

Chirurgie

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

Prähabilitation

ERAS

**Lebensqualität nach plastisch-chirurgische Eingriffen
nach bariatrischer Chirurgie**



BÖC

3|2022

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mehr denn je steht die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit auf dem Prüfstand. Die personellen Engpässe mancher Fächer zeigen schonungslos die Schwächen unseres Systems. Wenn vor 25 Jahren noch von einer Ärzteschwemme gewarnt wurde, versucht die öffentliche Hand mit noch mehr medizinischen Universitäten und Studienplätzen gegenzusteuern.

Während in einigen Fächern bereits ein Mangel an ärztlichem Personal evident ist (Pathologie, Anästhesie) sind chirurgische Ausbildungsstellen zumindest in Ballungsgebieten noch begehrt. Es ist jedoch zu beobachten, dass neben einer „ausbildungsorientierten Grundhaltung“ auch auf ein gutes Arbeitsklima, geregelte Arbeitszeiten und Vergütung Wert gelegt wird. Die Definition von Schwerpunkten hat bereits Eingang in die Ausbildungsordnung für Chirurgie gefunden, um sinnvolle Ziele im vorgegebenen Zeitrahmen vorzugeben. Für diese Ausgabe haben wir **Stefan Kastner**, Chirurg und neu gewählter Präsident der Tiroler Ärztekammer, gebeten, zusammenzufassen, was die Chirurgie der Zukunft braucht.

Ein weiterer Schwerpunkt der Ausgabe ist das perioperative Management. Die präoperative Optimierung der Patienten, gerade vor großen operativen Eingriffen, gewinnt immer mehr Beachtung, die Umsetzung erfordert ein hohes Maß an interdisziplinärer Zusammenarbeit. **David Barron** berichtet uns, wie wir gefährdete PatientInnen identifizieren können und bereits präoperativ geeignet vorbereiten.

Andreas Shamiyeh gibt uns in dieser Ausgabe eine Übersicht zu Konzepten der „early recovery“ nach Chirurgie. **Franz Hoffer** und **Phillip Beckerhinn** zeigen uns wie diese gerade in der bariatrischen Chirurgie beispielhaft implementiert sind. Aber auch bei großen Eingriffen, wie der Koloproktologie (**Alexander Klaus**) und der hepatobiliären Chirurgie (**Klaus Kaczirek**) können diese etabliert werden.

Zuletzt möchte ich Sie, auf das Programm des **21. Österreichischen Chirurgentags** hinweisen, das Sie in der Ausgabe finden. Unter dem Titel „New horizons“ wollen wir uns zukünftigen Entwicklungen in der Chirurgie widmen. Neben klinischen Themen ist eine ganze Sitzung auch den Anforderungen der chirurgischen Ausbildung gewidmet. Und auch das **11. Forum Niedergelassener Chirurgen** widmet sich Aspekten der chirurgischen Tätigkeit im niedergelassenen Bereich.

Ich freue mich auf ein Wiedersehen von 10.–12. November 2022 in Baden.

Ihr,
Sebastian Roka

KORRESPONDENZADRESSE



Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
c/o WMA
Alser Straße 4
1090 Wien
E-Mail: sekretariat@boec.at
www.boec.at

Inhalt

- 2 Editorial
- 4 ERAS: Wie können wir die Outcomes optimieren?
AutorInnen: M. Bubenova, Linz; A. Shamiyeh, Linz
- 6 Prehabilitation zur Risikominimierung
bei großen chirurgischen Eingriffen
Autor: D. Baron, Wien
- 8 Themen der Zeit – Was muss sich in Zukunft für die Chirurgie ändern?
Autor: St. Kastner, Innsbruck
- 9 How I do it – ERAS in der bariatrischen Chirurgie
Autoren: F. Hoffer, P. Beckerhinn; Hollabrunn
- 10 How I do it – ERAS in der Kolorektalchirurgie
Autor: A. Klaus, Wien
- 12 How I do it – ERAS in der hepatobiliären Chirurgie
Autoren: K. Kaczirek, C. Schwarz, S. Stremitzer; Wien
- 14 Postoperative Lebensqualität – nach plastisch-
chirurgischen Eingriffen nach bariatrischer Chirurgie
Autorin: E. Placheta-Györi, Wien
- 16 21. Österreichischer Chirurtag 2022 – Programm
- 18 Im Portrait: Der chirurgische Fragebogen – Michaela Lechner
- 19 Im Portrait: Der chirurgische Fragebogen – Catherine Sobotka
- 20 Junge Chirurgie – Tumorboard
Autorin: A. Majerus, Steyr
- 21 11. Forum Niedergelassener Chirurgen – Programm



6



8



14

ÖGCH

- 22 Protokoll zur Vollversammlung der
Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH

Service

- 27 BÖC Webinare
- 28 Terminkalender
- 29 Impressum
- 30 Ihre Ansprechpartner

ERAS: Wie können wir die Outcomes optimieren?

