P.b.b. Zulassungsnummer: 05Z036134M, Verlagspostamt: 1090 Wien

Chirurgie

Mitteilungen des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen (BÖC)
und der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

Wie kann Zusammenarbeit zwischen Gefäßchirurgie und Interventioneller Radiologie funktionieren?

How I do it – Chirurgische Therapie der A. carotis interna Stenose

Junge Chirurgie: Plötzlich Facharzt/-ärztin

2|2021

Über 10.000 Mediziner vertrauen auf die Produkte und Leistungen von ärzteservice.

- Rechtsschutzversicherung
- Praxisgründung
- Ordinationsinhaltsversicherung mit Technikkasko und Allgefahrenpaket
- Haftpflichtversicherung bis 10 Mio. Versicherungssumme
- Betriebsunterbrechungsversicherung
- Berufshaftpflichtversicherung
- Unfallversicherung
- Krankenversicherung

TOP Service und Beratung

ärzte$ervice

ärzteservice Dienstleistung GmbH
Telefon: 01 402 68 34 | office@aerzteservice.com
www.facebook.com/aerzteservice

www.aerzteservice.com

Inhalt

4 Editorial

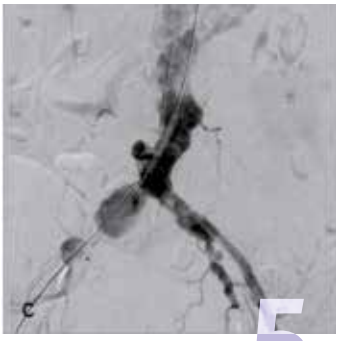
5 Wie kann Zusammenarbeit zwischen Gefäßchirurgie und Interventioneller Radiologie funktionieren?
Autoren: W Hofmann1, M Cejna2, Feldkirch

8 How I do it –
Die operative Behandlung der A. carotis interna Stenose
Autor: K. Linni

9 How I do it –
Chirurgische Therapie der A. carotis interna Stenose
Autor: C. Neumayer

12 Portrait
Univ. Prof. Dr. Oliver Strobel

16 Junge Chirurgie –
Plötzlich Facharzt/-ärztin
Autoren: N. Edhofer-Rössler, Krems; N. Hartig, Wien; M. de Cillia, Salzburg



ÖGCH

19 ÖGCH aktuell – Protokoll der Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH

24 Hospitation Minimally invasive HPB fellowship am Institut Mutaliste Montsouris, Paris
Autor: C. Schwarz, Wien

26 Nachruf für Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schiessel

27 Nachruf für Dr.in Irmgard Kronberger

Service

28 Terminkalender

29 Impressum

30 Ihre Ansprechpartner

Liebe Chirurginnen und Chirurgen!

Nach wie vor bestimmt die grassierende Pandemie nicht nur den medizinischen Alltag. Gerade für uns Chirurginnen und Chirurgen, im beruflichen Alltag nur indirekt durch die Pandemie tangiert, war und ist diese Zeit eine Herausforderung, um für die kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten Sorge zu tragen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen müssen.

Gerade in Zeiten knapper Ressourcen ist Zusammenarbeit eine unabdingbare Voraussetzung, um die vorhandenen Mittel optimal ausnützen zu können. Besonders in der Gefäßmedizin hat sich die Kooperation zwischen Spezialisten modellhaft als Symbiose zum Wohl der PatientInnen erwiesen. In dieser Ausgabe berichten Primarius Wolfgang Hofmann und Primarius Manfred Cejna aus dem Landeskrankenhaus Feldkirch wie interdisziplinäre Gefäßmedizin funktioniert und noch besser funktionieren kann.

In unserer Artikelreihe „How I do it" berichten Professor Neumayer und Dozent Linni über die chirurgische Therapie der A carotis interna Stenose an Ihren Häusern und die „Junge Chirurgie" gibt spannende Einblicke in das Leben junger Fachärztinnen und Fachärzte.

Besonders wichtig ist es mir, Sie auf den 20. Österreichischen Chirurgentag hinzuweisen. Nach zwei Jahren „Kongresspause" wollen wir uns dort aber nur am Rande mit COVID-19 beschäftigen, sondern die Gelegenheit nützen, die wichtigsten chirurgischen Themen mit Experten ausgiebig zu diskutieren.

Wir haben die besten Themen, die am Österreichischen Chirurgentag in den letzten 20 Jahren behandelt wurden, ausgewählt und unsere Referenten gebeten diese nach den neuesten Erkenntnissen erneut für Sie praxisnah aufzubereiten. Nicht nur spezialisierte Themenbereiche, sondern auch Fragestellungen im chirurgischen Alltag stehen auf dem Programm. Wir bedanken uns schon jetzt bei allen Referentinnen und Referenten für Ihre Mühen.

Freuen Sie sich auf ein spannendes und informatives Programm am 20. Österreichischen Chirurgentag.

Wir jedenfalls, freuen uns nach zwei Jahren Pause auf ein Wiedersehen mit Ihnen in Baden.

Ihr,

Sebastian Roka

KORRESPONDENZADRESSE

Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka
Präsident BÖC
Alser Straße 4
1090 Wien
E-Mail: sekretariat@boec.at
www.boec.at

Wie kann Zusammenarbeit zwischen Gefäßchirurgie **und Interventioneller Radiologie funktionieren?**

Autoren: W Hofmann[1], M Cejna[2], Feldkirch
[1] Abteilung für Gefäßchirurgie, [2] Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, LKH Feldkirch, Carinagasse 47, 6800 Feldkirch

Einleitung: Die demographische Entwicklung der österreichischen Bevölkerung ist mit einer exponentiellen Zunahme kardiovaskulärer Erkrankungen verbunden. Patienten müssen in immer höherem Alter revaskularisierenden Eingriffen oder der Behandlung von Aneurysmen unterzogen werden.

Der Fortschritt in den interventionellen Therapien (z.B. drug-eluting Technologien) ermöglicht eine langfristig erfolgreiche perkutane Therapie auch bei langstreckigen Gefäßverschlüssen am Oberschenkel, dies durchaus kompetitiv zu klassischen gefäßchirurgischen Zugängen (1). Seit TASC 2007 (2) ist auch an vielen gefäßchirurgischen Abteilungen „endovascular first" das Behandlungsprinzip für akute und chronische Läsionen geworden ist (3, 4).

Fachpolitisch spiegelt sich die Wichtigkeit endovaskulärer Techniken für die Behandlung der Gefäßpatienten auch in der Umbenennung der entsprechenden Fachgesellschaften wider, so erfolgte schon 2009 *die Umbenennung der DGG in Deutsche Gesellschaft für vaskuläre und endovaskulärer Chirurgie.*

In vielen Bereichen der Gefäßmedizin verwischen sich die „klassischen Zugänge", z.B. werden Aortenstentgrafts rein perkutan durchgeführt, offene gefäßchirurgische Zugänge (z.B. TEA der AFC (Arteria femoralis communis)) oft mit endovaskulärer Therapie im in-flow oder out-flow kombiniert. Damit ist die Zeit gekommen das Beste aus beiden Bereichen zu kombinieren. Die auf den Patienten abgestimmte Einbeziehung endovaskulärer und offener Therapieoptionen hat z.B. in der Behandlung des infrarenalen Aortenaneurysmas Vorteile für den Patienten in Hinblick reduzierter Morbidität und Mortalität (5).

Es erscheint daher sinnvoller, statt von Gefäßchirurgie und interventioneller Radiologie von rein endovaskulärer und rein gefäßchirurgischer Therapie als auch von Hybridtherapie zu sprechen.

Hybrid-OP Säle werden immer häufiger der Standard in der Gefäßchirurgie. Im Landeskrankenhaus Feldkirch wurde im Rahmen des Umbaus/ der Sanierung der OP-Säle ein Hybrid OP mit bodenfixierter Angiographie etabliert (Abbildung 1). Durch das Vorhandensein eines Hybrid OPs ist die die Zusammenarbeit unmittelbarer, d.h. oft gemeinsam und nebeneinander am Patienten. Trotzdem bleibt die Trennung in rein perkutane Eingriffe (in der Angiosuite) und Hybrideingriffe (im OP) bestehen.

Für den Gefäßchirurgen ist es aufwendig rein peripher vaskulär oder aortal endovaskuläre Techniken zu erlernen, umgekehrt fehlt aber endovaskulär arbeitenden Disziplinen die Ausbildung und Fähigkeiten (Techniken) in der Durchführung und Versorgung offener Therapien, ebenso der Zugang zu entsprechenden Örtlichkeiten (OP). Damit ist die Gefäßchirurgie eher in der Lage als hybride Disziplin zu arbeiten.

Prinzipiell gilt es für jeden Patienten die optimale Therapie zu finden. Das ist bei gleichzeitiger Kombination chirurgischer und endovaskulärer Armentarien deutlich einfacher als bei früher zumeist hintereinander erfolgenden Eingriffen. Die Limitation dieser „One Stop Shopping" Strategie ist in vielen Bereichen Aufwendigkeit (Zeit) und oft auch die Menge an Kontrastmittel. Die Strahlenbelastung (für Patient und Behandler) rückt auch immer mehr in das Zentrum der Betrachtung, diese steigt zwangsläufig mit vermehrten endovaskulären Zugängen ((6, 7)). Eine Kombination von offener und endovaskulärer Therapie macht Sinn. Die tägliche Erfahrung an so manchem Standort zeigt aber, dass, wenn auch primär gewollt, die Zusammenarbeit zwischen interventioneller Radiologie und Gefäßchirurgie nicht immer ein Selbstläufer ist.

Wir wollen hier aufzeigen, wie die Zusammenarbeit zwischen den beiden Disziplinen entstehen und funktionieren kann, beziehungsweise welche Voraussetzungen benötigt werden.

Auch wenn es zu einfach klingt, ist gegenseitiges Vertrauen und gegenseitige Wertschätzung (auch hinsichtlich der verbesserten Therapieoptionen) die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Warum macht Zusammenarbeit Sinn?

Es ist nicht nur der Patient, der von einer reibungslosen Zusammenarbeit zwischen den beiden agierenden Disziplinen profitiert. Auch die einzelnen Akteure profitieren, da man sich bei auftretenden Problemen jeweils gegenseitig unterstützen kann. Zum Beispiel wenn nach dem Versagen eines perkutanen Verschlusssystems die schnelle operativer Revision hilft größeren Schaden abzuwenden oder wenn nach frustraner Rekanalisation mit konsekutiver klinischer Verschlechterung eine akute offen Revaskularisation möglich ist. Umgekehrt ist es für den Gefäßchirurgen eine große Unterstützung, wenn Blutungen bei Beckentraume mittels Embolisation interventionell behandelt werden oder Stenosen an Bypassanastomosen mittels PTA behoben werden oder iliakal eine unmittelbare (x-over) endovaskuläre Sanierung nach suboptimaler Desobliteration möglich ist.

Wie nähert man sich als Gefäßchirurg den interventionellen (endovaskulären) Techniken?

Hierzu sind intraoperative, transluminale Behandlungen von Stenosen an Dialyseshunts im Rahmen einer Shuntthrombektomie oder transluminale Behandlungen der Beckenetage mittels Stents / Dehnung zur Einstromverbesserung am besten geeignet, prinzipiell ist das auch Inhalt der Ausbildungsordnung.

Mit steigender Erfahrung wurden an unserer Abteilung im Rahmen hybrider Eingriffe die behandelten Beckenläsionen komplexer, es wurden zunehmend auch Verschlüsse rekanalisiert und mit Stents versorgt oder auch komplexe Pathologien bei nicht ideal operablen Patienten (Abbildung 2).

Entsprechend der Lernkurve standen dann zunehmend die Gefäßchirurgen erfolgreich allein am Tisch. Aus Sicht eines Gefäßchirurgen sind die antegraden Eingriffe infrainguinal als etwas schwieriger einzustufen, Dissektionen können mehr Probleme bereiten als in der Beckenetage und die Verschlüsse sind teilweise länger, wie in der Beckentage oft auch massiv verkalkt. Allerdings stand dankenswerter Weise die Radiologie auf Abruf immer mit Rat und Tat zur Seite.

Voraussetzungen für eine reibungslose Zusammenarbeit sind:

Eine gemeinsame Besprechung, in der die Patienten bei denen verschiedene Behandlungsoptionen bestehen vorgestellt werden. Bei entsprechender sonographischer (Duplex) und Schnittbilddiagnostik ist in einem Großteil der Fälle die Therapie durch die Art der Läsion vorgegeben. Zum Beispiel ist die Stenose der AFS im Stadium IIB nie eine Indikation für ein offenes chirurgisches Vorgehen, außer in Kombination mit einer Sanierung von Obstruktionen der AFC, also wenn ein hybrides Verfahren benötigt wird.

Will man offene und transluminale chirurgische Techniken kombinieren ist eine optimale Bildgebung in einem gut ausgestatteten OP-Saal sehr hilfreich. Ein alleiniger Zugriff auf einen Standard C-Bogen reduziert die endovaskulären Optionen doch beträchtlich. Ein Hybrid-OP verbessert die Behandlungsoptionen immens.

Neben der Qualitätsverbesserung in der Bildgebung, ist ein Hybrid OP aber auch aus Sicht des Strahlenschutzes für die Akteure von entscheidendem Vorteil, da häufig mit dem neuen Raum auch neben den in den Geräten inkludierten Strahlenschutzoptionen („Last Image Hold“, kontrollierte Einblendung ohne Durchleuchtung, Dosisreduktion in der Durchleuchtung/ Serie) „State oft the Art“ Strahlenschutz entsteht, z.B. Untertisch- und Oberkörperschutz, zusätzliche Bleiglasschutzabdeckungen. Dies ist auch in der Literatur schon sehr gut dargestellt (8, 9).

Die Erfolgsraten endovaskulärer Eingriffe wird nicht nur durch die persönliche Erfahrung des Operateurs, sondern auch durch die zur Verfügung stehenden Materialien maßgeblich beeinflusst. Deshalb ist in einem interdisziplinären Setting ein gemeinsames Material - Lager von Vorteil. Optimal ist, wenn die einzelnen Operateure, egal von welcher Disziplin, auch die Erfahrungen mit den einzelnen Devices an das gesamte Team weitergeben, dies ist auch Teil der individuellen Lernkurven.

Das gemeinsame Arbeiten am OP-Tisch ist ein Kann und kein Muss! Eine unnötige Bindung an (menschlichen) Ressourcen ist wie überall in der Medizin zu vermeiden. Bei insgesamt aber steigenden Fallzahlen hat die interventionelle Radiologie durch Überlassen der intra-operativen endovaskulären Techniken an die Gefäßchirurgie die Möglichkeit die so entstandenen freien Ressourcen anderswo einzusetzen. Die rein perkutanen vaskulären Eingriffe nehmen zu, zusätzlich sind die Zahlen in den letzten Jahren auch in anderen Bereichen deutlich gestiegen (Trauma – Embolisationen, (Blutungs-)Embolisationen nach chirurgischen Eingriffen, Schlaganfallmechanische Thrombektomie, interventionelle Onkologie).

