bei Operationen im Bauchraum zum Einsatz. Dort zeigte sich, dass eine Kombination aus früher Mobilisation, einer modernen Schmerztherapie und einem möglichst frühen Kostaufbau die Erholung deutlich beschleunigen kann. Gleichzeitig konnten Komplikationen reduziert und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verkürzt werden.

Heute ist Fast Track fester Bestandteil vieler chirurgischer Behandlungskonzepte und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Im Mittelpunkt steht dabei immer dasselbe Ziel: Patient*innen sicher, möglichst beschwerdearm und mit größtmöglicher Eigenständigkeit auf ihrem Weg zurück in den Alltag zu begleiten.



Abbildungen 1 und 2: Darstellung der Bewegungs- und Wahrnehmungsübungen

„CHIRURGISCHE PFLEGE IST EIN BISSCHEN WIE DIE ARBEIT HINTER DEN KULISSEN EINES GROSSEN THEATERS.“

...nur, dass die Darsteller OP-Kleidung tragen, die Requisiten steril sind und niemand „Pause!“ ruft, wenn es spannend wird.

Hier wird vorbereitet, mitgedacht, organisiert, beruhigt und reagiert - oft schneller, als man „Wo ist die Klemme?“ sagen kann. Während andere noch überlegen, was als Nächstes passiert, ist die chirurgische Pflege meist schon zwei Schritte weiter.

Und obwohl Präzision, Konzentration und Teamarbeit an erster Stelle stehen, geht der Humor selten verloren. Denn wer täglich mit Skalpell, Zeitdruck und komplexen Abläufen umgeht, weiß: Ein gutes Team und ein Lächeln zur richtigen Zeit sind manchmal genauso wertvoll wie das beste Instrument.

Kurz gesagt: Chirurgische Pflege hält nicht nur den OP am Laufen – sie sorgt dafür, dass aus vielen einzelnen Handgriffen ein gemeinsamer Erfolg wird. Und das ziemlich beeindruckend, wenn man genau hinschaut. 😊



Marion Dietrich

Stellvertretende Pflegedirektorin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein
gGmbH



VERANSTALTUNGSANKÜNDIGUNG

Selbsthilfe-Sprechstunde Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e.V.

Montag, 10.08.2026

15:00 Uhr

Treffpunkt im Haus 3, Ebene II, Raum 22 ITM
(Interdisziplinäres Tumorzentrum) im
Universitätsklinikum Mannheim UMM

Frauenselbsthilfe Krebs

Café „Lebensfroh“

Mittwoch, 12.08.2026

10:00 Uhr

Bäckerei Barbarossa im DEPOT, 67061 Ludwigshafen

Frauenselbsthilfe Krebs

Schmeichelndes für mich – Kreatives aus Perlen und
anderen Materialien mit Nicole

Montag, 17.08.2026

19:00 bis 21:00 Uhr

Unterkirche der Protestantischen Martinskirche
Ludwigshafen-Maudach

Martinskirchplatz 1 (früher: Hindenburgstr.21)
67067 Ludwigshafen-Maudach

Monatliche Beratung für Prostatakrebs-Betroffene

Freitag, 28.08.2026

15:00 Uhr

Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH
Bremerstraße 79, 67063 Ludwigshafen
Haus D, 2. Stock, Raum 088



Anmeldung

www.klilu-gesundheitscampus.de/veranstaltungen

oder per Mail an gesundheitscampus@klilu.de



Hier finden Sie weitere
Pressemitteilungen des
KliLu

RÜCKBLICK

Mit Humor Belastungen begegnen – Workshop für pflegende Angehörige

Humor kann den Pflegealltag nicht einfacher machen – aber er kann dabei helfen, Herausforderungen mit neuer Kraft und mehr Leichtigkeit zu begegnen. Genau darum ging es beim zweiten Workshop der Reihe „Mit Humor durch den Pflegealltag“, der vom KliLu-Gesundheitscampus gemeinsam mit der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN und der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland veranstaltet wurde.

Unter der Leitung der Humortrainerin Kathrin Müller kamen pflegende Angehörige zusammen, um sich auszutauschen und zu erleben, wie Humor als Ressource im Alltag genutzt werden kann. Mit praxisnahen Übungen, persönlichen Gesprächen und vielen gemeinsamen Momenten wurde deutlich, dass Lachen verbindet, entlastet und neue Perspektiven eröffnen kann.

Der Workshop bot den Teilnehmenden nicht nur wertvolle Impulse für den Umgang mit belastenden Situationen, sondern auch Raum für Begegnung und gegenseitige Unterstützung. Der offene Austausch zeigte einmal mehr, wie wichtig solche Angebote für pflegende Angehörige sind.

Die Veranstaltungsreihe wird fortgesetzt. Die nächsten Termine sind:

- **17. September 2026:** „Demenz-Impro“ – Workshop für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz
- **25. November 2026:** „Humor hilft pflegen“ – Workshop für pflegende Angehörige

Beide Veranstaltungen finden von 16:30 bis 18:30 Uhr in den Räumlichkeiten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in der Rheinallee 11, Ludwigshafen statt.

Der KliLu-Gesundheitscampus bedankt sich bei allen Teilnehmenden für die Offenheit, den inspirierenden Austausch und die gemeinsame Zeit und freut sich auf die kommenden Veranstaltungen.



ANZEIGEN



Branchensieger in der Kategorie
Öffentliche Krankenhäuser

Der Veranstaltungskalender des KliLu-Gesundheitscampus



Entdecken Sie im Veranstaltungskalender des KliLu-Gesundheitscampus ein vielseitiges Angebot an Seminaren, Webinaren und Workshops rund um die Themen Gesundheit und Prävention.

Ob für niedergelassene Ärzt*innen und medizinisches Fachpersonal, Unternehmen, Schulen oder Privatpersonen - unser Programm bietet für alle Zielgruppen passende Veranstaltungen.

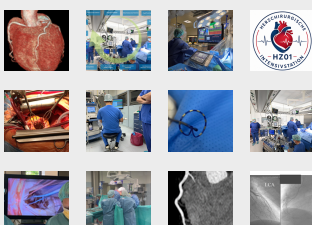
Hier könnte Ihre Anzeige stehen!

Erreichen Sie Ihre Zielgruppe genau dort, wo Gesundheit, Bildung und Regionalität aufeinandertreffen:

Im Netzwerkmagazin des KliLu-Gesundheitscampus.

- Sichtbarkeit in einem starken Gesundheitsnetzwerk
- Platz für Ihre Botschaft, Ihr Angebot oder Ihr Engagement
- Print & digital: regional verbreitet – aufmerksam gelesen

Jetzt Werbeplatz sichern unter: gesundheitscampus@kliku.de



Thema der kommenden Ausgabe:

10 Jahre Herzzentrum

UNSERE NETZWERKPARTNER*INNEN