AutorInnen: M. Bubenova, Linz; A. Shamiyeh, Linz

Seit mehr als 20 Jahren beschäftigen wir uns mit Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Konzept und seiner Rolle in Optimierung der Ergebnisse in der Chirurgie. Es handelt sich um eine evidenzbasierte Therapiestrategie, die bis heute nicht weltweit effizient implementiert werden konnte. Im Vordergrund stehen vor allem in den letzten Jahren die Prähabilitation und die frühzeitige Erkennung und Konditionierung von Hochrisikopatienten. Es gilt den Patientenstatus zu optimieren, um verbesserte präoperative Voraussetzungen zu schaffen. Die Grundvoraussetzungen einer erfolgreichen Implementierung sind die Zusammenstellung eines multiprofessionellen Teams und effektive interdisziplinäre Kommunikation.

„Warum ist der Patient heute noch im Krankenhaus?“ Das ist die zentrale Frage, die wir beantworten müssen, um die outcome-relevanten Faktoren zu identifizieren. Es ist notwendig den „Evidence to practice gap“ zu minimieren und die bekannte Evidenz effizient zu implementieren. ERAS stellt ein zukunftsweisender evidenzbasierter Behandlungspfad dar. Das gesamte Konzept besteht aus ungefähr 25 Kernelementen, die in 4 Phasen eingeteilt werden können: Prä-Aufnahme, präoperative, intraoperative und postoperative Phase (1). Zum einen wird der Fokus auf die Prähabilitation und das präoperative Behandlungszeitfenster gerichtet, zum anderen gewinnt die optimale postoperative Rekonvaleszenz immer mehr Aufmerksamkeit. Des Weiteren können die einzelnen Elemente in aktive und

passive klassifiziert werden, wobei die Compliance mit aktiven Elementen wie z.B. Urinkatheter-Entfernung, Beendigung von Infusionen und orale Ernährung am 1. postoperativen Tag, orale Analgesie am 3. postoperativen Tag, ein Prädiktor für Morbidität und Liegedauer ist (2).

Prä-Aufnahme

In den letzten Jahren wurde in der perioperativen Medizin der Begriff Prähabilitation etabliert (3). Es handelt sich um die Maßnahmen, die durch Früherkennung von Risikofaktoren und Konditionierung des Patienten zu signifikanten Verbesserungen führen. Zu den prä-Aufnahme Elementen zählen: Schulung des Patienten, Optimierung von chronischen Erkrankungen, Management von Anämie, Ernährung und Trainingstherapie.

körperliches Training. Dazu gehört auch inspiratorisches Muskeltraining, das das Abhusten fördert und dadurch das Risiko einer postoperativen Pneumonie vermindert. Die Studien konnten zeigen, dass am meisten effektiv ein High Intensity Interval Training ist (4).

Präoperative Phase

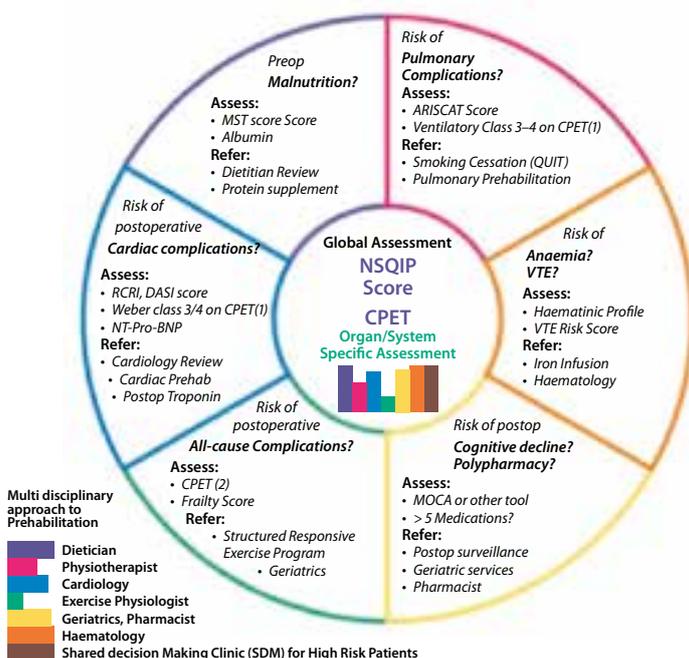
Während des stationären Aufenthaltes, im präoperativen Setting interessieren uns die folgenden ERAS-Elemente: Vorbeugung von Übelkeit und Erbrechen, Prämedikation, Antibiose, Darmvorbereitung, Euvolämie und kohlenhydratreiche Trinklösung. Beim allerersten Punkt ist es wichtig, an die multimodale antiemetische Prophylaxe bei Risikopatienten zu denken (1). Zum Screening wird das Apfel's Score verwendet. Im Sinne der Vermeidung eines postoperativen Delirs sollen die Überdosierung und pauschale Verabreichung von Benzodiazepinen vermieden werden. Was die Antibioseprophylaxe und Darmvorbereitung betrifft, ist in der klinischen Praxis die Erfahrung trotz vorliegender Daten noch immer der Evidenz überlegen. Die Studien konnten zeigen, dass die mechanische Darmvorbereitung in kolorektaler Chirurgie nicht mit einer niedrigeren Komplikationsrate assoziiert ist und deshalb nicht routinemäßig empfohlen wird (1; 5). Einen benefitablen Effekt hinsichtlich der Vermeidung von postoperativer Insulinresistenz und chirurgisch induziertem Proteinabbau haben kohlenhydratreiche Trinklösungen. Die Nahrung kann bis zu 6 Stunden und klare Flüssigkeiten bis zu 2 Stunden vor der Narkoseeinleitung eingenommen werden (1).