Zusammenfassend hat die an unserem Haus über die Jahre entstandene reibungslose Zusammenarbeit sowohl für Patienten als auch die beteiligten Mitarbeiter eine deutliche Qualitätssteigerung gebracht. Als Ziel sehen wir ein peripher endovaskuläres Gefäßteam dessen Mitglieder aus beiden Abteilungen rekrutiert werden. □

KORRESPONDENZADRESSEN

Prim Univ. Doz. Dr. Wolfgang Hofmann
Abteilung für Gefäßchirurgie
Landeskrankenhaus Feldkirch
Carinagasse 47
6800 Feldkirch
wolfgang.hofmann@lkhf.at

Prim Univ. Doz. Dr. Manfred Cejna MSc
Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie
Landeskrankenhaus Feldkirch
Carinagasse 47
6800 Feldkirch
manfred.cejna@lkhf.at

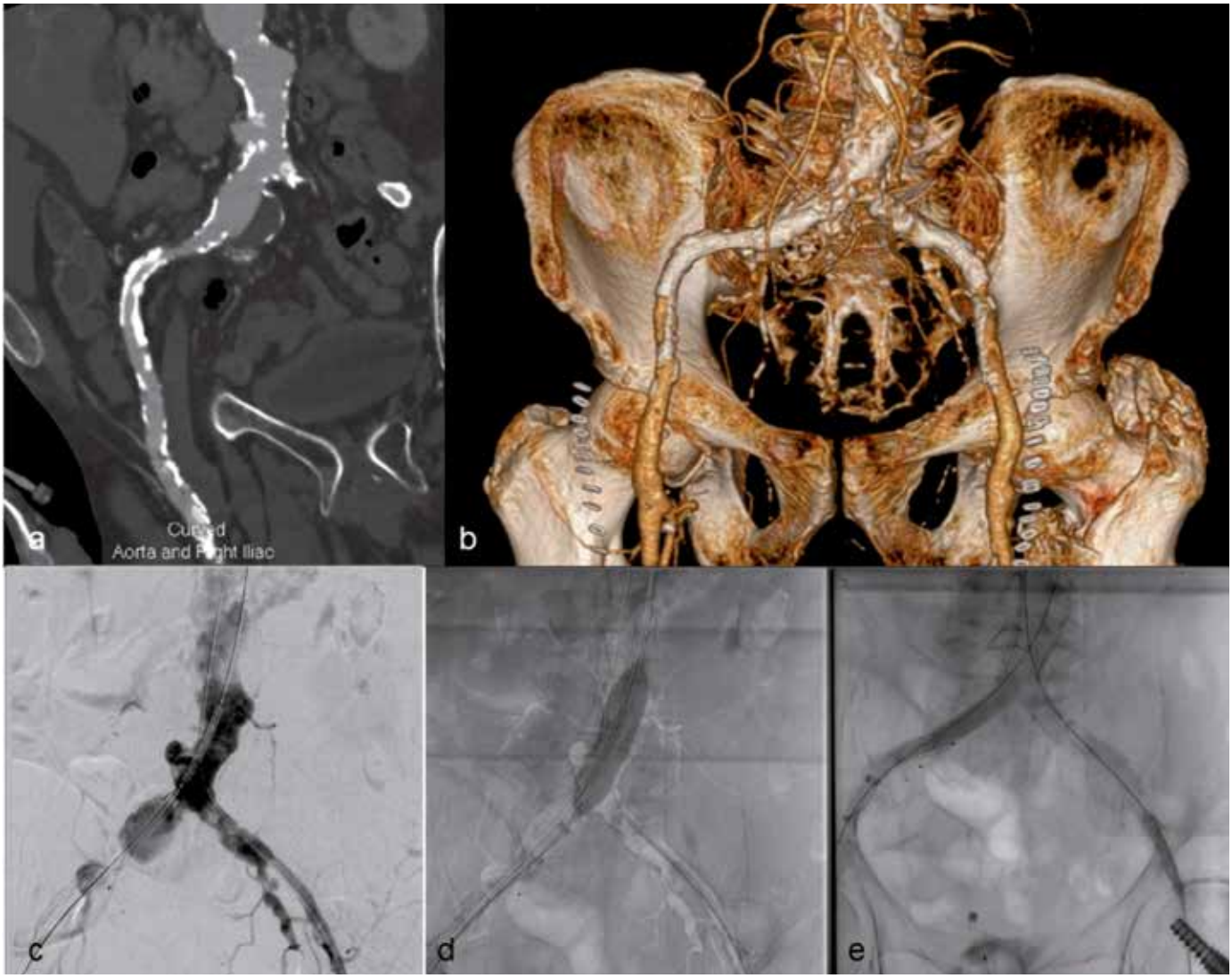
LITERATURVERZEICHNIS

1. Bosiers M, Setacci C, De Donato G, Torsello G, Silveira PG, Deloose K, et al. ZILVERPASS Study: ZILVER PTX Stent vs Bypass Surgery in Femoropopliteal Lesions. J Endovasc Ther. 2020;27(2):287-95.
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;33 Suppl 1:S1-75.
3. DeCarlo C, Latz CA, Boitano LT, Mohebali J, Schwartz SI, Eagleton MJ, et al. An Endovascular-First Approach for Aortoiliac Occlusive Disease is Safe: Prior Endovascular Intervention is Not Associated with Inferior Outcomes after Aortofemoral Bypass. Ann Vasc Surg. 2021;70:62-9.
4. Poursina O, Elizondo-Adamchik H, Montero-Baker M, Pallister ZS, Mills JL, Sr., Chung J. Safety and efficacy of an endovascular-first approach to acute limb ischemia. J Vasc Surg. 2021;73(5):1741-9.
5. Teufelsbauer H, Polterauer P, Lammer J, Huk I, Kretschmer G. Endovascular versus open surgical AAA exclusion techniques the importance of individual patient selection criteria. Acta Chir Belg. 2007;107(2):103-8.

6. de Ruiter QMB, Moll FL, Hazenberg C, van Herwaarden JA. Radiation Awareness for Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair in the Hybrid Operating Room: An Instant Operator Risk Chart for Daily Practice. J Endovasc Ther. 2021;28(4):530-41.
7. Hertault A, Bianchini A, Amiot S, Chenorhokian H, Laurent-Daniel F, Chakfe N, et al. Editor's Choice - Comprehensive Literature Review of Radiation Levels During Endovascular Aortic Repair in Cathlabs and Operating Theatres. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2020;60(3):374-85.
8. Serna Santos J, Uusi-Simola J, Kaasalainen T, Aho P, Venermo M. Radiation Doses to Staff in a Hybrid Operating Room: An Anthropomorphic Phantom Study with Active Electronic Dosimeters. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2020;59(4):654-60.
9. Boeckler D. Praktische Tipps für den persönlichen Strahlenschutz bei endovaskulären Eingriffen im Hybrid-Operationssaal. Gefässchirurgie. 2020;25:19-25.

Abbildung 1
Hybrid OP am LKH Feldkirch mit Siemens ARTIS Pheno

Abbildung 2
Komplexe kombinierte Hybrid-Rekonstruktion bei einem 73-jährigen Patienten mit schwerer pAVKIIb bds mit hochgradigen Stenosen der AFC beidseits (durch TEA beidseits), Stenosen der Arteria iliaca externa rechts (gecoverte Stents) und eine Abgangsstenosen der Arteria iliaca communis links mittels CERAB (Covered endovascular reconstruction of aortic bifurcation). Zusätzlich wurden durch die CERAB ein größenprogredientes PAU der distalen Aorta, ein Aneurysma der A. iliaca communis rechts saniert. Dafür wurde auch der Abgang der Arteria iliaca interna rechts mit einem Amplatzer Plug verschlossen.
Gekurvte planare CT-Rekonstruktion und DSA mit Darstellung des PAU, des Aneurysmas der Arteria iliaca communis re, der Stenose der proximalen Arteria iliaca externa rechts (a, c), CT Volume Rendering (VRT) nach CERAB und Plug der A. iliaca communis und TEA der AFC bds (b), CERAB (d) und Angioplastie der gesamten Beckenetage (d).



How I do it –
Die operative Behandlung der A. carotis interna Stenose

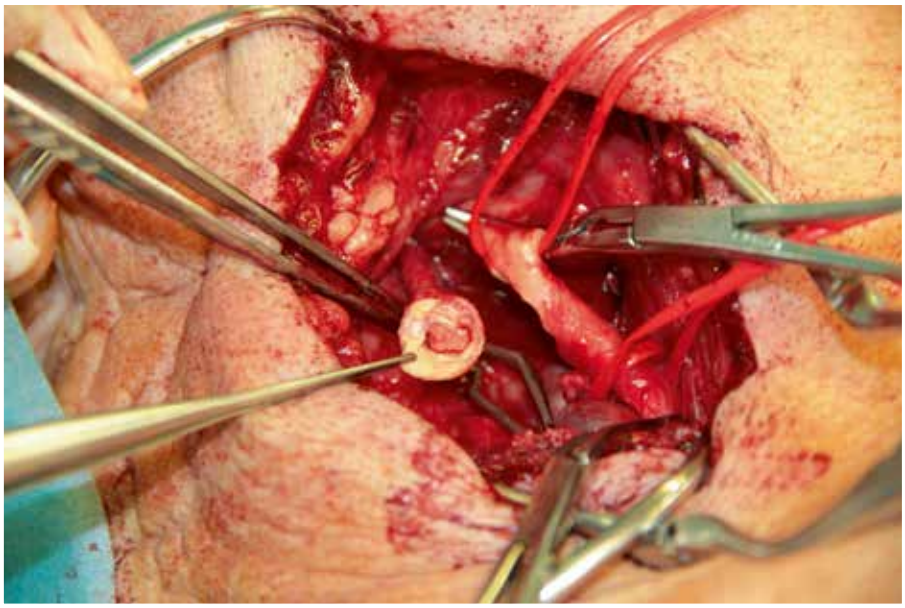
Autor: K. Linni

Die Stenose der Arteria carotis interna verursacht 20 % aller Schlaganfälle. Die Diagnosestellung der A. carotis interna Stenose erfolgt durch die Ultraschalluntersuchung in Kombination mit einer Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie. Zusätzlich werden bei uns präoperativ alle Patienten neurologisch und HNO-fachärztlich begutachtet.

Der neurologischen Überwachung wegen erfolgt der Eingriff üblicherweise in Regionalanästhesie. Falls der Patient sehr unruhig ist oder Kommunikationsschwierigkeiten bestehen, empfehlen wir eine Allgemeinnarkose. Als zusätzliches neurologisches Monitoring verwendet die Anästhesie eine zerebrale Oxymetrie.

An unserer Abteilung werden zwei chirurgische Techniken (Eversionsendarterektomie und Thrombendarterektomie mit Shunt und Patchplastik) angewendet.

Die Halsschlagaderoperation beginnt mit einem Hautschnitt entlang des Vorderrandes des Musculus sternocleidomastoideus. Danach erfolgen Durchtrennung des Platysmas und Aufsuchen der Vena jugularis interna. Danach wird die Vena facialis ligiert und durchtrennt. Üblicherweise findet sich medio-dorsal die Karotisgabel. Danach wird die A. carotis communis freipräpariert und angeschlungen. An der anterioren Seite der Karotis findet sich üblicherweise die Ansa cervicalis, welche bei Notwendigkeit durchtrennt werden kann. Lateral zeigt sich der Nervus vagus. Danach werden A. carotis externa und interna freipräpariert. Ob das Glomus caroticum entfernt werden muss oder nicht, hängt vom Situs ab. Danach wird der Nervus hypoglossus dargestellt. Falls die Karotisgabel sehr weit nach cranial verlagert ist oder der Karotisplaque sehr lange ist, muss der Nervus hypoglossus mobilisiert werden, um die Präparation der A. carotis interna nach cranial zu gewährleisten. In diesen Fällen muss häufig auch die weiter cranial ins Gesichtsfeld kommende Sehne des Musculus digastricus durchtrennt werden. Falls eine symptomatische Karotisstenose besteht, empfehlen wir eine möglichst schonende Präparation der Karotisgabel, um keine Embolie zu provozieren („No-touch technique“). In weiterer Folge werden durch die Anästhesie 5000 IE Heparin systemisch verabreicht.



Bei der Eversionsthrombendarterektomie werden in weiterer Folge A. carotis interna, communis und externa geklemmt. Der Patient/die Patientin hat in der kontralateralen Hand eine quietschende Gummiente. Damit kann die Neurologie überprüft werden. Der Patient wird aufgefordert, die Gummiente nach dem Klemmmanöver regelmäßig zusammenzudrücken. Zusätzlich wird die zerebrale Oxymetrie begutachtet. Wenn das Klemmmanöver gut toleriert wird, wird die A. carotis interna am Abgang durchtrennt und das Gefäß evertiert (umgestülpt). Die Eversion erfolgt bis zu dem Punkt, wo der stenosierende Plaque ausläuft. Falls die A. carotis communis sehr stark verkalkt ist, erfolgt eine lokale Thrombendarterektomie derselben. Die A. carotis externa wir auch mittels Eversionsendarterektomie behandelt. Danach erfolgt die Reinsertion der A. carotis interna in die A. carotis communis mit Prolene 6/0 in Fortlauftechnik. Kurz vor Fertigstellung der Anastomose wird diese entlüftet und gespült. Danach wird die Anastomose fertiggestellt und der Blutstrom zunächst in die A. carotis externa (damit eventuelle Gerinnsel nicht in die Internastrombahn gelangen) und danach in die A. carotis interna freigegeben.

Bei der Thrombendarterektomie mit Patchplastik wird nach Klemmung der A. carotis interna, communis und externa die A. carotis communis der Länge nach in die A. carotis interna hinein inzidiert. Die Inzision in die A. carotis interna erfolgt soweit, bis der stenosierende Plaque ausgelaufen ist. Danach wird das Shuntröhrchen in die A. carotis eingebracht.

Danach erfolgt die Thrombendarterektomie der A. carotis communis und interna. Die A. carotis externa wird mittels Eversion behandelt. Danach wird in die Gefäßinzision eine Patchplastik (üblicherweise Rinderperikard) mit Prolene 6/0 in Fortlauftechnik eingenäht. Kurz vor der Fertigstellung der Patchplastik wird das Shuntröhrchen entfernt, die Gefäße werden nochmals geklemmt und die Patchplastik wird fertiggestellt. Danach wird der Blutstrom zunächst in die A. carotis externa und in weiterer Folge in die A. carotis interna freigegeben. Der Vorteil dieser OP Technik besteht darin, dass durch das Shuntröhrchen die zerebrale Durchblutung kontinuierlich gewährleistet ist.

Nach Abschluss der Gefäßrekonstruktion machen wir intraoperativ sowohl bei der Eversionstechnik als auch bei der Thrombendarterektomie mit Patchplastik eine konventionelle Angiographie zur Qualitätskontrolle.

Postoperativ wird der Patient/die Patientin nochmals neurologisch und HNO-fachärztlich begutachtet und kann üblicherweise 2 Tage nach dem Eingriff das Krankenhaus mit Thrombo Ass 100 mg 1x1 verlassen. □

KORRESPONDENZADRESSE

Privatdozent Dr. Klaus Linni
Divisionsleiter der Gefäßchirurgie und endovaskulären Chirurgie
der Univ. Klinik für Herzchirurgie, Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie PMU Salzburg
5020 Salzburg, Müllner Hauptstrasse 48
E-Mail: k.linni@salk.at

How I do it – **Chirurgische Therapie der A. carotis interna Stenose**

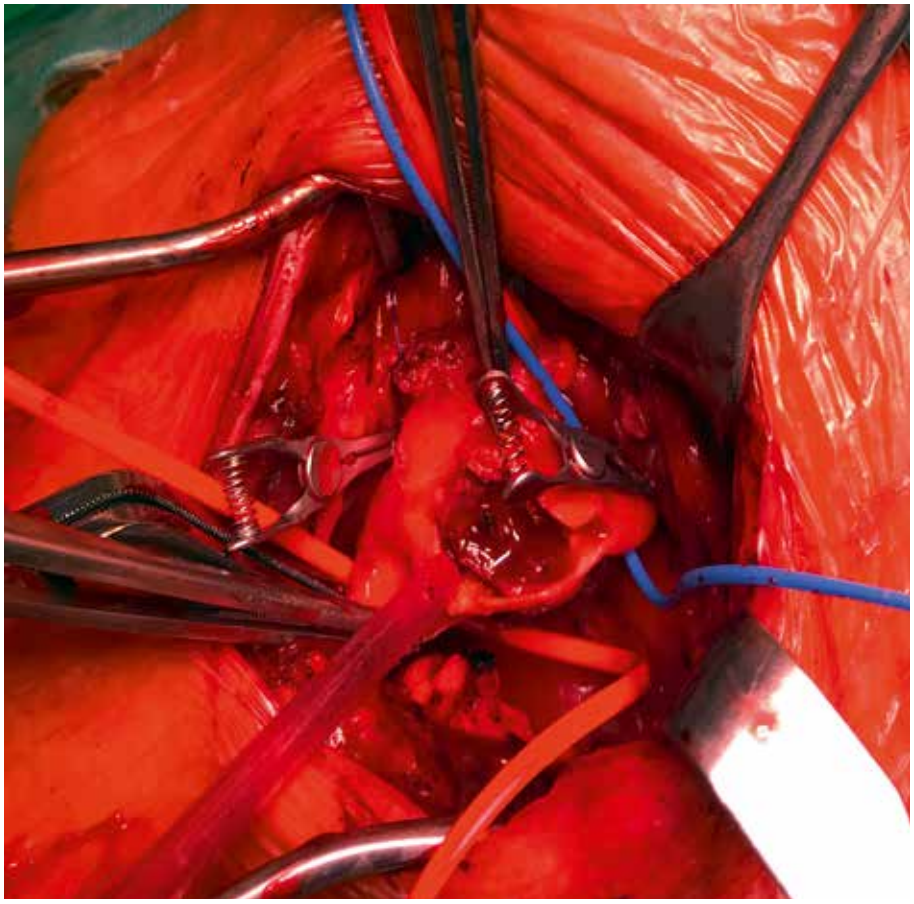
Autor: C. Neumayer

Die Atherosklerose ist die Hauptursache für den Großteil (> 90 %) der Carotisstenosen, die für ca. 20 % aller Schlaganfälle verantwortlich sind. Bei über 80 Jährigen findet man bei ca. 7 % eine asymptomatische höhergradige Stenose, doppelt so oft wie bei Frauen. An unserer Institution sind ca. 2/3 der zu operierenden Patienten symptomatisch, dh. sie haben bereits ein „Schlagerl" oder einen Schlaganfall erlitten. Die Erhebung der Symptome ist zudem von prognostischem Wert (1). Lediglich 1/3 unserer Patienten ist asymptomatisch und wird zwecks Schlaganfallprophylaxe operiert. Die Diagnose erfolgt mittels Duplexsonographie und einer Bildgebung (Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie), um v.a. bei asymptomatischen Patienten klinisch stumme, kleinste Infarkte auszuschließen. Grundlage für die Operationsindikation sind die aktuellen Richtlinien für die Behandlung der Carotisstenose (2). Neben dem Stenoseausmass und der Flussgeschwindigkeit spielt auch die Plaquequalität (weich – gemischt – hart) eine entscheidende Rolle.