Intraoperative Phase

In dieser Phase wird der Fokus auf die effektive Kommunikation und enge Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Anästhesisten gerichtet. Ein Kernthema stellt die intraoperative Volumengabe dar – diese sollte möglichst gering gehalten werden, weil die Flüssigkeitsüberlastung ein Risiko

Edukative Vorträge, Poster mit Erholungszielen, illustriertes Informationsblatt und im englischen Sprachraum bekannte „Surgery School“ erhöhen die Gesundheitskompetenz und fördern den Patienten in aktiver Mitwirkung. Präoperative Anämie ist ein unabhängiger Risikofaktor für postoperative Morbidität und Mortalität. Diese sollte abgeklärt und ursachengerecht therapiert werden. Einbeziehung von Ernährung in das therapeutische Gesamtkonzept führt zur Reduktion von postoperativen Komplikationen, wobei Defizite an Proteine und Vitamine mit Wundheilung und Anastomosenheilung korrelieren. Ein wichtiger Bestandteil der Prähabilitation ist

Abbildung 1: Schema eines Risikobewertungstools für gezielte Prähabilitationsstrategien vor der Operation. (MST-Malnutrition Screening Tool, VTE-Venous Thromboembolism, MOCA-Montreal Cognitive Assessment Test Form, CPET-Cardiopulmonary Exercise Testing).



Ismail H. (2018). Current Anaesthesiology Reports;8:375-385

kofaktor für postoperativen Ileus ist (6). Weiters beginnt die Schmerztherapie schon am OP-Tisch. Dazu zählen die Lokalanästhesie vor Hautinzision und ein ausgewogenes Management durch die Anästhesie. Minimalinvasiver Zugang sollte bevorzugt werden. Es ist sehr gut bekannt, dass laparoskopische Technik die endokrine Stressantwort reduziert (7). Man sollte nicht an die Vorbeugung der Hypothermie vergessen, weil diese zu einer erhöhten Infektionsrate, erhöhtem Transfusionsbedarf und reduzierter Trombozytenfunktion führt.

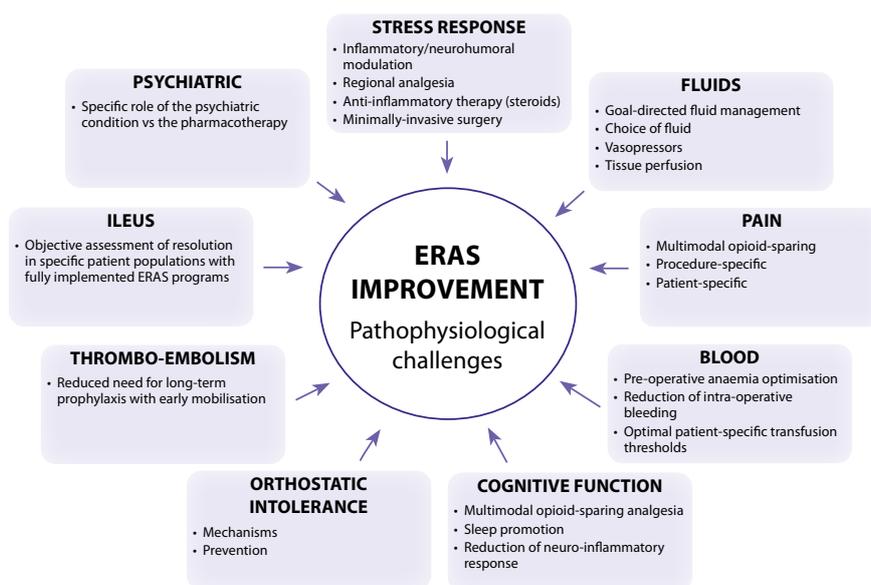
Postoperative Phase

Die postoperative Phase, wo die aktive Rolle des Patienten im Mittelpunkt steht, stellt noch immer eine große Herausforderung dar. Die Schlüsselvoraussetzung für eine suffiziente Adhärenz zu den postoperativen Elementen ist sorgfältige präoperative Vorbereitung, Schulung und kontinuierliche Unterstützung durch das Pflegepersonal. Zu den postoperativen Elementen zählen multimodale Analgesie, frühe Mobilisierung, frühe orale Ernährung, Thromboseprophylaxe, zielgerichtete Flüssigkeitstherapie, Entfernung von Urinkatheter, keine Magensonde, Blutzuckerkontrolle und Ileus Prophylaxe.

Die multimodale Analgesie wie z.B. regionale Anästhesie, gute perioperative Analgesiequalität, um eine postoperative Schmerzexazerbation zu vermeiden und Opioidkonsum zu reduzieren, stellt eine Herausforderung im postoperativen Management dar. Die erfolgreiche Mobilisierung und orale Ernährung setzen eine suffiziente Schmerztherapie voraus (8). Dazu muss bei ChirurgInnen und dem Pflegepersonal das Bewusstsein geschärft werden.