Die Oeration erfolgt routinemäßig in Allgemeinanästhesie unter Neuromonitoring mittels seitengetrennter Oxymetrie. Üblicherweise wird eine klassische Thrombendarterektomie mit Patchplastik vorgenommen, nur im Ausnahmefall wird bei kurzstreckigen Stenosen eine Eversionsendarterektomie durchgeführt. Der Vorteil der klassischen Endarterektomie liegt vor allem darin, dass man – falls der Plaque nicht ausläuft – distal eine Stufenfixation vornehmen kann, und damit ein Flottieren der Intima mit sämtlichen unerwünschten Konsequenzen wie Thrombose, Embolie oder Rezidivstenose etc. vermieden werden kann.

Die Operation beginnt mit einem Hautschnitt entlang des Vorderrandes des M. sternocleido-mastoideus. Schon zu Beginn wird eine Heparinisierung entsprechend dem Körpergewicht und in Abhängigkeit von der Nierenfunktion veranlasst. In weiterer Folge wird intraoperativ eine ACT Messung zwecks Monitoring der Gerin-

nungssituation etabliert. Zudem erfolgt eine präemptive antibiotische Abschirmung. Nach Durchtrennung des Platysma und Aufsuchen der Vena jugularis interna wird die V. facialis ligiert und durchtrennt. Danach wird proximal die A. carotis communis dargestellt und angeschlungen. Die Ansa cervicalis wird wenn möglich geschont. Danach werden A. carotis externa und interna dargestellt. Das Glomus caroticum wird mit Xylocain zur Bradykardieprophylaxe versorgt. Der N. hypoglossus wird üblicherweise dargestellt und im Falle einer langstreckigen Stenose oder einer hohen Bifurkation mobilisiert: allenfalls muß der R. sternocleidomastoideus durchtrennt werden. Eine Durchtrennung der Sehne des Musculus digastricus ist extrem selten erforderlich, zumeist wurde dann bereits eine nasotracheale Intubation veranlasst. Eine erforderliche Exartikulation des Kieferwinkels durch die Kieferchirurgen ist eine Rarität. Prinzipiell erfolgt eine möglichst schonende Präparation der Carotiden im Sinne der„No-touch“ Technik um das Embolierisiko zu minimieren. Weiters wird vor der Klemme eine protektive Hypertonie durch die Anästhesie erbeten, um die cerebrale Perfusion zu optimieren.



Je nach Ausgangswert sollten die systolischen Blutdruckwerte um 170 bis 190 mm Hg liegen. Bei Bedarf wird nochmalig Heparin nachgegeben. Längsincision mit der 11er Klinge und Erweiterung mit der Winkelschere in die A. carotis interna hinein, danach nach proximal in die A. carotis communis. Ablösen der Plaqueformationen mit dem Dissektor, Anlegen von Haltenähten: ein Teil wird für die histologische Untersuchung samt Klassifikation des Plaque entsprechend der American Heart Association (AHA), der andere Teil wird für die wissenschaftlichen Aufarbeitung im Rahmen von Biomarkerstudien verwendet, sofern die PatientInnen dazu ihr Einverständnis erteilt haben. Sollte die Sauerstoffsättigung um mehr als 1 Drittel vom Ausgangswert absinken wird ein Shunt eingelegt. Bei kontralateralem Verschluss wird ein Shunt a priori angedacht. Die regelhafte Verwendung eines Shunts macht laut wissenschaftlicher Literatur keinen Sinn, da eine etwas reduzierte Ischämierate durch eine beträchtlich erhöhte Schlaganfallrate konterkariert wird. An der A. carotis externa wird eine Eversionendarterektomie durchgeführt. Nach Spülung mit Heparin/Kochsalzlösung sollten keine Intimalefzen mehr vorliegen. Nun Anlegen von Stufenfixationsnähten für den Fall, dass die Intima-läsion nach distal nicht ausläuft mit Prolene 7.0, doppelt armiert, gestochen von Innen nach Außen. Zusätzlich wird überprüft, ob es aus der A. carotis interna einen guten pulsatilen Rückfluß gibt. Danach wird die Rekonstruktion in Form einer Patchplastik mit Prolene 6.0 in fortlaufender Nahttechnik eingenäht. Als Patchmaterial wird Perikard, üblicherweise 8 mm breit verwendet, bevorzugt Perikard (BioIntegral). Sollte der Patient bzw. die Patientin immunsupprimiert sein (Z.n Transplantation, Cortisontherapie etc.) wird die autologe V. saphena magna zum Einsatz kommen. Nach retro- und antegradem Flushmanoever wird die Nahtreihe komplettiert und der Blutfluß zunächst in die A. carotis externa, danach in die A. carotis interna freigegeben. Einlage eines Redondrains Ch 14, Verschluss des Platysma in Einzelknopftechnik ebenso der Subkutis und Hautnähte.

Überprüfen und Dokumentation der Neurologie nach Extubation ist obligat. Die Drainage wird am 2. postoperativen Tag entfernt, eine Entlassung ist ab dem 3. postoperativen Tag üblich. Frühzeitige Ultraschallkontrolle nach 1 bis 2 Wochen im Sinne der Qualitätskontrolle, danach nach 3 Monaten um ein Problem bedingt durch eine überbordende Neointimaproliferation frühzeitig zu erfassen. Im Weiteren wird eine Duplexkontrolle 1 x jährlich empfohlen.

Da derzeit bei asymptomatischen PatientInnen keine bildgebende Modalität vulnerable Plaques mit hohem Embolierisiko verlässlich detektieren kann, ist man auf der Suche nach Biomarkern, die hier zusätzlich Hilfestellung zur Operationsindikation pro futuro bieten könnten (3). Diesbezüglich wird auch an der eigenen Institution geforscht (4, 5). □

LITERATUR:

1. 1. Ball S. et al (2020): Eur J Vasc Endovasc 59: 516-24
2. 2. Naylor A. R. et al. (2018): Eur J Vasc Endovasc Surg 55: 3-81
3. 3. Martinez E. et al. (2020): J Vasc Surg 71: 329-41
4. 4. Eilenberg W. et al. (2017): Cardiovasc Diabetol 16 (98): 1-11
5. 5. Eilenberg W. et al. (2019): Eur J Vasc Endovasc Surg 57: 768-77 Abb.1. weicher Plaque der A. carotis interna bei symptomatischer A. carotis interna Stenose

KORRESPONDENZADRESSE

A.o. Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph Neumayer
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie
Klinische Abteilung für Gefäßchirurgie
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
E-Mail: christoph.neumayer@meduniwien.ac.at

Berufsverband Österreichischer Chirurgen

BÖC Akademie

13. November 2021

10. Forum Niedergelassener Chirurgen

Congress Casino Baden

PROGRAMM

08.00 – 10.00 Proktologie in der täglichen Praxis
(Diagnostik / Therapieoptionen)
Vorsitz: Dr. Karl Wollein

08.00 – 08.45 Prof. Andreas SALAT
08.45 – 09.00 Diskussion

09.00 – 09.45 Prof. Ingrid HAUNOLD
09.45 – 10.00 Diskussion

10.00 – 10.30 Kaffeepause

10.30 – 11.45 Update Coloskopie
Vorsitz: Dr. Karl Wollein

10.30 – 11.15 Prof. Michael HÄFNER
11.15 – 11.45 Diskussion

11.45 – 12.45 Standespolitik / Aktuelles aus der Kammer
Vorsitz: Dr. Karl Wollein

11.45 – 12.15 TBC
12.15 – 12.45 Diskussion

in Kooperation mit:

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

www.boec.at

Prof. Strobel

Portrait
Univ. Prof. Dr. Oliver Strobel

Leiter der Klinischen Abteilung für Visceralchirurgie
Vorstand der Univ. Klinik für Allgemeinchirurgie,
MedUni Wien und AKH Wien

ÖGCH: Herr Prof. Strobel, Sie sind in Wien angekommen, Sie haben die Stelle eines Vorstandes der Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie an der MedUni Wien erlangt! In den letzten Jahrzehnten ist das deutschen Chirurgen, die sich beworben haben, Prof. Stelzner, Prof. Schumpelick, nicht gelungen. Worauf führen Sie diesen Erfolg zurück?

Prof. Strobel: Ich schätze mich natürlich sehr glücklich, dass ich diese Position übernehmen durfte. Für so einen Erfolg muss vieles zusammenpassen. Ich durfte an meinen bisherigen Stationen, insbesondere am Universitätsklinikum Heidelberg eine langjährige und sehr fundierte chirurgisch-klinische und auch wissenschaftliche Ausbildung genießen und konnte mich damit auf eine akademische Leitungsposition gut vorbereiten. Mit einem breiten Spektrum in der onkologischen Viszeralchirurgie und viszeralen Transplantationschirurgie und einem gleichzeitig hohen Interesse an der translationalen Wissenschaft habe ich gut auf das angefragte Anforderungsprofil an der MedUni Wien gepasst. Eine gewisse Vorsicht und Zurückhaltung in der Eigendarstellung könnte sich ebenfalls positiv ausgewirkt haben.

ÖGCH: Beginnen wir von vorne, wie war Ihr Werdegang?

Prof. Strobel: Meine Kindheit verbrachte ich in meinem Elternhaus in Plochingen bei Stuttgart und besuchte dort auch Grundschule und Gymnasium. Ich komme also aus dem Schwabenland, man hört's mir ja auch an. In der Schule interessierten mich vor allem die Naturwissenschaften, insbesondere die Biologie, aber auch Mathematik und Sprachen. Durch mein Interesse für Naturwissenschaften und weil ich in meinem späteren Beruf eng mit Menschen umgehen wollte, fiel die Studienwahl auf Medizin. Im Studium in Homburg an der Saar interessierte mich rasch die Chirurgie. Ich erkannte, dass mich in der Medizin nicht nur das naturwissenschaftliche und der Umgang mit Menschen, sondern auch das Handwerkliche interessierte. Besonders prägend waren für mich Beobachtungen des unmittelbaren Bezugs zwischen operativem Eingriff und Therapieerfolg in der Chirurgie. Motiviert durch entsprechende Famulaturen tendierte ich zunächst in Richtung der Unfallchirurgie und wählte auch eine chirurgisch-experimentelle Doktorarbeit.

ÖGCH: Wie ging es dann weiter?

Prof. Strobel: Das chirurgische Tertial des klinisch-praktischen Jahres verbrachte ich am Inselspital, Univ.-Klinik Bern, in der damaligen Klinik, von Prof. Markus Büchler. Ab diesem Zeitpunkt war für mich klar, dass die Viszeralchirurgie für mich genau das richtige Fach war. An der Klinik von Prof. Büchler begeisterte mich die enge Verbindung von klinischer Arbeit und Wissenschaftlichkeit in der Behandlung und Erforschung viszeralchirurgischer Krankheitsbilder. Natürlich insbesondere beim Pankreaskarzinom, das sich dann auch zu einem meiner klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte entwickelt hat. Die weiteren Tertiale des klinisch-praktischen Jahres verbrachte ich in Paris, Frankreich mit Innerer Medizin und in Homburg.

ÖGCH: Sie sprechen also auch französisch?

Prof. Strobel: Ja, französisch hatte ich in der Schule und habe zudem ein Jahr des klinischen Medizinstudiums als Erasmus Student in Rennes in der Bretagne verbracht.

ÖGCH: Gab es schon früher einen Bezug zu Österreich?

Prof. Strobel: Ja den gibt es; meine Eltern haben eine Ferienwohnung in Heiligenblut. So verbrachte ich seit Kleinkind-Zeiten Sommer- und Winterferien eben dort und lernte Skifahren und Bergsteigen, Hobbys, die ich bis jetzt leidenschaftlich ausübe.

ÖGCH: Sie verzeihen die indiskrete Frage: Bei so viel Erfolg im Beruf, Sport und Reisen ergibt sich die Frage nach Partnerschaft und Familiengründung?

Prof. Strobel: Natürlich. Da war ich auch schon fast dran, aber dann hat es eben letztendlich nicht funktioniert. Nachdem ich nun beruflich meinen Lebensmittelpunkt in Wien gefunden habe, hoffe ich auch privat mein Glück in Wien zu finden.

ÖGCH: Zurück zum Beruf; wie ging die Reise des Oliver Strobel weiter?

Prof. Strobel: Ich begann die chirurgische Ausbildung und wissenschaftliche Tätigkeit als Assistenzarzt bei Prof. Büchler in Bern, übersiedelte mit ihm 2001 nach Heidelberg. Wissenschaftlich kristallisierte sich ein starkes onkologisches Interesse heraus, weshalb ich 2 Jahre am Mass General Hospital und der Harvard Medical School, in Boston rein in der Forschung verbrachte zum Thema molekulare und zellulärer Genese des Pankreaskarzinoms. Die bewusste Entscheidung als akademischer Chirurg eine Zeitlang nur Wissenschaft zu betreiben hat sich bewährt. Diese Zeit war für mich enorm lehrreich und die Arbeiten aus dieser Zeit waren der Grundstock für meine weitere Forschungsarbeit und die Habilitation nach der Rückkehr nach Heidelberg.

ÖGCH: Wie kam es zum Karrieresprung?

Prof. Strobel: Wien war ein echter Glücksfall. Schließlich wollten eine Reihe hochqualifizierter Professor*innen für Chirurgie ebenso wie ich diese Stelle. Mein berufliches Lebensziel war immer Leitungsposition an einer Universitätsklinik, da mich die Kombination aus Patientenversorgung. Wissenschaft und Lehre begeistert und motiviert. Dass ich nun an einer so traditionsreichen und renommierten Institution arbeiten darf erfüllt mich mit großer Freude und großem Stolz. Natürlich ist es auch eine große Aufgabe und Herausforderung, das enorme Potenzial der Klinik optimal zu nutzen und weiterzuentwickeln.

ÖGCH: Wie war Ihr Start in Wien; Wien ist ja nicht nur Med-Uni, sondern auch eine der lebenswertesten Städte der Welt mit einem unendlichen Angebot an kulturellen und Freizeit-Möglichkeiten.

Prof. Strobel: Ich habe am 01.01.2021 in der COVID-Zeit und damit unter außergewöhnlichen Bedingungenbegonnen. Die COVID-bedingten Einschränkungen haben uns in der Allgemeinchirurgie als großem operativem Fach natürlich vor ganz besondere Herausforderungen gestellt, insbesondere durch die Einschränkungen in der OP- und Intensivkapazität. Dennoch bin ich mit dem Start sehr zufrieden: Durch hervorragende Organisation und interdisziplinäre Abstimmung ist es im AKH gelungen, die eingeschränkten Ressourcen optimal zu nutzen und so die Patienten zeitgerecht zu versorgen. Besonders wichtig war uns das bei onkologischen Patienten. Als größere Einschränkung habe ich in den ersten Monaten meiner Zeit in Wien die sozialen Einschränkungen empfunden. Natürlich konnte ich hier viele Freizeitwerte nicht erleben, die Wien so lebenswert machen. Sicher war es ja aber auch gut, dass ich mich daher in den ersten Monaten voll auf die Arbeit konzentrieren konnte. Ich freue mich auf das Mountainbiken im Wienerwald, den Besuch beim Heurigen, die Oper und auf Vieles mehr.

ÖGCH: Politik? Religion?

Sporttage

Prof. Strobel: Ich bin politisch interessiert, wobei mich programmatische Inhalte zu den wesentlichen Themen unserer Zeit mehr als die Treue zu einer Partei interessieren. Jedenfalls ordne ich mich der politischen „Mitte“ zu. Ich kann mich auch als wirtschafts-liberal bezeichnen. Ich bin katholisch. Religion steht für mich aber nicht im Vordergrund. Politisch und hinsichtlich Religion bin ich der Überzeugung, dass ethische Normen sehr wichtig sind und Extreme schädlich und gefährlich sind.

ÖGCH: Sport, Freunde?

Prof. Strobel: Bergsteigen, Tourenschifahren, Radfahren/Mountainbike. – Dabei möchte ich betonen, dass gerade Bergsteigen ein Sport mit viel Teamwork ist (genauso wie die Chirurgie) – ohne den/die Partner ist man verloren! – Ich war auf etlichen Viertausendern, in den Anden sogar über 6000 Meter. – Die meisten Freunde habe ich aus Beruf und den gemeinsamen sportlichen Hobbies und Unternehmungen.

ÖGCH: Zurück zur Chirurgie: Was sind für Sie die Grundsäulen einer akademischen Institution, vor allem in der Chirurgie?