Um den Patienten zeitnah entlassen zu können, braucht man klar formulierte Entlasskriterien, die alle an der Behandlung beteiligten Personen gut kennen. Patient gilt als entlassungsfähig, wenn er keine oder tolerierbare Schmerzen hat, essen und trinken kann, Stuhlgang hat und mobilisiert worden ist. Es ist wichtig, dass das Entlassungsdatum im Voraus während des

Abbildung 2: Pathophysiologische Faktoren für die zukünftige Verbesserung in ERAS.



Kehlet H. (2020). Anaesthesia;75 Suppl 1:e54-e61.

Aufklärungsgesprächs besprochen wird. Auch nach der Entlassung sollten wir den Patienten nicht aus den Augen verlieren. Die ERAS-Schwester ist sowohl während der Hospitalisierung als auch nach der Entlassung die zentrale Ansprechperson und führt das Follow-up Gespräch durch.

Bei einer erfolgreichen Implementierung werden sowohl die biomedizinischen Endpunkte -Morbidity, Mortality, Krankenhausverweildauer als auch die Lebensqualität-Outcomes wesentlich verbessert. Die Zeit sollte auch der Vertiefung der Kenntnisse im Bereich des Change-Managements und der Leadership Fähigkeiten gewidmet werden. Engagement und Adhärenz zum Protokoll aller Teammitglieder sind von großer Bedeutung, weil nur so optimale Ergebnisse erzielt werden können. Eine australische Studie konnte zeigen, dass die Adhärenz zum Protokoll unter den Anästhesisten positiv durch ein

visuelles Feedback „Greenie Board“ als eine förderliche Leistungsbewertung beeinflusst wurde (9).

Zukünftige randomisierte Studien, die einheitlich strukturiert und reproduzierbar sind, sind notwendig. Um die wissenschaftlich hochqualitative Evidenz liefern zu können, ist durch ERAS Society die Verwendung von RECOVER Checkliste empfohlen (10). □

LITERATUR:

- Gustafson OU et al. (2018): World J Surg 43:659-695
- Thorn C CH et al.(2016): Int j Colorectal Dis 31:1329-1339
- Carli F et al. (2012): Can J Anaesth 59(8):779-84
- Weston. M et a. (2016): Perioperative Medicine 5:2
- Rollins KE et al. (2019): Ann Surg 270(1):43-58
- Grass F et al. (2020): Dis Colon Rectum 63:68-74
- David GH et al. (2015): Medicine 94(36):e1286
- Kehlet et al. (2003): Lancet 362:1921-28
- Smirk AJ et al. (2018): Anaesthesia 73:692-702
- Elias KM et al. (2018): World J Surg 43:1-8

KORRESPONDENZADRESSE



Prim. Univ.-Doz. Dr. Andreas Shamiyeh
Klinik für Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie
Kepler Universitätsklinikum
Krankenhausstraße 9
4020 Linz
E-Mail: andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at



Dr. Maria Bubenova
Klinik für Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie
Kepler Universitätsklinikum
Krankenhausstraße 9
4020 Linz
E-Mail: maria.bubenova@kepleruniklinikum.at

Prehabilitation zur Risikominimierung bei großen chirurgischen Eingriffen

Autor: D. Baron, Wien

Die moderne Medizin entwickelt sich kontinuierlich weiter. Auf Grund der anhaltend steigenden Lebenserwartung werden auch unsere Patienten immer älter. Durch die internistischen Begleiterkrankungen unserer Patienten steigt wiederum das perioperative Risiko. Deshalb ist es notwendig Maßnahmen zu etablieren, die das perioperative Risiko senken. Immer häufiger werden dafür modifizierbare Faktoren in Betracht gezogen. Zwei dieser Faktoren sind die körperliche und mentale Leistungsfähigkeit, die mit Hilfe der Prehabilitation gestärkt werden können.

Risikoreduktion durch Prehabilitation

Große chirurgische Eingriffe sind für jeden Patienten mit einem gewissen perioperativen Risiko verbunden. Vor allem bei internistisch vorerkrankten oder gar multimorbiden Patienten ist das Risiko erhöht. Unser Ziel als behandelnde Ärzte muss es sein, das perioperative Risiko so gut es geht zu minimieren (1). Die Prehabilitation ist ein Konzept, das die körperliche und mentale Widerstandsfähigkeit unserer Patienten stärkt, und sie dadurch bestmöglich auf den chirurgischen Eingriff vorbereitet.

Das Konzept der Prehabilitation wurde bereits Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts etabliert (2), geriet dann aber etwas in Vergessenheit. In den letzten Jahren gewinnt es wieder zunehmend an Bedeutung. Wir bewegen uns immer mehr in Richtung einer multimodalen, personalisierten und individualisierten Medizin. Diese Multimodalität wird auch in den Facetten der Prehabilitation widerspiegelt, welche in weiterer Folge näher beleuchtet werden (Abbildung 1).

Optimierung der Dauermedikation

Eine wesentliche Komponente der präoperativen Optimierung ist die Überprüfung und Adaptierung der Dauermedikation. Insbesondere eine Dosisanpassung der kardio-pulmonalen Medikamente kann mit einer relevanten Steigerung der Leistungsfähigkeit verbunden sein. Hierbei ist eine enge Kooperation mit Internisten notwendig. Ziel der präoperativen internistischen Begutachtung ist nicht primär die Freigabe zur Operation, sondern die konkrete Fragestellung, ob eine Optimierung der Dauertherapie und eine damit verbundene Steigerung der Leistungsfähigkeit möglich ist. Dies sollte bereits in der Zuweisung zur prä-



Abbildung 1. Multimodalität der Prehabilitation.

operativen internistischen Begutachtung klar formuliert werden.