Prof. Strobel: Das sind die Grundsäulen der akademischen Medizin: Patientenversorgung, Wissenschaft, und Lehre, wobei ich hier nicht nur an Lehre für Student*innen, sondern vor allem aber eine hervorragende umfassende chirurgische Ausbildung denke. Gleichermaßen soll die Univ. Klinik für Allgemeinchirurgie für eine optimale chirurgische Versorgung in Österreich stehen. Dazu gehört auch, Chirurg*innen für die Primariatsfunktionen für morgen vorzubereiten.

ÖGCH: Heißt das, dass Sie an der Chirurgischen Klinik verschieden strukturierte Chirurg*innen haben wollen?

Prof. Strobel: In einer modernen Klinik sollten Mitarbeiter*innen entsprechend ihrer Interessen und Stärken gefördert werden. Insofern möchte ich ein System entwickeln, das ein Nebeneinander erlaubt von hochspezialisierten Chirurgen*innen mit klinischem und wissenschaftlichem Fokus auf einen Teilbereich und von breiter ausgebildeten Allgemeinchirurg*innen, die in erster Linie für Primariate infrage kommen. Ich denke, dass wir an Universitäten im deutschsprachigen Raum künftig auch Positionen für Clinician-Scientists, bzw. Surgeon-Scientists schaffen sollten mit geschützter Zeit für Wissenschaft. So wie dies in anderen Ländern bereits erfolgreich etabliert ist. Jedenfalls vertrete ich die Auffassung, dass Chirurg*innen, die Ihre Zukunft langfristig an der Universität sehen, sich dann auch konsequent für die drei akademischen Säulen Patientenversorgung, Wissenschaft und Lehre engagieren sollten.

ÖGCH: Wie ist Ihr Führungsstil, was erwarten Sie von den Mitarbeiter*innen?

Prof Strobel: Ich bekenne mich zu einem partizipativen Führungsstil. Von meinen Mitarbeiter*innen erwarte ich Kritikfähigkeit, genauso wie ich mich jeder Diskussion stelle. Diskussionen haben sachbezogen zu erfolgen unter Hintanstellen persönlicher Interessen hinter die Interessen einer größeren Gruppe wie etwa der Abteilung oder Klinik. Ganz wichtig ist das Bewusstsein, dass alle Mitarbeiter ein starkes Interesse an der gesamten Institution teilen und klar, ist, dass für Leitungsentscheidungen das Gesamtinteresse immer wichtiger sein muss als Partikularinteressen.

ÖGCH: Was wollen Sie im engeren chirurgischen Bereich verbessern?

Prof. Strobel: In der Patientenversorgung eine Schärfung des Profils in der komplexen Viszeralchirurgie, die als Zentrumschirurgie angeboten werden sollte. In der Wissenschaft Akzente insbesondere in der translationalen Forschung setzen. Die Viszeralchirurgie und insbesondere die onkologische Chirurgie soll personalisierter werden. In der Indikationsstellung. In der Wahl der chirurgischen Technik, beispielsweise konventionell offen, laparoskopisch oder robotisch. Im interdisziplinären Therapiedesign insbesondere bei onkologischen Erkrankungen. Voraussetzungen dafür sind neben einem hohen wissenschaftlichen Interesse und Engagement der Mitarbeiter*innen natürlich die entsprechenden Ressourcen an Forschungsflächen und Drittmitteln.

ÖGCH: Haben Sie ein mittelfristiges Ziel?

Prof. Strobel: Die Wiener Klinik soll in 10 Jahren eine führende Stellung in der Allgemein- und Viszeralchirurgie im deutschsprachigen Sprachraum besitzen.

ÖGCH: Danke für das offene Gespräch.

20. Österreichischer **Chirurgentag**

153. Fortbildungsseminar der Fortbildungsakademie der ÖGCH

P R O G R A M M

Donnerstag, 11. November 2021

10.00 – 12.00 SITZUNG 1 – Möglichkeiten und Grenzen der minimal-invasiven Chirurgie
Vorsitz: Sebastian Roka, Wien & Johannes Zacherl, Wien

10.00 – 10.20 Verbreitung der MIC in Österreich
Andreas Shamiyeh, Linz

10.20 – 10.40 Schadet eine Konversion? Der richtige Zeitpunkt zum Umstieg
Helmut Weiss, Salzburg

10.40 – 11.00 Anastomosentechniken in der MIC: oberer GI-Trakt
Johannes Zacherl, Wien

11.00 – 11.20 Anastomosentechniken in der MIC: unterer GI-Trakt
Bernhard Dauser, Wien

11.20 – 11.40 Wieviel Robotics braucht das Land?
Reinhold Függer, Linz

11.40 – 13.00 Mittagspause

13.00 – 15.00 SITZUNG 2 – Fast Track Chirurgie
Vorsitz: Andreas Shamiyeh, Linz & Stefan Schneeberger, Innsbruck

13.00 – 13.20 Präoperative Patientenoptimierung (Prähabilitation)
David Baron, Wien

13.20 – 13.40 Präoperatives Carboloading und Immunonutrition
Friedrich Längle, Wiener Neustadt

13.40 – 14.00 Tagesklinische Chirurgie in Österreich: Möglichkeiten und Grenzen
Alexander Klaus, Wien

14.00 – 14.20 Einfluss der Darmvorbereitung auf Anastomosenkomplikationen
Harald Rosen, Wien

14.20 – 14.40 Fast-Track bei hochstandardisierten Eingriffen – Was können wir von der bariatrischen Chirurgie lernen?
Gerhard Prager, Wien

14.40 – 15.00 Was können Anästhesisten im Fast-Track-Konzept beitragen?
Johann Blasl, Wien

15.00 – 15.30 Kaffeepause

15.30 – 17.30 SITZUNG 3 – Die abdominelle Sepsis
Vorsitz: Martin Bodingbauer, Baden & Alexander Klaus, Wien

15.30 – 15.50 Management der akuten Cholezystitis
Andreas Shamiyeh, Linz

15.50 – 16.10 Akute Pankreatitis – noch eine chirurgische Erkrankung?
Peter Götzinger, St. Pölten

16.10 – 16.30 Alternativen zur Diskontinuitätsresektion in der Peritonitis
Alexander Perathoner, Innsbruck

16.30 – 16.50 Management enteroatmosphärischer Fisteln
Thomas Bachleitner-Hofmann, Wien

16.50 – 17.10 Der Bauchdeckenverschluss nach offener Abdominalbehandlung – optimale Technik, optimaler Zeitpunkt
Gernot Köhler, Linz

17.10 – 17.30 Interventionelle und minimalinvasive Maßnahmen bei abdomineller Sepsis
Helwig Wundsam, Linz

17.30 – 20.00 Networking Event

gemeinsam mit:

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

13. November 2021

10. Forum Niedergelassener Chirurgen

www.boec.at

11. und 12. November 2021

Congress Casino Baden

Berufsverband Österreichischer Chirurgen

P R O G R A M M

Freitag, 12. November 2021

08.00 – 09.00 Generalversammlung

09.00 – 10.40 SITZUNG 4 – Standards in der chirurgischen Onkologie
Vorsitz: Sebastian Roka, Wien & Oliver Strobel, Wien

09.00 – 09.20 Timing der Chirurgie nach neoadjuvanter Therapie: Rektumkarzinom
Gerd Silberhumer, Wien

09.20 – 09.40 Timing der Chirurgie nach neoadjuvanter Therapie: kolorektale Lebermetastasen
Thomas Grünberger, Wien

09.40 – 10.00 Tumorboards: Wie gut sind unsere Entscheidungen?
Oliver Strobel, Wien

10.00 – 10.20 Die korrekte onkologische Resektion: Magen (Video)
Paul Magnus Schneider, Zürich

10.20 – 10.40 Die korrekte onkologische Resektion: CME (Video)
Friedrich Herbst, Wien

10.40 – 11.10 Kaffeepause

11.10 – 12.30 SITZUNG 5 – Alltägliches in der Chirurgie
Vorsitz: Martina Lemmerer, Graz & Albert Tuchmann, Wien

11.10 – 11.30 Arbeitsgesetz und chirurgische Ausbildung – Wunsch trifft Realität
Michael de Cillia, Salzburg

11.30 – 11.50 Traut man sich noch eine Appendizitis klinisch zu diagnostizieren? – Defensivmedizin am Vormarsch?
Peter Tschann, Feldkirch

11.50 – 12.10 Ganz einfach(e) Proktologie?
Martina Lemmerer, Graz

12.10 – 12.30 Was wir aus COVID hätten lernen können?
Stefan Thurner, Wien

12.30 – 13.45 Mittagspause

13.45 – 15.25 SITZUNG 6 – Fokus Lebensqualität
Vorsitz: Patrick Starlinger, Wien & Harald Rosen, Wien

13.45 – 14.05 Chronisch rezidivierende Divertikulitis: Lebensqualität unter konservativer und nach chirurgischer Therapie
Ingrid Haunold, Wien

14.05 – 14.25 Chirurgie als palliative Maßnahme
Sebastian Roka, Wien

14.25 – 14.45 Lebensqualität nach tiefer Rektumresektion
Felix Aigner, Graz

14.45 – 15.05 Lebensqualität bei Kurzdarmsyndrom
Anton Stift, Wien

15.05 – 15.25 Lebensqualität nach multiviszeralen Eingriffen
Matthias Zitt, Dornbirn

15.25 – 15.55 Kaffeepause

15.55 – 17.55 SITZUNG 7 – Komplikationsvermeidung und Komplikationsmanagement
Vorsitz: Georg Györi, Wien & Peter Tschann, Feldkirch

15.55 – 16.15 Die Bedeutung der tiefen Relaxierung zur Komplikationsvermeidung
Stephan Kriwanek, Wien

16.15 – 16.35 Reduzierung von Komplikationen in HPB mit ICG
Karl J. Oldhafer, Hamburg

16.35 – 16.55 Moderne Hämostyptika
Rudolf Schrittwieser, Leoben

16.55 – 17.15 Interdisziplinäres Komplikationsmanagement: oberer GI-Trakt
Georg Spaun, Linz

17.15 – 17.35 Interdisziplinäres Komplikationsmanagement: HPB
Stefan Stättner, Vöcklabruck

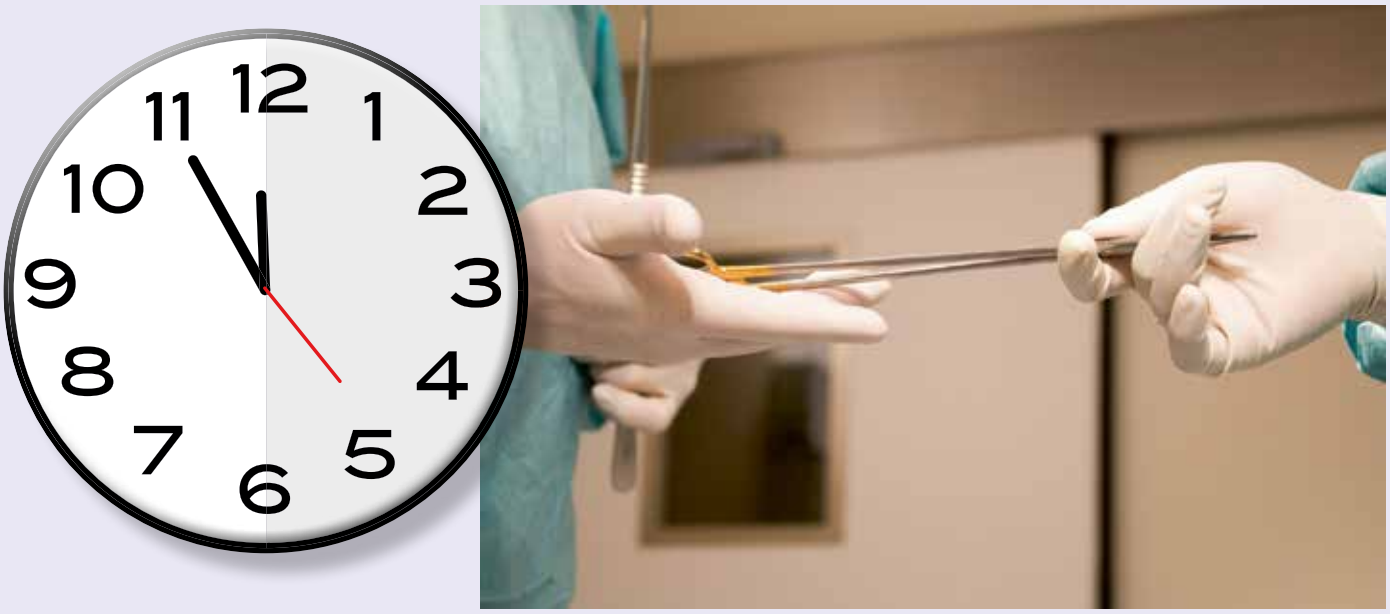
17.35 - 17.55 Interdisziplinäres Komplikationsmanagement: unterer GI-Trakt
Christoph Ausch, Wien

BÖC Akademie

www.boec.at

Plötzlich Facharzt/-ärztin

Autoren: N. Edhofer-Rössler, Krems; N. Hartig, Wien; M. de Cillia, Salzburg



Nach einem Studium der Humanmedizin noch weitere 6 Jahre der Facharztausbildung im Fach der Allgemeinchirurgie anzuhängen erscheint für viele zu Beginn wie eine halbe Ewigkeit. Doch verschiebt sich der Arbeitsbereich von der Ambulanz erst einmal Richtung OP-Saal, so wünscht man sich am Ende vielleicht das ein oder andere Monat an Erfahrung noch dazu. Erschreckende, einschüchternde, verunsichernde Szenarien geistern in so manchen Köpfen herum, wenn es plötzlich „Facharzt/Fachärztin" heißt!

Doch ist man wirklich von einen auf den anderen Tag auf sich allein gestellt? Muss man jetzt wirklich plötzlich alles wissen und können sowieso? Und was passiert, wenn man dann doch einmal eine Frage hat und nicht mehr weiter weiß?

Wir von den Young Surgeons Austria haben nachgefragt, wie es denn in der Realität ist, um so die bösen Geister aus den Köpfen der jungen Fachärztinnen und Fachärzte zu vertreiben.

„Plötzlich Prinzessin" … Ach nein „Plötzlich Fachärztin"

Autorin: N. Edhofer-Rössler; Krems

Schlafen gehen als Assistenzärztin, aufwachen als Fachärztin – und plötzlich ist alles anders.

So ungefähr lässt sich der Zustand beschreiben, wenn die (offizielle) Ausbildungszeit zu Ende geht und man von einem Tag auf den anderen als eigenverantwortliche(r) Facharzt/-ärztin tätig ist. Doch eigentlich fängt das Erfahrungen sammeln erst an. Aber ich greife vor – zurück zum Anfang.

Nach dem Bestehen der Facharztprüfung sind es oft nicht mehr viele Monate, die von der Ausbildungszeit übrig bleiben und so nisten sich im Hinterkopf einige die Zukunft betreffende Gedanken ein: „kann ich an meiner Abteilung bleiben?", „bin ich Dienst-fit?", „kann ich alles?".

Nun – „ja", „hoffentlich/wahrscheinlich", „nein".

Das Gefühl, wenn man mit stolzgeschwellter Brust das KH betritt, das neuerworbene Facharztkrönchen auf dem Kopf, ist besonders und hart erarbeitet. Und dieses darf genossen werden.

Man nimmt eine andere Position im Team ein, ist selbstständiger in seinen Tätigkeiten und Entscheidungen, hat Assistenzärzte nun an seiner Seite und wird zum ersten Ansprechpartner.

In den Tagdiensten beschleicht einen das Gefühl, dass sich alles aber eigentlich auch nichts geändert hat. Die Interaktion mit den Kollegen und die Möglichkeit, nach wie vor Fälle zu besprechen oder sich bei einer Operation Hilfe zu holen, ist wie ein unsichtbares Sicherheitsnetz. Und das ist auch wichtig und nötig, um Selbstvertrauen in seiner neuen Position zu erlangen.

Aber dann ist er da, der erste Nachtdienst als Facharzt. Je nach System, absolviert man diesen mit einem Turnusarzt/einer Turnusärztin oder Assistenzarzt/ärztin an seiner Seite. Und doch ist man DER/DIE Entscheidende in der Behandlung der Patienten in der Nacht.

Und die wichtigste Frage, welche es im Dienst zu treffen gilt: OP or not OP? Und kann ich das allein?

(Ich erinnere mich, dass ich in meinem ersten Nachtdienst als Fachärztin zwar immer mit einem Lächeln zum Patienten gegangen bin, aber in meinem Hinterkopf überlebensgroß Edward Munchs „Der Schrei“ geblinkt hat).

Mit jeder Entscheidung, mit jedem Schnitt im OP lernt man dazu. Und grad in der Nacht, wenn man mit dem akuten Ileus am Tisch steht, eine Hemikolektomie durchführen soll, eine Bride löst oder eine akute Appendizitis „bekämpft“, hat man die immer wieder vorgesagten Sprüche im Kopf, welche einem in der Assistenzzeit von den Oberärzten/innen eingebläut wurden – „keine Höhlen bauen“, „gelb oben weiss unten“….

Oder wie war das noch gleich? Gerade wenn man gar nicht weiter weiß, merkt man, dass man eben doch nicht ganz alleine ist, denn ein Anruf mit dem DECT kostet nichts!

Zum Abschluss die Worte aus SpiderMan: „aus großer Kraft folgt große Verantwortung“. □

„Plötzlich Facharzt“ oder für manche auch „endlich Facharzt“

Autor: N. Hartig , Wien

Was bedeutet dies letztlich für uns junge Fachärzte/ärztinnen? Sind wir nach sechsjähriger fachspezifischer Ausbildung bereit, unseren Arztalltag selbstbewusst und selbstständig zu meistern? Oder beginnt unsere Ausbildung am Patienten erst jetzt? Was wird von mir erwartet, was muss ich leisten können und wird mir jemand helfen?

All dies sind Fragen und Ängste, die mir zu Beginn meiner Facharztausbildung im Kopf herumgeisterten.

Meine Ausbildung begann relativ rasch nach dem Studium und etwas ungeplant auf einer Karenzstelle. Das chirurgische Team bestand aus rund zehn Fachärzten/ärztinnen und einem weiteren Assistenzarzt. Einen exakten Ausbildungsplan gab es nicht. Brauchte es in diesem Fall wohl auch nicht, denn das Team war überschaubar, hierarchisch sehr flach organisiert, es wurde viel quer durch die Allgemeinchirurgie operiert, ich hatte nur einen Assistenz-Kollegen und alle waren sehr hilfsbereit und motiviert, uns Jungen etwas beizubringen. Nach relativ kurzer Zeit, vielleicht war es ein Jahr oder ein wenig mehr, war ich dann selbstständig an den zu besetzenden Stellen eingeteilt. Also zur Visite, in der Ambulanz, zur Endoskopie oder eben auch zu Operationen, die man sich selbst zutraute bzw. einem zugetraut wurden. Aber alleine war ich nie, es gab stets die Möglichkeit, sich Hilfe zu holen oder Fragen zu stellen.

Somit lernte ich relativ rasch, in meiner Ausbildungszeit selbstständig zu arbeiten und Verantwortung zu übernehmen. Dabei stiegen die Aufgabenbereiche und Fähigkeiten und die damit verbundenen Möglichkeiten Jahr für Jahr.

Nachdem ich dann schließlich, gefühlt nach nur zwei Jahren, alle meine Ausbildungsziele, die Zeiten und die Prüfung hinter mich gebracht hatte, wurde ich auch schon in das Fachärzte/ärztinnen-Dienstrad eingeteilt. In meinem Fall hieß das, im Nachtdienst ab spätestens 19 Uhr der einzige Chirurg im Krankenhaus zu sein. Und auf einmal war sie wieder da: die Nervosität, wie ich sie zuletzt nur mehr selten so gespürt hatte. Oft war ich schon bei diversen akuten Fragestellungen involviert und bei akuten Bauchoperationen dabei gewesen. Gelegentlich erfolgte nur mehr eine kurze Rücksprache mit meinem fachärztlichen Hintergrund, aber es war jemand zur Stelle, sollte es brenzlig werden. Nun war es so, als würde

man eine bekannte Kletterroute zum ersten Mal „Free-Solo“ besteigen.

Die ersten Nachtdienste waren folglich durchaus aufregend, aber glücklicherweise nicht von gefürchteten „Katastrophen“ gezeichnet. Fragen gab es trotzdem immer wieder und ich konnte mich weiterhin auf meinen Abteilungsleiter, Prim. Prof. Herbst, und seine Oberärzten/ärztinnen in Rücksprachen, auch auf privatem telefonischen Weg, verlassen. Somit fühlte sich das Alleine sein gar nicht so alleine an.

Ehe ich es übersah, war ich über ein Jahr Facharzt und wurde schon zum Oberarzt ernannt. Dies geschah viel plötzlicher als die Ernennung zum Facharzt, zumal ich noch sehr jung war. In den Facharzt rutschte ich eher sanft hinein und hatte auf meiner „ Free-Solo-Tour“ stets das Gefühl, dass ich die notwendigen Schritte kannte. Das Training und die Ausbildung machten sich bezahlt, wenngleich ich keinesfalls behaupten würde, dass schon alles perfekt war.

Was ist also mein persönliches Resümee?

So ungeplant die Karenzstelle der Ausbildung für Allgemeinchirurgie war, so überlegt war meine Entscheidung dafür. Die Fragen, die ich mir eingangs gestellt hatte, wollte ich nach meiner Ausbildungszeit positiv beantworten können, um dann letztlich als Facharzt Patienten/innen selbstständig und sicher behandeln zu können. Als Kritikpunkt möchte ich aber erwähnen, dass es an unserer Abteilung keinen strukturierten Ausbildungsplan gab. War das in meinem Fall ein Nachteil? Ich würde klar sagen, nein.

Das Team verfügt bis heute über eine sehr hohe innovative Qualität bei gleichzeitig überschaubarer Größe und flacher Hierarchie. Insgesamt können wir zusammen eine große allgemeinchirurgische Bandbreite abdecken und dabei gleichzeitig individuelle Schwerpunkte setzen. Der Abteilungsleiter Prim. Prof. Herbst ist stets ein präsenter Chef, der klare Linien vorgibt, aber gleichzeitig neuen Techniken und Medizinprodukten offen gegenüber steht und diese selbst fördert und nutzt. So ist es mir letztlich möglich gewesen, in das Team der chirurgischen Fachärzte/ärztinnen bereits in meiner Ausbildungszeit hineinzuwachsen, sodass der Übergang in meinem Fall eher als fließend und keinesfalls als plötzlich zu beschreiben ist.

Ich möchte hierbei aber betonen, dass ich nur über meine eigenen Erfahrungen berichten kann. Ich denke wir müssen uns alle, junge und ältere Kollegen/innen, kritisch dem Thema Ausbildung stellen. Die Anforderungen mit verkürzter Arbeitszeit, neuen Techniken, neuer Ausbildungsordnung etc. stellen Hürden dar, die es zu überwinden gilt. Hierzu ist wohl in jedem Fach ein Lehrkonzept nötig, in dem die entsprechenden Ziele auch abgebildet sind und erarbeitet werden können. Denn schließlich wollen wir alle nach sechs Jahren der Facharztausbildung diesem Titel auch gerecht werden und nicht in freiem Fall unsere Dienste mit dem Messer zwischen den Zähnen absolvieren müssen. □

KORRESPONDENZADRESSEN

OÄ Dr. Nicole Edhofer-Rössler
Fachärztin für Allgemein und Viszeralchirurgie,
Universitätsklinikum Krems
Abteilung für Allgemein- und Thoraxchirurgie
Mitterweg 10
3500 Krems an der Donau

Dr.med.univ. Nikolaus Hartig
Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie
KH Barmherzige Brüder Wien
Abteilung für Chirurgie
Johannes von Gott Platz 1
1020 Wien

Dr. Michael de Cillia
Barmherzige Brüder Krankenhaus Salzburg
Abteilung für Chirurgie
Kajetanerplatz 1
5010 Salzburg
E-Mail:michael.de-cillia@youngsurgeons-austria.at

Wir wünschen allen Jungfachärztinnen und Jungfachärzten viel Erfolg und weiterhin gut

Eure YSA

Protokoll der **Vollversammlung**

der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH

Montag, 14.06.2021, 15:00 – 17:00 Uhr

Videokonferenz

Begrüßung und Eröffnung durch den Generalsekretär Prof. Dr. Tuchmann

1) Feststellung der Beschlussfähigkeit:

Nachdem die Vollversammlung vorerst nicht beschlussfähig war, wurde diese 15 Min. später unabhängig von der Anzahl der anwesenden Mitglieder beschlussfähig.

2) Bericht des Präsidenten - K. Emmanuel:

Der **62. Österr. Chirurgenkongress** war aus meiner Sicht ein großer Erfolg, da wir über 600 registrierte Teilnehmer verbuchen konnten, ohne die Kolleginnen und Kollegen der Industrie. Wir haben über 200 Vorträge und Beiträge präsentieren können und haben zeitgleich in vier Parallelsitzungen wissenschaftliches Programm abhalten können. Die Durchführung der „Champions League" und der „Black Video-Sitzung" war ebenfalls ein großer Erfolg. Die Resonanz aus beteiligten Regionen Österreichs als auch der zugeschalteten Länder wie Deutschland, Türkei, USA, Kanada, Niederlande usw. war sehr positiv. Der amtierende Präsident der Bayerischen Gesellschaft für Chirurgie, Herr Dr. Detlef Krenz, war ebenfalls mit großer Begeisterung am Kongress anwesend.

Insgesamt denke ich war es aus allen Bereichen, sowohl wissenschaftlich, organisatorisch und auch von Seiten der Industrie gesehen wieder ein sehr hochwertiger Hybridkongress mit großem Präsenzanteil. Aus meiner Sicht ist die Zuschaltung von Kolleginnen und Kollegen aus aller Welt eine Bereicherung für den Kongress und finanziell gut machbar. Ein Hybridformat mit gleichzeitiger Live-Komponente und gleichzeitiger Online-Ausstrahlung ist jedoch derzeit finanziell nicht abdeckbar und auch für die Industrie im Moment noch deutlich uninteressant. Mein Vorschlag ist hierzu, eher auf einen Präsenzkongress mit Zuschaltung von namentlichen Referenten umzusteigen.

3) Bericht des Generalsekretärs - A. Tuchmann:

Mitgliederstand:
Die ÖGCH verfügt über 2.357 Mitglieder der Stammgesellschaft, sowie 5.746 Mitglieder in der Gesamtdatei. Der jährliche Zuwachs ist 0,7 %.

Fördernde Mitglieder: 43 (ein Rekordstand);
Neuaufnahmen seit Juni 2020 (1 Jahr): 54
Eine Student*innen-Mitgliedschaft wird gegründet (s. später)

Stipendien, andere Anträge:
Bedingt durch die Coronakrise gab es im abgelaufenen Jahr nur wenige Stipendienanträge: zuletzt ein Stipendium an einen Neurochirurgen der MedUni Innsbruck.

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Forschung wurde mit **€ 6.000.—** unterstützt.

Der Billrothpreis sowie der Wissenschaftspreis der ÖGCH wurden auch 2021 vergeben.

Frau Bianca Theuer erhielt den „PCO-Award" für 15 Jahre erfolgreiche Organisation Österreichischer Chirurgenkongresse.

Zusätzlich zu den wissenschaftlichen Preisen wurden Junior-Mitgliedschaften der International Society of Surgery (ISS/SIC) an junge Forscher*innen vergeben.

Eine Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Chirurgen innerhalb der ÖGCH wurde gegründet.

Öffentlichkeitsarbeit:
Diese rekrutiert sich aus regelmäßigen und informativen Newslettern, der ÖGCH Homepage, dem ÖGCH Facebook-Auftritt, sowie Krawatten, Stecktücher und Schals mit ÖGCH-Logo, die unter österreichischen und ausländischen Chirurg*innen ausreichend weite Verbreitung fanden.

Intensivmedizin und Chirurgie:
Im abgelaufenen Jahr hat es zahlreiche Bemühungen gegeben die Spezialisierung Intensivmedizin für das Sonderfach „Chirurgie" zu erhalten:

Brief an Bundesminister Anschober, Gespräche zwischen Prof. Mischinger, Prof. Smolle und Vizepräsident Dr. Meister/Ärztekammer, zahlreiche Initiativen von Prof. Laufer über Gesundheitssprecherin der ÖVP Gaby Schwarz, Patientenanwalt Dr. Pachinger. Initiative oberösterreichischer Chirurgie-Primarii an Präsident Dr. Niedermoser; ein durchschlagender Erfolg ist bisher ausständig.

HPV Allianz Österreich:
Diese wurde von zahlreichen Fachgesellschaften unter Führung der ÖGGG (Gynäkologie und Geburtshilfe) gegründet, mit Unterstützung (auch finanziell) der ÖGCH.

Die HPV-Initiative dient dazu, HPV-assoziierte Erkrankungen (Cervixkarzinom, Condylomata, Analkarzinom, u.a.) durch Aufklärung und Impfung einzudämmen.

Zahlreiche Gespräche mit Pharmig, Austromed und auch einzelnen Firmen wurden geführt.

Regional:
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: rein virtueller Kongresse 2021, unter anderem intensives Werben den ÖCK21 in Salzburg zu besuchen.
Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie sowie **Vereinigung Bayerischer Chirurgen** führten/führen ihre Jahrestagungen 2021 ebenso (wie DGCH) rein virtuell durch.
Italienische Chirurgengesellschaft:
Kongress (Italy Chapter des ACS) LIVE am 1. und 2. Juli 2021 in Catania.
ÖGGH:
Präsent-Kongress 9.-11.September 2021 in Linz.
DONKO-Kongress am 27.August 2021 in Wien – Schönbrunn.

International:
American College of Surgeons: Es gibt ein Austria-Hungary-Chapter; der ACS-Kongress Oktober 2021 findet rein virtuell statt.
International Society of Surgery (ISS/SIC); es gibt eine Österreichische Sektion; Weltkongress 2021, Ende August, rein virtuell, Präsent-Kongress (International Surgical Week) Ende August 2022 in Kuala Lumpur.

4) Bericht des Kassenverwalters – H. Mächler:

Der Kassenbericht ist sehr erfreulich, denn das Vermögen hat einen historischen Höchststand erzielt. Die Gründe dafür sind, dass der Kongress 2020 trotz COVID positiv abgeschlossen werden konnte, dass die MG-Beitragszahlungen erfreulich früh eingetroffen sind, auch weil Frau Eibisberger und Herr Ing. Doppelhofer diesen Bereich sehr gut observieren, weil unser Generalsekretär sehr aktiv und mit viel Zeitaufwand sehr viele Firmen zur Mitgliedschaft bewogen hat, andererseits auch, weil die Ausgaben durch sehr geringe Anträge für Stipendien stark gesunken sind.

Wir haben auch beim NPO- Unterstützungsfond um 26.000 Euro zur Entschädigung für das Kongressjahr 2020 angesucht. Wir sollten uns bemühen, mehr Stipendiaten dazu zu bewegen Anträge zu stellen als auch neue wissenschaftliche Projekte und Ausbildungs-Projekte diskutieren.

5) Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Kassenverwalters und des Vorstandes:

Auf Antrag eines ordentlichen ÖGCH-Mitgliedes wird der 1. Kassenprüfer sowie der Vorstand entlastet.

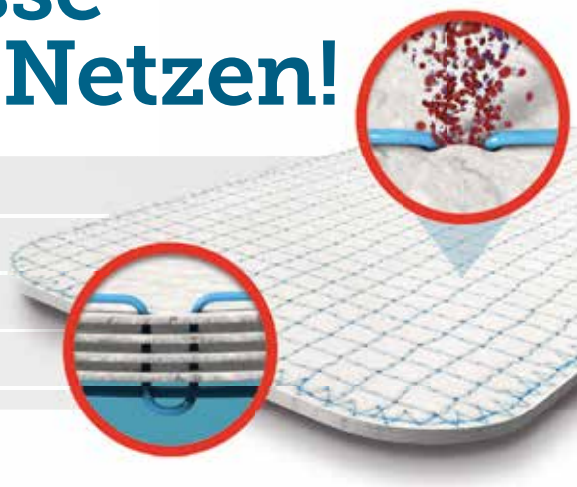
6) Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie – D. Öfner-Velano:

Alle jungen Fachärzte und Fachärztinnen für Chirurgie, die bei der letzten Facharztprüfung im Oktober 2020 diese erfolgreich bestanden haben, wurden DSGV konform angeschrieben, wobei sich von den 64 Kandidat*Innen etwas mehr als die Hälfte gemeldet haben. Anhand der zugesandten Daten wurden die jungen Fachärztinnen und Fachärzten bei der Eröffnung des 62. Österreichischen Chirurgenkongresses vorgestellt. Derzeit ist von der Facharztprüfung zu berichten, dass die Fragenauswahlsitzung zweimal stattgefunden hat und die 100 Multiple Choice Fragen sowie die 6 OSCE-Stationen fertiggestellt wurden. Zusätzlich wurde der Blueprint des Prüfungsinhaltes an das rezente Kurrikulum angeglichen. Der nächste Termin der Facharztprüfung wird der 14.10.2021 - 15.10.2021 sein. Diesmal in Wien im Hilton am Stadtpark, anstelle von Salzburg. Anmeldeschluss ist der 14.07.2021.

Die neue Klasse von Hernien-Netzen!