Körperliches Training

Kraft, Ausdauer und Mobilität sind drei wesentliche Komponenten der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Prehabilitation wird oft mit körperlichem Training gleichgesetzt, das mit einer Zunahme der Muskelmasse verbunden ist. Dies ist auch jener Aspekt, der wissenschaftlich am besten untersucht ist. Geringe Muskelmasse ist mit erhöhten peri-interventionellen Komplikationen, einem protrahierten Krankenhausaufenthalt und sogar erhöhter Mortalität assoziiert (3). Insbesondere konnte dies bei großen onkologischen Eingriffen gezeigt werden, wo Sarkopenie mit einem schlechten Outcome verbunden ist (4,5).

In einer randomisiert kontrollierten Studie konnten Barberan-Garcia et al. zeigen, dass personalisierte Prehabilitation die Rate von postoperativen Komplikationen bei abdominal-chirurgischen Patienten deutlich reduziert (6). Die Dauer der Intervention betrug mindestens 4 Wochen, und es wurden Patienten mit einem erhöhten perioperativen Risiko (definiert als Alter > 70 Jahre und/oder einem ASA-Status III/IV) eingeschlossen. Auch in anderen Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit geringer funktioneller physischer Kapazität und schlechter körperlicher Belastbarkeit am meisten von einem Prehabilitationsprogramm profitieren (7,8,9). Dies ist sehr wesentlich, damit die wenigen vorhandenen Ressourcen jenen Patienten zu Gute kommen, die auch am meisten davon profitieren.

Strukturelle und zeitliche Limitierungen sind das größte Hindernis, um Trainingsprogramme erfolgreich umzusetzen. Viele Patienten haben weder die notwendigen Kenntnisse noch die adäquate Ausrüstung, um effektiv zu trainieren. Deshalb müssen zuerst Strukturen geschaffen werden, um die Prehabilitation zu ermöglichen. Weiters ist Zeit ein wesentlicher limitierender Faktor. Um eine Prehabilitation erfolgreich umzusetzen, sollte diese zumindest drei bis vier Wochen lang vor der Operation durchgeführt werden. Insbesondere bei onkologischen Patienten ist eine zeitnahe Operation oft unumgänglich, wodurch der Ablauf einer sinnvollen Prehabilitation erschwert wird. Andererseits kann aber bei der Durchführung einer neo-adjuvanten Chemotherapie das Zeitfenster bis zur Operation für Prehabilitation genutzt werden.

Psychologische Konditionierung und mentale Vorbereitung

Viele Patienten empfinden Angst und Stress vor einem chirurgischen Eingriff (10). Angstzustände können hormonelle und immunologische Dysregulation im Körper hervorrufen, und auch dazu führen, dass Patienten weniger körperlich aktiv sind. Diese Effekte können einen Kreislauf in Gang setzen, der sich sogar negativ auf das Outcome auswirkt (11). Deshalb ist die Reduktion von Angst und Stress ein wesentlicher präoperativer Aspekt. Oft reicht es bereits aus, wenn die Patienten eine adäquate Aufklärung über die Therapiemaßnahmen erhalten und die Möglichkeit haben, sich bei Bedarf online fundierte Informationen zu holen. In manchen Fällen ist es jedoch sinnvoll, den Patienten eine psychologische Betreuung und möglicherweise auch eine anxiolytische medikamentöse Therapie anzubieten.

Fokus auf Ernährung

Malnutrition und Katabolismus begünstigen Muskelschwund und die Entwicklung von sarkopenen Zuständen. Deshalb gilt es, die präoperative Nüchternheitsphase so gut es geht zu reduzieren. Die Vorgaben der Europäischen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (ESAIC) bei Erwachsenen sind eine 6-stündige Karenz für feste Nahrung und eine 2-stündige Karenz für klare Flüssigkeiten wie Wasser oder Tee (12). Weiters empfiehlt die Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Metabolismus (ESPEN) vor großen chirurgischen Eingriffen die Gabe von Kohlehydrat-haltigen Flüssigkeiten, um die postoperative Insulinresistenz oder sogar die Dauer des Krankenhausaufent-



haltes positiv zu beeinflussen (13). Gerade bei Prehabilitationsprogrammen, die das physische Training forcieren, ist auch auf ausreichende Proteinzufuhr zu achten.

Fazit

Die Stärkung der körperlichen und mentalen Leistungsfähigkeit spielt eine wesentliche Rolle bei der perioperativen Risikominimierung. Da die kränksten Patienten am meisten von einer Prehabilitation profitieren, gilt es, genau diese Patienten zu identifizieren. Für eine erfolgreiche Prehabilitation ist somit eine interdisziplinäre Begutachtung der Patienten und Planung der Therapie unumgänglich. Hier gilt es nicht nur das individuelle Risiko abzuschätzen, sondern auch modifizierbare Risikofaktoren zu bestimmen. Allen voran müssen aber Strukturen geschaffen werden, um die mit einem erfolgreichen Prehabilitationsprogramm einhergehenden finanziellen und logistischen Herausforderungen zu bewältigen. □

REFERENZEN

1. Reason J (2000): BMJ 320: 768
2. Schneiderzik WEJ (1952-1953): Langenbecks Arch Klin Chir Ver Dtsch Z Chir 273: 540
3. Prado CM et al. (2018): Ann Med 50: 675
4. Paireder M et al. (2017): Eur J Surg Oncol 43: 478
5. Rom H et al. (2022): Ann Surg Oncol 29: 1553
6. Barberan-Garcia A et al. (2018): Ann Surg 267: 50
7. Minnella EM et al. (2016): Surgery 60: 10
8. Lambert JE et al. (2021): Ann Surg 274: 70
9. Carli F et al. (2020): JAMA Surg 155: 233
10. Gillis C et al. (2021): Can J Surg 64: E578
11. Levett DZH et al. (2019): Anaesthesia 74: 36
12. Smith I et al. (2011): Eur J Anaesthesiol 28: 556
13. Weimann A et al. (2021): Clin Nutr 40: 4745

KORRESPONDENZADRESSE



Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. David Baron, PhD
 Medizinische Universität Wien
 Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine
 Intensivmedizin und Schmerztherapie
 Währinger Gürtel 18–20
 A-1090 Wien
 E-Mail: david.baron@meduniwien.ac.at



Themen der Zeit

Was muss sich in Zukunft für die Chirurgie ändern?

Autor: St. Kastner, Innsbruck

Der Arztberuf befindet sich durch verschiedenste Faktoren im Umbruch. Diese Entwicklung macht klarerweise auch vor der Chirurgie nicht halt. Wichtige Weichen müssen jetzt gestellt werden, um das Fach Chirurgie für deren Vertreter und vor allem für unserer Patienten in der gewohnten Qualität zu erhalten. Diese Herausforderung muss nicht nur erkannt, sondern auch allen Verantwortlichen angenommen werden.

Die wohl größte Herausforderung für die chirurgische Versorgung der nächsten Dekaden stellt die Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Chirurginnen und Chirurgen mit entsprechend hoher Qualifikation dar. Es gilt in weiterer Folge Bedingungen zu schaffen, den chirurgischen Nachwuchs auch langfristig in Österreich zu halten. Bereits seit einigen Jahren wird ein zunehmender Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten erkennbar, eine Verschärfung im Allgemeinen erklärt sich durch vermehrten Bedarf durch ein verschärftes Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) sowie durch beginnende Pensionierungen der Babyboomer-Generation. Neben dem KA-AZG kommt es durch die zunehmende Zahl Medizinstudentinnen und Ärztinnen zu einer steigenden Zahl an Teilzeitärztinnen – der Wunsch zur Teilzeittätigkeit wird aber auch bei Ärzten immer häufiger bemerkbar. Wir benötigen in Österreich in Zukunft für die gleiche Qualität der Patientenversorgung deshalb deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte, schon jetzt ist dieser Mangel spürbar.

Aufgrund der langen postpromotionellen Ausbildungsdauer müssen jetzt umfassende Maßnahmen getroffen werden. Die meisten Ausbildungsstätten verfügen über unbesetzte, von der Ärztekammer genehmigte Ausbildungsstellen, leider fehlen häufig die dazu passenden, entsprechenden Planstellen zur Besetzung dieser Stellen. Die Abwanderung von Jungmediziner mit dem Wunsch nach einer chirurgischen Ausbildung ist die Folge. Jene Kolleginnen und Kollegen, die eine Ausbildungsstelle im Fach Chirurgie erreicht haben, werden wohl nur durch Simulationstraining und Rotation zwischen Ausbildungsstätten ohne Zeitverlust ihre Facharztqualifikation erreichen können. Der Stellenwert der Simulation von operativen Eingriffen zur

Steigerung der Lernkurve ist gerade in der laparoskopischen Chirurgie unbestritten, dennoch besteht hier noch großer Aufholbedarf. Bei konsequenter Umsetzung wäre eine Reduktion der am Patienten durchzuführenden Eingriffe gut denkbar. Die Ausbildung und Anleitung im Operationssaal durch den erfahrenen Chirurgen werden aber immer das zentrale Element in der chirurgischen Ausbildung bleiben. Die Ausbildnertätigkeit muss in der Bewertung für Karriereschritte stärker berücksichtigt werden.

Nach Startschwierigkeiten ist das klinisch-praktischen Jahres (KPI) im letzten Jahr des Medizinstudiums zum Erfolgsmodell geworden. In zunehmendem Maße wird deshalb über die Abschaffung der 9-monatigen Basisausbildung zu Beginn der postpromotionellen Ausbildung nachgedacht. – Vielleicht kann das eine Chance für einen besser strukturierten chirurgischen common-trunk in der Sonderfachgrundausbildung aller chirurgischen Sonderfächer sein.