TELA BIO SURGICAL RECONSTRUCTION COMPANY

+ Höchste Biokompatibilität
+ Schnelle Geweberegeneration
+ Optimale Biomechanik
+ Dauerhaft



Die innovative OviTex-Matrix

vereint die Stärken von biologischen und synthetischen Materialien. Durch diese intelligente Zusammensetzung eignet sich die **OviTex-Matrix** insbesondere für komplexe Hernien-OPs.

Aktualisierte BRAVO*-Studienergebnisse

Die Analyse der ersten Patienten, die eine Nachbeobachtungszeit von 2 Jahren erreichten, zeigte:

+ Keine Materialausfälle, die eine Nachoperation erfordern
+ Keine Explantationen
+ Keine ventralen Hernienrezidive

*BRAVO: BioScaffold-Rekonstruktion von Bauchwand- und ventralen Herniendefekten mit offener oder laparoskopischer Reparatur.

PEROmed®
Ihr Partner für Medizintechnik.

Jetzt Produktpräsentation anfordern!

+43 316 20 71 71
office@peromed.at
www.peromed.at

Weitere Produktinfos:

Wir beraten Sie persönlich und in ganz Österreich!

Wir leben den Service!

Die nächsten Seminare der Fortbildungsakademie finden einerseits beim 62. Österreichischen Chirurgenkongress als vier Sitzungen des Young Surgeon-Forums sowie - und das ist neu, ausgewählte fünf Einzel-Vorträgen in den Hauptsitzungen. Aus diesen wird der Young Surgeons-Preis vergeben. Das 151. Fortbildungsseminar wird im Rahmen der vierten Jahrestagung der DONKO am 27.08.2021 um 09.00 Uhr im Kongress Schönbrunn stattfinden. Die Themen dort sind „Praxisrelevante Änderungen in der Behandlung sowie der Tumoren trotz oder wegen Covid 19“. Das 152./153. Fortbildungsseminar wird als ACO ASSO Jahrestagung respektive Chirurgentagung stattfinden.

Als weiteres nachhaltiges Vorhaben wird angedacht, ein elektronisches Lehrbuch für Chirurgie herauszugeben. Derzeit besteht ja das Textbuch Chirurgie, das viele als Lernvorlage verwenden. Dieses Textbuch ist im PDF-Format vorhanden und soll nun in Erweiterung als professionelles E-Book herausgegeben werden. Hierfür ist eine professionelle Begleitung für ein adäquates Layout, Korrekturlesen etc. erforderlich. Das E-Book hat den Vorteil, dass es immer auf dem aktuellsten Stand sein kann, dass es interaktiv mit Bildern und persönlichen Notizen erweiterbar ist, dass Fragen in bewährter Kartenform integriert werden können und dies gratis für die Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie sein wird. Es ist darauf hinzuweisen, dass 2020 das jährliche Budget der FoBiCH, nämlich €40.000.- fast unangetastet geblieben ist. Für die professionelle Erstellung des E-Books ist ein Budget von €30.000.- anzunehmen.

Prof. Mächler stellt den Antrag **€30.000,–** für dieses E-Book zur Verfügung zu stellen.
Der Antrag wird einstimmig angenommen.

7) Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees – H.J. Mischinger:

Ausbildungs- u. Spezialisierungsverordnung:

a. Ab der 3. Novelle der KEF und RZ-V 2015 wird ein Wechsel der in Ausbildung stehenden Kollegen in die neue aktuelle Rasterzeugnisversion, nach Antrag bei der Ärztekammer, möglich. Der Vorteil liegt in praxisadaptierten Ausbildungsinhalten mit entsprechend reduzierten Richtzahlen.

b. Wahlfach in der Ausbildung Allgemeinmedizin: Die Bestimmungen der 4. Novelle zur KEF und RZ-V 2015 treten mit 1. Juli 2021 in Kraft. Das Fachgebiet „Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie“ (Anlage 1.B.7.3) wurde als weiteres Wahlfach in der Ausbildung Allgemeinmedizin ergänzt.

c. Spezialisierungsverordnung: Bei der 4. Novelle der Spezialisierungsverordnung ist das Begutachtungsverfahren am 05.10.2020 eingeleitet worden. Es wird die Spezialisierung in pädiatrischer Pneumologie eingeführt sowie inhaltlich in bereits bestehenden Spezialisierungen klargestellt.

d. Ärztegesetznovelle und Ärzteausbildungsordnung: die Spezialisierungsverordnung sowie die KEF- und RZ-Verordnungen liegen im Gegensatz zur Verordnung über ärztliche Fortbildung im Bereich des Ministeriums. Die ÖÄK führt diese Agenden im Rahmen eines „übertragenen Wirkungsbereichs“ aus. Diesbezüglich hat die ÖÄK mehrfach versucht, eine Ärztegesetz- und Ärzteausbildungsnovelle zu erwirken, in der dieser Kompetenzbereich in den Verantwortungsbereich der ÄK abgegeben wird. Urgenzen der ÖÄK beim BMSGPK für eine rasche Umsetzung und um die Rechtssicherheit herzustellen sind dzt. erfolglos. Gleiches gilt für die Neuregelung der Kompetenzbereiche über die Anerkennung der Ausbildungsstellen und Ausbildungsstätten.

Schwerpunktausbildung für Intensivmedizin:
In der Sitzung vom 26.01.2021 in der Steirischen Ärztekammer mit VP Dr. Eiko Meister, Abg. z.NR Dr. Josef Smolle und Prof. Mischinger wird neuerlich die Notwendigkeit der Wiedereinführung einer Schwerpunktausbildung für Intensivmedizin in Form einer Spezialisierung betont. Es wird auch darauf hingewiesen, dass mit Ausscheiden von Chirurgen*innen aus der Intensivmedizin sowohl Ausbildner*innen als auch vorhandenes Wissen verloren gehen. Gleichfalls könnten auch chirurgisch geführte Intensiv- Überwachungsstationen in eine ähnliche Situation schlittern. Prinzipiell ist eine Wiedereinführung diskutabel, wenn keine Fachgrenzen überschritten werden. Auch unter der Voraussetzung, dass keine neuen Abteilungen/Stationen angedacht werden und die bestehenden Strukturen so erhalten bleiben.

Ausbildungsstätten und Rezertifizierungen:
Anerkannte Ausbildungsstätten bleiben bis zur Rezertifizierung bestehen (auch für neuen RZ-Versionen) sofern gewährleistet werden kann, dass das Leistungsspektrum erfüllt wird; Träger hat Meldepflicht (im Falle der Nichterfüllung) Rezertifizierung: 2022

8) Bericht des Schriftleiters der „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“ (ES/ACA) - M. Riegler:

9) Bericht Qualitätssicherung - S. Roka:

10) Wahlen zum Vorstand 2021/22:

2. Stellvertretender Präsident und ÖGCH-Präsident 2022/23:

Prim. Univ. Doz. Dr. Afshin Assadian,
Gefäßchirurgie Klinik Ottakring/Wien
2. Kassenverwalter: **Prof. Kamolz** (Vertretung von Prof. Hauser)
Vertreter der MedUni Wien (bisher **Prof. Laufer**):
wird von MedUni Wien bestimmt.
Vertreter der MedUni Graz (bisher **Prof. Mischinger**):
wird von MedUni Graz bestimmt.
Vertreter Professorenkurie MedUni Innsbruck:
Prof. Schneeberger, MedUni Innsbruck
Vertreter Standardkrankenhäuser Primarärzte:
Prof. Zitt, KH Dornbirn
Vertreter Mittelbau Universitätskliniken:
Prof. Bachleitner-Hofmann, MedUni Wien
Vertreter Mittelbau nicht universitäre Krankenhäuser:
OA Sow (wie bisher),
Klinik Floridsdorf/Wien.

Assistent*Innen Vertreter in Ausbildung:
Frau Dr.in Mühlbacher, Paracelsus Privat-Universität Salzburg
Senatoren:
Bisher **Frau Prof. Smolle-Jüttner**; wird von den Senator*innen bestimmt.
Alle genannten Kandidat*Innen wurden einstimmig positiv abgestimmt.

11) Gedenken an die verstorbenen Mitglieder:

Gedenkminute für die im vergangenen Jahr verstorbenen ÖGCH-Mitglieder.

12) Aufnahme neuer Mitglieder:

54 neue Mitglieder standen zur Aufnahme in die ÖGCH an:
46 neue ordentiche ÖGCH-Mitglieder, **6** Fördernde Mitglieder und **2** Studenten-Mitglieder wurden namentlich vorgestellt und ihre Aufnahme einstimmig befürwortet.

13) Vorschau ÖCK 2022 - H. Hauser:

Der **63. Österr. Chirurgenkongress** wird vom **15.–17.6.2022** im Messezentrum/Stadthalle Graz, einem der modernsten Kongresszentren Österreichs, stattfinden. Das Präsidentenessen ist für den 14.6.2022 in den historischen Räumlichkeiten der alten Jesuitenuniversität vorgesehen. Unter der Annahme, dass es die Covidsituation im Juni 2022 zulässt, ist der Kongress als Präsenzveranstaltung geplant. Die Kongressorganisation wird durch die Firma conconcept, Frau Mag. B. Kamolz, durchgeführt. Als Kongress-Sekretäre fungieren Herr OA Dr. R. Hammer, Herr OA Dr. F. Dreier, Frau Ass. Dr. H. Opelt und Herr Ass. Dr. M. Binder.

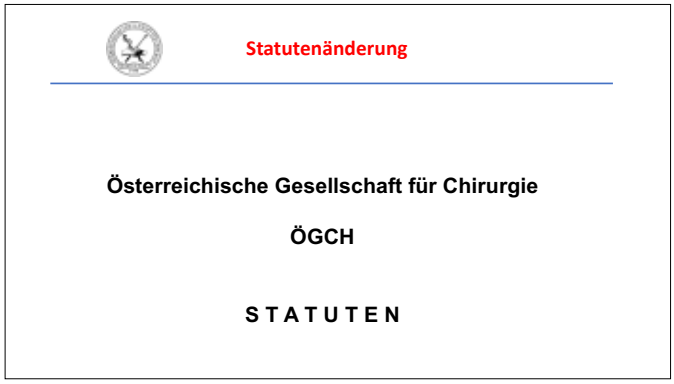
Der Kongress steht unter dem Motto **„Bewährtes optimieren – Neues etablieren“**. Dementsprechend werden im Rahmen dieses Kongresses *„what´s best“, „what´s new“ and „what can we do better in surgery”* präsentiert und diskutiert. Dies wiederum in bewährter Zusammenarbeit mit den assoziierten Gesellschaften. Der Eröffnungs/Festvortrag
beschäftigt sich mit dem Thema *„Grenzen“*. Für diesen Vortrag konnte seine Exzellenz Erzbischof Mag. Dr. Franz Lackner, Vorsitzender der Österr. Bischofskonferenz und Professor für Metaphysik, gewonnen werden. Weiters sind ein *Pflegesymposium* sowie eine Veranstaltung zum Thema *„Frauen in der Chirurgie“* und die Veranstaltung *„Der Chirurg und sein Richter“*, welche die rechtlichen Aspekte der chirurgischen Tätigkeit beleuchtet, geplant. Kongresspräsident ao. Univ.-Prof. Dr. Hubert Hauser und das gesamte Organisationsteam freuen sich auf eine rege Teilnahme.

14 Statutenänderung: Student*innen Mitgliedschaft der ÖGCH:

Folgende Statutenänderung (ÖGCH), s. auch Anhang, wurde zur Abstimmung vorgelegt:

Als 6. mögliche Mitgliedschaft wurde eine Student*innen-Mitgliedschaft in die Statuten aufgenommen. Die Student*innen haben kein aktives oder passives Wahlrecht, sie zahlen keinen Mitgliedsbeitrag; nach Beendigung des Medizinstudiums ist eine Fortsetzung der ÖGCH-Mitgliedschaft durch einen neuen Antrag möglich.

Diese Student*innen-Mitgliedschaft wurde einstimmig positiv abgestimmt.

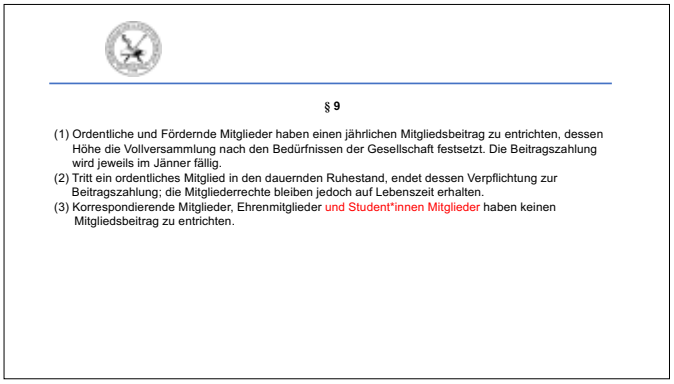


Statutenänderung

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie

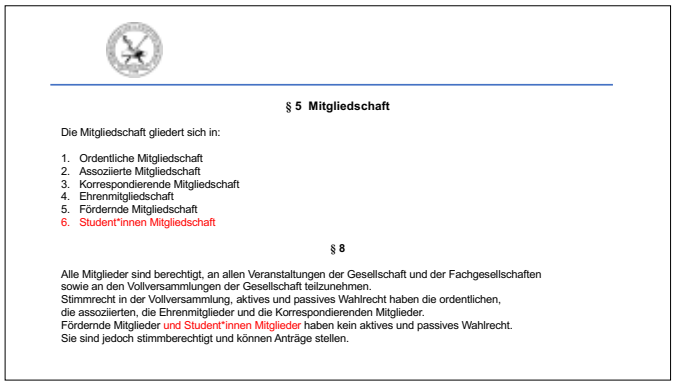
ÖGCH

STATUTEN



§ 9

(1) Ordentliche und Fördernde Mitglieder haben einen jährlichen Mitgliedsbeitrag zu entrichten, dessen Höhe die Vollversammlung nach den Bedürfnissen der Gesellschaft festsetzt. Die Beitragszahlung wird jeweils im Jänner fällig.
(2) Tritt ein ordentliches Mitglied in den dauernden Ruhestand, endet dessen Verpflichtung zur Beitragszahlung; die Mitgliederrechte bleiben jedoch auf Lebenszeit erhalten.
(3) Korrespondierende Mitglieder, Ehrenmitglieder und Student*innen Mitglieder haben keinen Mitgliedsbeitrag zu entrichten.



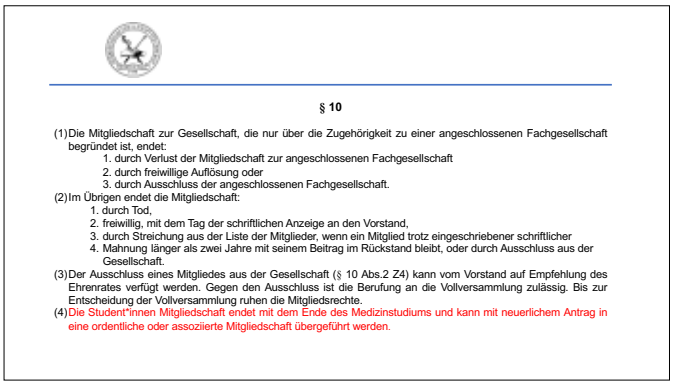
§ 5 Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft gliedert sich in:

1. Ordentliche Mitgliedschaft
2. Assoziierte Mitgliedschaft
3. Korrespondierende Mitgliedschaft
4. Ehrenmitgliedschaft
5. Fördernde Mitgliedschaft
6. Student*innen Mitgliedschaft

§ 8

Alle Mitglieder sind berechtigt, an allen Veranstaltungen der Gesellschaft und der Fachgesellschaften sowie an den Vollversammlungen der Gesellschaft teilzunehmen.
Stimmrecht in der Vollversammlung, aktives und passives Wahlrecht haben die ordentlichen, die assoziierten, die Ehrenmitglieder und die Korrespondierenden Mitglieder.
Fördernde Mitglieder und Student*innen Mitglieder haben kein aktives und passives Wahlrecht.
Sie sind jedoch stimmberechtigt und können Anträge stellen.



§ 10

(1) Die Mitgliedschaft zur Gesellschaft, die nur über die Zugehörigkeit zu einer angeschlossenen Fachgesellschaft begründet ist, endet:
1. durch Verlust der Mitgliedschaft zur angeschlossenen Fachgesellschaft
2. durch freiwillige Auflösung oder
3. durch Ausschluss der angeschlossenen Fachgesellschaft.
(2) Im Übrigen endet die Mitgliedschaft:
1. durch Tod,
2. freiwillig, mit dem Tag der schriftlichen Anzeige an den Vorstand,
3. durch Streichung aus der Liste der Mitglieder, wenn ein Mitglied trotz eingeschriebener schriftlicher
4. Mahnung länger als zwei Jahre mit seinem Beitrag im Rückstand bleibt, oder durch Ausschluss aus der Gesellschaft.
(3) Der Ausschluss eines Mitgliedes aus der Gesellschaft (§ 10 Abs.2 Z4) kann vom Vorstand auf Empfehlung des Ehrenrates verfügt werden. Gegen den Ausschluss ist die Berufung an die Vollversammlung zulässig. Bis zur Entscheidung der Vollversammlung ruhen die Mitgliedsrechte.
(4) Die Student*innen Mitgliedschaft endet mit dem Ende des Medizinstudiums und kann mit neuerlichem Antrag in eine ordentliche oder assoziierte Mitgliedschaft übergeführt werden.

15) Allfälliges:

Keine Wortmeldung

Die Vollversammlung wird um 17:00 Uhr geschlossen.

Univ.-Prof. Dr. A. Tuchmann
Generalsekretär ÖGCH

Univ.-Prof. Dr. K. Emmanuel
Präsident ÖGCH

63. Österreichischer Chirurgenkongress

15.-17. Juni 2022 Messe Graz

Bewährtes optimieren

Neues etablieren

Kongresspräsident
Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Hubert Hauser

Kongress-Sekretäre
OA Dr. R. Hammer / OA Dr. F. Dreier
Ass. Dr. H. Opelt / Ass. Dr. M. Binder

Kongressorganisation
conconcept, Mag. B. Kamolz
Tel.: +43 676 6039928
b.kamolz@conconcept.at

www.chirurgenkongress.at

Hospitation
Minimally invasive HPB fellowship am Institut Mutaliste Montsouris, Paris

Autor: C. Schwarz, Wien

Ort:
Institute Mutaliste Montsouris

Zeitraum:
Juni – Dezember 2020

Schwerpunkt:
Minimal-invasiven Leberchirurgie

Nachdem ich im Rahmen meiner Facharztausbildung für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie an der Medizinischen Universität Wien die Möglichkeit hatte mich speziell im Bereich der Leberchirurgie zu vertiefen. fasste ich den Entschluss nach Abschluss meiner chirurgischen Ausbildung mich im Bereich der Minimal-invasiven Leberchirurgie weiter zu entwickeln.

Die laproskopische Leberchirurgie wurde in den 90er Jahren begonnen und seither kontinuierlich weiterentwickelt. Trotz der bereits bestehenden langen Tradition werden weltweit jedoch nur ein kleiner Prozentsatz aller Eingriffe an der Leber laparoskopisch durchgeführt. Die Gründe dafür liegen in der komplexen Anatomie der Leber, der heterogenen Zusammensetzung der unterschiedlichen Arten der Resektionen, der herausfordernden chirurgischen Technik sowie einer langen Lernkurve. In den letzten Jahren konnte in großen Studien gezeigt werden, dass der minimal invasive Zugang im Bereich der Leberchirurgie Vorteile zur offenen Chirurgie besitzt. Nicht nur ein signifikant verkürzter Krankenhausaufenthalt, sondern auch verringerte chirurgische Komplikationen konnten gezeigt werden (Fretland Ann Surg 2018). Sogar ein verbessertes Patientenüberleben wird diskutiert (Syn Ann Surg 2020).

Das Institute Mutualiste Montsouris (IMM) ist eines der bekanntesten Institutionen in Europa auf dem Gebiet der minimal invasiven Leber- und Pankreaschirurgie. Die Abteilung wurde von Prof. Briece Gayet aufgebaut und von Prof. David Fuks seit 2017 geleitet. Durch die Weiterentwicklung von chirurgischen Techniken sowie Instrumenten konnte in den letzten Jahren die Grenzen und Möglichkeiten der laparoskopischen Leberchirurgie kontinuierlich ausgeweitet werden.

Ein Jahr vor meinem geplanten Auslandsaufenthalt habe ich mit Prof. Fuks per Email Kontakt aufgenommen und bin nach Paris gefahren um mich vorzustellen. Die Formalitäten waren schnell erledigt und der Beginn für mein 6-monatiges Fellowship wurde mit März 2020 festgesetzt. Auf Grund der Corona Pandemie sowie des ersten Lockdowns wurde der Beginn schließlich Schritt für Schritt postponiert, sodass ich erst im Juni meine Stelle antreten konnte. Die Abteilung besteht aus acht Fachärzten, zwei Stationsärzten sowie sechs Assistenzärzten. Das Spektrum deckt im Wesentlichen die gesamte minimal invasive Allgemeinchirurgie ab (Hepatobiliär/Pankreas, Bariatrische Chirurgie, Upper GI, Colon Chirurgie), wobei jeder Facharzt seine Spezialgebiete hat. Die chirurgischen Assistenten sind ausschließlich für den OP eingeteilt, die Stationsarbeit wird vollstän-

dig von den Stationsärzten übernommen. Außerhalb des Operationssaales können sich die Assistenzärzte ihren wissenschaftlichen Projekten widmen.

Am IMM werden zirka vier minimal-invasive Leber- und Pankreas Operationen pro Woche durchgeführt. Beeindruckend ist, dass 100 % aller Operationen an der Leber laparoskopisch geplant werden unabhängig der Anzahl oder Lokalisation der Läsionen, oder der medizinischen Vorgeschichte des Patienten (Rezidiv Eingriffe). Die Pankreaskopfresektionen werden laparoskopisch-assistiert durchgeführt (Resektionsphase laparoskopisch, Präparat Bergung und Rekonstruktion über eine kleine mediane Laparotomie). Anzumerken ist, dass im Wesentlichen keine Klatskin OPs durchgeführt werden, da das Patientengut an einem anderen Spital in Paris versorgt wird. Die Hauptgruppe der Patienten am IMM sind Patienten mit kolorektalen Lebermetastasen. Wenn möglich wird im Sinne des *Parenchymal sparing* Konzepts versucht durch Radiofrequenzablation (RFA) bzw. Forcierung von atypischen Resektionen major Leber Resektionen zu vermeiden.

Abb 1: Das Institute Mutaliste Montsouris

Abb 2.: Die chirurgische Station des IMM.

Abb 3: Für das Pringle-Manöver wird ein abgeschnittener Harnkatheter verwendet.

Ein Routinetag beginnt um 08.30 Uhr direkt im Operationssaal. Die Abteilung hatte zwei Operationssäle die durchgehend bis 17.00 Uhr bespielt wurden. Zweimal pro Woche finden interdisziplinäre Boards statt, die von den chirurgischen Assistenten vorbereitet und geleitet werden. Dienstag findet das Indikationsboard statt, wo jeder Patient der darauffolgenden Woche interdisziplinär besprochen wird und das OP Programm sowie die Strategie nochmals festgelegt wird. Im Weiteren gibt es ein Multidisziplinäres Tumor Board wo jeder onkologische Pat vorgestellt und besprochen wird.

Für die meisten Resektionen werden die Patienten in LLoyd-Davis gelagert mit einer rechts lateralen Erhöhung für rechtsseitige sowie posteriore Resektionen. Bei fast jeder Leber OP wird ein Pringle vorgelegt um im Falle einer Blutung den Blutfluss der Leber zu reduzieren (siehe Abb 3). Die Parenchymtransektion wird mit einem Thunderbeat (Olympus) sowie einer bipolaren Pinzette durchgeführt. In den Pausen gibt es ausreichend Zeit für spannende Diskussionen und Planung von wissenschaftlichen Kooperationen. Das IMM besitzt durch seine langjährige Erfahrung im Bereich der laparoskopischen Leberchirurgie eine exzellent geführte Datenbank mit mehr als 1000 Patienten woraus sich zwei gemeinsame Projekte entwickelten.

Auch im Bereich der Roboter Leberchirurgie wird von Prof. Gayet und Prof. Fuks geforscht, obwohl die derzeitige klinische Anwendbarkeit auf Grund der Kosten sowie der aufwändigen chirurgischen Lagerung noch limitiert ist.

Am beeindrucktesten fand ich persönlich die exakte Patientenplanung sowie die sehr entspannte Stimmung im Operationssaal, die selbst bei den schwierigsten Arten der Resektion zu finden war. Paris ist abgesehen von den doch höheren Lebenserhaltungskosten eine großartige Stadt mit einer sehr hohen Lebensqualität, die neben der medizinischen Expertise vor allem kulturell extrem viel zu bieten hat.

Leider wirkte sich der Druck der damals wieder aufflammenden Corona Pandemie negativ auf die Operationszahlen aus, da im Herbst das Routineprogramm zugunsten der Intensiv Kapazität massiv eingeschränkt werden musste. Nachdem ich Paris im November verlassen hatte, beendete Prof. Fuks seine Tätigkeit am IMM und wurde mit der Leitung der chirurgischen Abteilung am *Hôptial Chochin* (Paris) betraut.

Zurück in Wien konnte ich die im Rahmen die Fellowships gewonnen Erfahrung bereits klinisch anwenden. Ich möchte mich hierbei bei ÖGCH für das Mobilitätsstipendium, meiner Heimat Abteilung unter Prof. Teleky und Prof Langer für die problemlose Karenzierung sowie bei meinem klinischen Team unter der Leitung von Prof. Kaczirek bedanken, die mich gefördert und die meine Abwesenheit immer unterstützt haben. □

HOSPITATION UNTERSTÜTZT DURCH DIE ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
IN UNIONE SALUS
1958

KORRESPONDENZADRESSE

Ap. Prof. Priv-Doz, Schwarz Christoph, PhD
Univ. Klinik für Allgemeinchirurgie /
Abteilung für Viszeralchirurgie
Medizinische Universität Wien

Nachruf

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schiessel

Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)

Als Österreich 1998 die Aufgabe zufiel, den 11. Weltkongress für Gastroenterologie auszurichten, bestand dieser Weltkongress aus 3 Teilen: Gastroenterologie, Endoskopie und Koloproktologie. Rudolf Schiessel war Präsident des Weltkongresses für Koloproktologie und insgesamt ist dieser Großkongress in Wien als der erfolgreichste unter allen bisherigen Weltkongressen für Gastroenterologie eingegangen. Die gute Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologen und Chirurgen, verkörpert durch Prof. Rudolf Schiessel, machte diesen Erfolg möglich.

Rudolf Schiessel wurde 1944 in Stockerau geboren und verbrachte seine Kindheit und Mittelschulzeit in Tulln. Die Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde erfolgte 1968 in Wien. Als Assistent begann er seine Ausbildung unter Prof. Paul Fuchsig an der 1. Chirurgischen Universitätsklinik am AKH Wien. Prof. Karl Dinstl war einer seiner wichtigsten Lehrer und Förderer. Ein prägender Auslandsaufenthalt führte Rudolf Schiessel nach Leeds, wo er ein Schüler von John Goligher war, der als Erster kontrollierte Studien in der Chirurgie durchführte und früh ein Zentrum für kolorektale Chirurgie aufbaute. Ein wesentliches Segment seiner akademischen Ausbildung erfolgte weiters bei William Silen an der Harvard University Medical School in Boston. Schiessels Arbeiten an Magen- und Duodenalschleimhaut in vitro besonders unter Verwendung der Ussing-Chamber, zeigten interessante Phänomene des Ionentransportes und der Zytoprotektion. Daraus resultierte 1980 ein Nature Paper über Prostaglandin-stimulierte Chlorid-Sekretion im Magen, 1981 folgte dann seine Habilitation.

In Wien erhielt Rudolf Schiessel mehrere wissenschaftliche Preise, u.a. mehrmals den Theodor Billroth-Preis, den Höchst Preis und den Friedrich Wewalka Preis. Zahlreiche Kongressbeiträge folgten. Internationale Gäste und Forscher aus der ganzen Welt, u.a. Sandor Szabo aus Boston und Stanislav Konturek aus Krakau kamen zum akademischen Erfahrungsaustausch zu ihm nach Wien. 1989 erfolgte die Ernennung zum Primarius im Donauspital (SMZ-Ost, heute Klinik Donaustadt), rechtzeitig um die Planung entsprechend mitgestalten zu können. Nach der Inbetriebnahme 1992 wirkte er dort bis 2009. Rudolf Schiessel hat viele Operationsmethoden entweder entwickelt oder verfeinert. Ein besonderes Verfahren ist die intersphinktäre Resektion bei tiefsitzenden Tumoren des Rektums um die Kontinenz zu erhalten. Er hat darüber ein eigenes Buch geschrieben. Insgesamt gibt es von Rudolf Schiessel circa 300 Originalarbeiten und eine Reihe seiner Mitarbeiter konnten sich ebenfalls habilitieren.

Rudolf Schiessel hatte viele besondere Patienten, wie z.B. einen Afghanen, dem durch eine Bombe das Gesäß weggerissen wurde – Rudolf Schiessel führte eine entsprechende Rekonstruktion durch. Viele Patienten wurden ihm von weit und breit zugewiesen. Er operierte die Mutter des Verfassers wegen eines diffusen Magenkarzinoms, eine totale Gastrektomie im Alter von 80 Jahren. Nach 13 Tagen konnte sie das Spital verlassen und sie hatte noch 2 gute Jahre nach der Operation und verstarb nicht im Spital. Rudolf Schiessel hat auch die Stationsschwester der großen internistischen Intensivstation der Medizinischen Universität Graz operiert. Sie hatte ein Adenokarzinom der Cardia, das primär als inoperabel eingestuft wurde, jedoch nach neoadjuvanter Chemotherapie schrumpfte und operiert werden konnte. Sie ist jetzt 25 Jahre später eine Geheilte.

Rudolf Schiessel war Fellow des Royal College of Surgeons und zählte international zum Kreis der großen kolorektalen Chirurgen. 2004 war er auch Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. Im Rahmen der 41. Jahrestagung der ÖGGH, die unter dem Präsidenten Univ.-Prof. Dr. Peter Knoflach 2011 in Salzburg stattfand, wurde ihm die Ehrenmitgliedschaft unserer Gesellschaft verliehen.

Rudolf Schiessel war seit 1977 mit seiner Frau Radmila verheiratet; Sohn Alexander und Schwiegertochter Carina machten ihn zum Opa.

Er verstarb am 3. Juli 2021 im 78. Lebensjahr. Wir verlieren mit Rudolf Schiessel ein überaus verdientes Ehrenmitglied, das unsere wichtige Verbindung zur Chirurgie hochhielt.

o.Univ.-Prof. Dr. Günter J. Krejs

Mit Univ.-Prof. Schiessel, Past-Präsident der ÖGCH, Ehrenmitglied von ÖGCH und ÖGGH, langjähriger Abteilungsvorstand Donauspital/Klinik Donaustadt, verliert Österreich einen seiner größten Chirurgen. R.I.P.

Präsidium und Vorstand der ÖGCH

In tiefer Trauer nehmen wir Abschied von unserer Kollegin, Mentorin und Freundin

Dr.in Irmgard Kronberger
„Sonie“
Fachärztin für Chirurgie

Sonie, wie Irmgard Kronberger von allen liebevoll genannt werden wollte, war bereits als junge Studentin an der Chirurgie interessiert und mit Begeisterung seit 2005 im Tiroler Krebsforschungsinstitut und Daniel Swarovski-Labor tätig. 2007 begann sie ihre steile Karriere als junge Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck. In ihrer Ausbildung war sie vor allem klinisch und wissenschaftlich in den Spezialgebieten Koloproktologie (Erkrankungen des Dick- und Enddarmes sowie des Beckenbodens), Immunologie, Transplantationschirurgie sowie Chirurgische Onkologie tätig. Diesen Forschungsbereichen widmete sie sich mit enormer Leidenschaft und Hingabe. Sie hat in verschiedensten wissenschaftlichen Projekten im In- und Ausland mitgearbeitet, zahlreiche Preise gewonnen und Arbeitsgruppen geleitet, sodass sie mit ihrem breiten wissenschaftlichen Erfahrungsschatz in unheimlich wertvoller Weise unser Team bereicherte.

Im Laufe ihrer weiteren Karriere spezialisierte sich Sonie insbesondere auf die chirurgische Onkologie und Koloproktologie. 2012 wurde sie Fachärztin für Chirurgie, 2013 bereits Oberärztin und im Folgejahr Leiterin der Arbeitsgruppe für Koloproktologie. Sie hat in kurzer Zeit den Sprung von einer Assistenzärztin zur Leiterin bravourös gemeistert und wurde zu einer Leaderin und Mentorin. Nicht nur an der Abteilung für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck, sondern auch als Präsidentin der Arbeitsgemeinschaft für Koloproktologie (ACP) und als österreichische Vertreterin der European Society of Coloproctology war sie national und international eine wertgeschätzte Kollegin.

Eine ihrer größten Stärken war es, um sich ein Team zu formen und zu motivieren. Als hingebungsvolle Mentorin hat sie mit ihrem Elan und ihrem Enthusiasmus die ärztliche Tätigkeit und Forschung ihrer Arbeitsgruppe inspiriert und täglich unterstützt. Umso tragischer ist es für unser gesamtes Team, dass Sonie so früh aus unserer Mitte gerissen wurde.