Das Fach Chirurgie wird immer komplexer und differenzierter. Das aktuelle Rasterzeugnis bezieht das mit seinen verschiedenen Spezialbereichen bereits ein. Im klinischen Alltag wird das aber zu unterschiedlichen Ausrichtungen der einzelnen chirurgischen Abteilungen führen müssen, im Nacht- und Wochenenddienst benötigt es verstärkt Konzepte zur Damage Control, um die Patientenversorgung aufrecht zu halten. Die Zusammenarbeit zwischen Zentrumabteilung und den Abteilungen in der Peripherie wird dazu immer wichtiger werden, eine Rotation zwischen diesen Partnern in der chirurgischen Patientenversorgung schon in der Ausbildung wird die Basis für eine spätere tragfähige Kooperation sein.

Aber nicht nur die Allgemein- und Viszeralchirurgie steht vor diesen Herausforderungen, die anderen chirurgischen Sonderfächer (Herz-, Thorax-, Gefäß-, Kinderchirurgie, plastische und Neurochirurgie) kämpfen wie die Transplantationschirurgie mit der immer schwerer zu besetzenden Dienst- und Bereitschaftsdienststrädern und zunehmender stärker Zentralisierung. Im Falle der Gefäßchirurgie wird das Spannungsfeld rund um die Zusammenarbeit bzw. Konkurrenzierung mit der interventionellen Radiologie zur Herausforderung.

In der Niederlassung spielt vor allem die Endoskopie eine wichtige Rolle. Die Wartezeiten auf Termine für Vorsorgekoloskopien oder kurative Gastroskopien und Koloskopien sind selbst bei Wahlärzten für Chirurgie zunehmend länger. Ursächlich sind neben einem Pandemie-bedingtem Rückstand auch Personalengpässe im intramuralen Bereich, die zur Reduktion der Endoskopiekapazitäten in den Krankenhäusern führen. Die Stärkung des niedergelassenen chirurgischen Bereichs mit österreichweit fairen Kassentarifen, Entlastung von überbordender Bürokratie und sinnvollen, mit Augenmaß definierten Qualitätsstandards wird für die Patientenversorgung essentiell sein.

Die Chirurgie der Zukunft wird sich am Behandlungserfolg messen lassen müssen. Neben optimaler Ausbildung wird die intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit der Kollegenschaft wie schon im Bereich der Tumorboards oder mancherorts in CED-Boards etabliert eine entscheidende Rolle spielen. Eine strukturierte Ausweitung auf die Zusammenarbeit zwischen intra- und extramuralem Bereich wird Synergien fördern und Patientenströme besser leiten lassen können. □

KORRESPONDENZADRESSE



© Foto Hofer

Dr. Stefan Kastner
Facharzt für Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie
Präsident der Ärztekammer für Tirol
Anichstraße 7
6020 Innsbruck
E-Mail: kastner@aektirol.at

How I do it – ERAS in der bariatrischen Chirurgie



Autoren: F. Hoffer, P. Beckerhinn; Hollabrunn

Ziel der von H. Kehlet bereits in den 1990ern publizierte „Fast Track Chirurgie“ ist die Verringerung postoperativer komplizierter Verläufe durch Minimierung interventioneller therapeutischer Maßnahmen vor, während und nach einem chirurgischen Eingriff, einer raschen Mobilisierung und einer maximal verkürzten Liegedauer. Das Konzept hat in unterschiedlich abgeänderter Form, durch die Etablierung der minimalinvasiven Chirurgie in allen Bereichen, auch außerhalb der Colonchirurgie, Einzug gehalten.

„Fast Track“ oder „ERAS“ in der bariatrischen Chirurgie ist an unserer Abteilung ein Kompromiss zwischen den ursprünglich erhofften maximal möglichen Zielen, Patientenbedürfnissen und deren Erwartungshaltung in Kombination mit ihren Ängsten und Sorgen, unseren Qualitäts- und Ergebnisansprüchen aber auch den unterschiedlichen ökonomischen Aspekten wie leistungsorientierte Honorierung, Liegedauer oder betriebswirtschaftliches Kalkül der Klinik.

Die Effektivität von ERAS Konzepten in der bariatrischen Chirurgie wurde in mehreren prospektiv randomisierten Studien bestätigt. Nach Hospitationen u.a. bei Ronald Liem in Rotterdam und bei Frans Smulders in Antwerpen haben auch wir im Landeskrankenhaus Hollabrunn ein interdisziplinäres Konzept mit Anästhesist*innen, Diätolog*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen, dem Pflegepersonal der Station und des Operationssaales sowie den zuständigen Sekretariaten erarbeitet um den Ablauf vom Erstkontakt bis zur Entlassung möglichst reibungslos und standardisiert ablaufen lassen zu können. Waren im primären Konzept noch vier unterschiedliche Risikogruppen definiert, hat sich nach kurzer Zeit gezeigt dass, sofern keine grundsätzliche Kontraindikation für eine OP vorliegt, zwei wesentliche, das Operationsgeschehen und den postoperativen Verlauf beeinflussende Risikofaktoren vorliegen: aus anästhesiologischer Sicht sind es pulmonale Begleiterkrankungen, aus chirurgisch technischer Sicht der intestinale Fettverteilungstyp.

Da der Fettverteilungstyp lediglich Einfluss auf das technische Vorgehen hat, werden gegenwärtig lediglich Patient*innen mit pulmonalen Begleiterkrankungen vom ERAS Programm exkludiert. Diese Patient*innen

haben einen erhöhten intra- und postoperativen Betreuungs- und Überwachungsbedarf, werden invasiv überwacht, erhalten einen Dauerkatheter und zusätzlich zur medikamentösen Thromboseprophylaxe eine pneumatische Kompressionspumpe.