Der wichtigste Antrieb für ihre Forschungen und ihren Erkenntnisdrang lag gewiss in ihrer ärztlichen Tätigkeit, in der für sie stets die menschenfreundliche und adäquate Behandlung der PatientInnen im Fokus stand. Ihre hingebungsvolle Art, Menschen nicht nur als PatientInnen zu behandeln, sondern auch gänzlich zu betreuen und jederzeit zur Seite zu stehen, wird uns allen für immer als Vorbild dienen.

Wir verlieren mit Sonie eine sehr engagierte und wertschätzende Kollegin und Freundin, die mit vollstem Einsatz und enormer Leidenschaft für ihren Beruf als Ärztin lebte. Ihren Optimismus, ihre Lebensfreude, ihren Humor und auch ihren guten Rat in jeglichen Belangen werden wir schmerzlich vermissen.

Leider hat sie ihren schweren Kampf gegen einen übermächtigen Gegner trotz immenser Kraftanstrengung und stets positiver Einstellung verloren. Wir bedauern ihren frühen Tod und werden ihr ein ehrendes Andenken bewahren. Unser tief empfundenes Mitgefühl und unsere Anteilnahme gelten ihrer Familie.

Am 30. September um 15:30 Uhr gedenken wir unserer lieben Kollegin im Hörsaal 1. Stock Chirurgie.

Im Namen des gesamten Teams der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck

Dr.in Marijana Ninkovic
Dr. Marcus Huth
Priv.-Doz. Dr. Reinhold Kafka-Ritsch

ÖGCH-Veranstaltungen & assoziierte Fachgesellschaften/ Arbeitsgemeinschaften der ÖGCH

15. bis 17. Juni 2022
63. Österreichischer Chirurgentag
Ort: Messe Congress Graz
Kongresspräsident: Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Hubert Hauser
Tel.: +43 676 6039928
E-Mail: b.kamolz@conconcept.at
Info: www.chirurgenkongress.at

10. bis 11. November 2022
21. Österreichischer Chirurgentag

12. November 2021
11. Forum Niedergelassener Chirurgen
Ort: Baden, Congress Casino
Kongresspräsident: Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka
Tel: +43 1 4051383 18
E-Mail: chirurgentag@boec.at
Info: www.boec.at

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

23. November bis 24. November 2021
Star Course – Advances & Foregut Surgery
Ort : Salzburg
Info : www.academy-of-surgeons.com/anmeldung/

25. November bis 27. November 2021
endo update
Ort : Augsburg
Info : www.endoupdate.de

28. November bis 02. Dezember 2021
15. European Colorectal Congress
Ort : St. Gallen
Info : www.colorectalsurgery.eu/

01. bis 03. Dezember 2021
33rd Annual Meeting of the European Musculo-Skeletal Oncology Society
Ort : Graz
Info : www.emsos2021.org

02. Dezember bis 03. Dezember 2021
41. Nürnberger Wundkongress
Ort : Nürnberg
Info : www.wuko2021.de/

09. bis 11. Dezember 2021
Salzburger Hernientage
Ort : Salzburg
Info : www.hernien.at

13. bis 15. Jänner 2022
26. Forum Wirbelsäulenchirurgie
Ort : St. Anton
Info : www.forum-wirbelsaeulenchirurgie.de

13. bis 15. Jänner 2022
3rd International Symposium on Tumor-Host Interaction in Head and Neck Cancer and 11th Symposium der Working Group Oncology
Ort : Essen
Info : www.headandneck-symposium.de/

10. bis 12. Februar 2022
15. Endoprothetikkongress Berlin
Ort : Berlin
Info : www.endokongress.de

10. bis 12. Februar 2022
24. Internationales Endoskopie Symposium
Ort : Düsseldorf
Info : www.endo-duesseldorf.com

24. bis 25. Februar 2022
Salzburger Thoraxchirurgie Symposium
Ort : Salzburg
Info : www.academy-of-surgeons.com/anmeldung

24. bis 26. Februar 2022
MTC – Modern Trauma Care
Ort. Wien
Info : www.moderntraumacare.at

06. bis 10. April 2022
EASL
Ort : London
Info : www.easl.eu

21. bis 23. April 2022
61. DAH Symposium
Ort : Bozen
Info : www.dah.at/symposium-2022/

24. bis 26. April 2022
21st European Congress of Trauma and Emergency Surgery
Ort: Oslo
Info: www.estes-congress.org

19. bis 21. Mai 2022
51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V.
Ort : Potsdam
Info : www.dge-bv.de

20. bis 21. Mai 2022
6th International Spine Tumor Days
Ort: Dresden
Info: www.spine-tumor.com

23. bis 25. Juni 2022
55. Jahrestagung der ÖGGH
Ort : Wien
Info : www.oeggh.at

30. Juni bis 02. Juli 2021
22nd Meeting of the European Venous Forum
Ort : Venice
Info : www.europeanvenousforum.org

30. August bis 01. September 2022
International Surgical Week – 49th World Congress of the International Society of Surgery (ISS/SIC)
Ort : Kuala Lumpur
Info : www.isw2022.org

1. bis 2. September 2022
5th Swiss Hernia Days
Ort : Basel
Info : www.swissherniadays.com

02. bis 03. September 2022
Gastro Tage 2022 am Rhein
Ort : Köln
Info : www.gastrotage-am-rhein.de

03. bis 08. September 2022
39th International Gastrointestinal Surgery Workshop Ort: Davos Info:
Ort : Davos
Info : www.davoscourse.ch

08. bis 10. September 2022
London Breast Meeting 2022
Ort : London
Info : www.londonbreastmeeting.com

12. bis 17. September 2022
Viszeralmedizin 2022
Ort : Hamburg
Info : www.viszeralmedizin.com

15. bis 17. September 2022
39. AGA Kongress
Ort : Wien
Info : aga-kongress.info

19. bis 21. Oktober 2021
Eurospine 2022
Ort : Milan
Info : www.eurospine.org

Impressum

CHIRURGIE
Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

HERAUSGEBER
Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

CHEFREDAKTEUR
Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian Roka

STV. CHEFREDAKTEUR
Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann

REDAKTION
BÖC Geschäftsstelle:
Bettina Pugl

REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
Zeitschrift „Chirurgie“
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
c/o WMA: Wiener Medizinische Akademie
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 37
Fax: +43-(0)1-407 82 74
E-Mail: sekretariat@boec.at
URL: http://www.boec.at

REDAKTIONSTEAM
Dr. Michael de Cillia
KH der Barmherzigen Brüder Salzburg

Priv. Doz. Dr. Georg Györi
Medizinische Universität Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Götzinger
Universitätsklinikum St. Pölten

Dr. Elisabeth Gschwandtner
Medizinische Universität Graz

OA Priv.-Doz. Dr. Christian Hollinsky
SMZ Floridsdorf, Wien

Prim. i.R. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Roka
Göttlicher Heiland, Wien

Prim. Priv.-Doz. Dr. Sebastian Roka
Hanusch-Krankenhaus, Wien

Univ.-Prof. Dr. Harald Rosen
Sigmund Freud Universität, Wien

Univ.-Prof. Dr. Sebastian Schoppmann
Medizinische Universität Wien

Priv.-Doz. Dr. Stefan Stättner
Medizinische Universität Innsbruck

Prim. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann
Ordination Prof. Dr. Tuchmann, Wien

OA Dr. Karl-Franz Wollein
Evangelisches Krankenhaus Wien

Prim. Univ.-Doz. Dr. Johannes Zacherl
St. Josef Krankenhaus, Wien

BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT
WMA:
Wiener Medizinische Akademie GmbH
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 0
Fax: +43-(0)1-407 82 74
URL: https://www.wma.co.at

GRAFIK
kreativ · Mag. Evelyne Sacher-Toporek
Bennogasse 26/11
1080 Wien
Tel: +43 (1) 416 52 27
E-Mail:
office@kreativ-sacher.at
URL: www.kreativ-sacher.at

DRUCK
Colordruck GmbH
Kalkofenweg 6
5400-Hallein, Austria
Tel: +43 (0)6245 90 111 26
Fax: +43 (0)6245 90 111 22
E-Mail: info@colordruck.at

Namentlich gekennzeichnete Informationen geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt der Redaktion wieder.

Bild Titelseite und Weltkarte S. 24,
© istockphoto.com
Grafiken: © Vecteezy.com

Gedruckt nach der Richtlinie des Österreichischen Umweltzeichens „Druckerzeugnisse“

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 37, Fax: +43-(0)1-407 82 74
E-Mail: sekretariat@boec.at, URL: www.boec.at

Geschäftsführendes Präsidium		
Präsident	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Vizepräsident	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at
Generalsekretär und Schriftführer	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
Finanzreferent	C. Ausch, Wien	christoph.ausch@khgh.at
Leiter der BÖC Akademie	G. Györi, Wien	georg.gyoeri@meduniwien.ac.at
Referent für NL Chirurgen	K. Wollein, Wien	e.wollein@ekhwien.at

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

Frankgasse 8 (Billrothhaus), 1090 Wien, Tel: 0660/ 20 11 088
E-Mail: chirurgie@oegch.at, Websites: www.oegch.at www.chirurgenkongress.at www.fortbildung-chirurgie.at

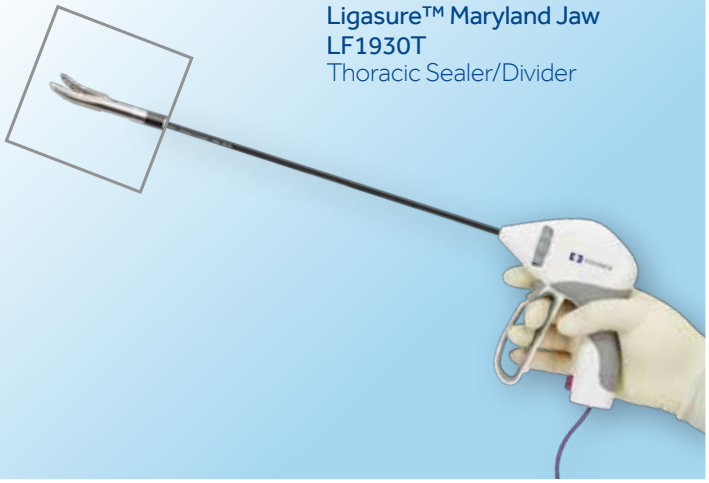
Vorstand 2021/22		
Präsident	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Past President	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
President Elect	A Assadian, Wien	afshin_assadian@yahoo.de
Generalsekretär	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
Kongresssekretäre	R. Hammer, Graz F. Dreier, Graz	robert.hammer@kages.at felix.dreier@kages.at
1. Kassenverwalter	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
2. Kassenverwalter	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.ater@kages.at
Vorsitz Aktionskomitee	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Schriftleiter „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca	M. Riegler, Wien	martin.riegler@refluxordination.at
Vertreter Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Bundesfachgruppenobmann Chirurgie der Österr. Ärztekammer	G. Wolf, Graz	gerhard.wolf@medunigraz.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Wien	G. Laufer, Wien	guenther.laufer@meduniwien.ac.at
Vertreter Professorenkurie der chirurgischen Universitätskliniken des Departments für Operative Medizin, Med. Universität Innsbruck	S. Schneeberger, Innsbruck	stefan.schneeberger@i-med.ac.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Graz	L. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Vertreter der chirurgischen Abteilungsleiter von Zentralkrankenhäusern für Maximalversorgung sowie weiterer (Privat)Universitäten	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern für Zentralversorgung	R. Függer, Linz	reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Standardkrankenhäusern für Grundversorgung	M. Zitt, Dornbirn	matthias.zitt@dornbirn.at
Vertreter des Mittelbaus des Fachbereiches Chirurgie der österreichischen Universitätskliniken	Th. Bachleitner-Hofmann, Wien	thomas.bachleitner-hofmann@meduniwien.ac.at
Vertreter des Mittelbaus von chirurgischen Krankenhausabteilungen	Z. Sow, Wien	zacaria.sow@gesundheitsverbund.at
Vertreterin der in Ausbildung stehenden Ärzte*innen im Fachbereich Chirurgie	I. Mühlbacher, Salzburg	i.muehlbacher@salk.at
Young Surgeons Austria	M. de Cillia	michael.de-cillia@youngsurgeons-austria.at

Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2021/22		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE)	P. Riss, Wien	philipp.riss@meduniwien.ac.at
ARGE für Coloproctologie (ACP)	F. Aigner, Graz	felix.aigner@bbgraz.at
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC)	C. Profanter, Innsbruck	christoph.profanter@i-med.ac.at
ARGE für Hernienchirurgie (AHC)	G. Köhler, Rohrbach-Berg	gernot.koehler@ooeg.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AO Trauma Austria)	F. Kralinger, Wien	franz.kralinger@gesundheitsverbund.at
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Ges. der Chirurgen in Wien	C. Scheuba, Wien	christian.scheuba@meduniwien.ac.at
Ges. für Implantologie und gewebeIntegrierte Prothetik (GIGIP)	C. Schaudy, Wien	christian@schaudy.com
I.S.D.S.(Int.Society for Digestive Surgery)/österr. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	P. Beckerhinn, Hollabrunn	chirurgie@beckerhinn.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	K. Bergmeister, Wien	kbergmeister@gmail.com
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	S. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	F. Schmöller, Amstetten	friedrich.schmoeller@amstetten.lkoe.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖGH)	W. Lick-Schiffer, Stolzalpe	walpurga.lick-schiffer@kages.at
Österr. Ges. f. Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	F. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)	W. Millesi, Wien	werner.millesi@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie	J. Schalamon, Graz	johannes.schalamon@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie	M. Hermann, Wien	michael.hermann@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC)	J. Burtscher, Wiener Neustadt	johannes.burtscher@wienerneustadt.lknoe.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	A. Leithner, Graz	andreas.leithner@medunigraz.at
Österreichische Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	V. Smekal, Klagenfurt	vinzenz.smekal@auva.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	L. Kirchner, Wien	elisabeth.kirchner@bbwien.at
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	G. Lang, Wien	gyoergy.lang@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	Ch. Holzinger, St. Pölten	christoph.holzinger@stpoelten.lknoe.at
Österreichische Ges.f.Unfallchirurgie (ÖGU)	V. Smekal, Klagenfurt	vinzenz.smekal@auva.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	K. Sarahrudi, Wiener Neustadt	kambiz.sarahrudi@gmail.com
Vertreter*in der Senator*innen	F. Smolle-Jüttner, Graz R. Roka, Wien	freyja.smolle@medunigraz.at rudolf.roka@speed.at
Governor der österreich.-ungarischen Sektion des American College of Surgeons (ACS)	M. Gnant, Wien	mgnant@icloud.com

Kooptierte Vorstandsmitglieder		
UEMS	S. Roka, Wien	sebastian.roka@wgkk.at
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at

Vertreter der Industrie		
Branchensprecher Industrie	G. Juffinger, Wien	gjuffinger@its.jnj.com
Johnson & Johnson Medical Products GmbH	M. Obermayr, Wien	mobermay@its.jnj.com
Medtronic Österreich GmbH	W. Deutschmann, Wien	wolfgang.deutschmann@medtronic.com

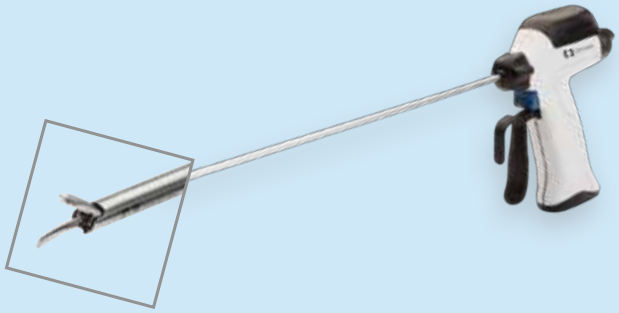
SURGICAL SOLUTIONS EVOLVED



Ligasure™ Maryland Jaw
LF1930T
Thoracic Sealer/Divider

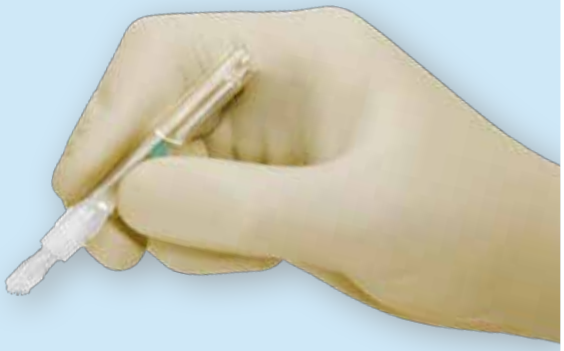
Tri-Staple™ Technology
now on the EEA™ Circular Stapler

VersaOne™
Fascial Closure System



Sonicision™ Curved Jaw
Cordless Ultrasonic Dissection System

INDERMIL™* Flexifuze™*
Topical Tissue Adhesive



Dextile™
Anatomical Mesh

© 2020 Medtronic. Medtronic, Medtronic logo with and without tagline and ™-marked brands are trademarks of a Medtronic company. ™* Third party brands are trademarks of their respective owners. All Rights Reserved. AT 07/2020

Medtronic
Further, Together