Davon nicht beeinflusst wird die Aufenthaltsdauer und das Prozedere nach dem ersten postoperativen Tag.

Ablauf

Patient*innen, die sich für einen bariatrischen Eingriff interessieren, müssen an einem sogenannten „Erstgespräch“ mit Power Point Präsentation in der Gruppe und einem folgenden Einzelgespräch teilnehmen. Dabei werden patientenspezifische Daten und Begleiterkrankungen erfasst, Ziele besprochen und definiert und das weitere Vorgehen detailliert erörtert. Eine präoperative Gewichtsreduktion (3–5kg) wird den Patient*innen nicht nur empfohlen, sondern ist Voraussetzung für die Durchführung des Eingriffs.

Die Evaluierung, ob jemand für das ERAS-Programm in Frage kommt, erfolgt unabhängig davon interdisziplinär im Rahmen der Präanästhesie- Ambulanz bzw. dem chirurgischen Abschlussgespräch ca. 6 – 8 Wochen präoperativ. Dieser relativ früh gewählte Zeitpunkt ermöglicht die Verbesserung bestehender Komorbiditäten. Das Ausmaß der Adipositas, die Art des Eingriffes oder ob es sich um einen Primär- oder Revisionseingriff handelt, hat dabei keinen Einfluss.

Alle Patient*innen werden aus organisatorischen Gründen (weite Anreise, OP- Beginn 8:00) am Vortag stationär aufgenommen. Die Kost wird an diesem Tag reduziert. Nach Mitternacht ist Essen und Trinken sowie Rauchen nicht mehr gestattet.

Abends erhalten die Patient*innen 4.000 I.E. Enoxaparin s.c. Am Morgen des Op- Tages erfolgt die Gabe von 1000 ml Elomel, von 40 mg Pantoprazol, ca. eine Stunde präoperativ die Gabe von Midazolam oral, von 1g Paracetamol und von 1,5g Cefuroxim i.v.

In Ausnahmefällen, wenn das zulässige Gewicht des Umlagerungstisches überschritten wird, geht der Patient selbst in den OP und muss auch – unterstützt und gesichert – nach der Operation selbst vom OP-Tisch in sein Bett.

Vor den Hautinzisionen erfolgt eine Infiltration mit Ropivacain. Alle Operationen werden mit 5 Zugängen durchgeführt. Unabhängig vom Verfahren werden Drainagen nur in Ausnahmefällen gelegt und am Folgetag entfernt.

Postoperativ werden die Patient*innen ca. 120 min. auf der Aufwachstation überwacht bevor sie an die Station übergeben werden. Vier Stunden später, nach Kontrolle des KBB, wird mit der Mobilisierung begonnen und schluckweises Trinken (klarer kühler Flüssigkeiten) erlaubt. Am Op- Tag erfolgt eine standardisierte Gabe von 3 x 1g Paracetamol und bedarfsadaptiert auch Metamizol i.v.

Am ersten postoperativen Vormittag erfolgt regelhaft ein Gastromi-Schluckröntgen. Dies in erster Linie aus forensischen Überlegungen. Der weitere Kostaufbau beinhaltet zwei Mal eine klare Suppe und klare Flüssigkeit ad libitum. Intravenös wird mit 500 ml Elomel mit Vitaminzusatz und 500 ml Elomel leer unterstützt.

Die Patient*innen werden angehalten ihre Zeit überwiegend außerhalb des Bettes zu verbringen. Mit physiotherapeutischer



Unterstützung wird die bereits präoperativ geschulte Atemtechnik aufgefrischt und mit Hilfe des SMI (sustained maximized inspiration) in aller Regel rasch effizienter.

Dauermedikationen können ab dem zweiten postoperativen Tag eingenommen werden. Zusätzlich beginnt die orale Gabe von 40 mg Pantoprazol, die für 8 Wochen vorgeschrieben wird. Schmerztherapie wird bedarfsorientiert mit 20 gtt. Metamizol angeboten. An den ersten zwei postoperativen Tagen erfolgt auch eine Kontrolle des KBB und des CRP.

Vor der Entlassung, die in den meisten Fällen am zweiten postoperativen Tag erfolgt, ist eine diätologische Nachbesprechung/Schulung vorgesehen, um den bereits erfolgten Empfehlungen Nachdruck zu verleihen und um zu überprüfen, ob die geschulten Inhalte, insbesondere die notwendige Substitution mit Vitaminen und Spurenelementen, gut verinnerlicht wurde.

Alle Patient*innen erhalten bei der Entlassung einen endgültigen ELGA-Brief, der auch die Richtlinien zur Thromboseprophylaxe (Enoxaprin 4.000 I.E. s.c) für 4 Wochen und der oralen Einnahme von Pantoprazol 40 mg 1-0-0 beinhaltet. □

LITERATUR:

1. „Impact of implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) program in laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a prospectiv randomized clinical trial.“ Jaime Ruiz-Tovar, M.D. et al; SOARD 15(2019)228-235
2. „Randomized clinical trial of an enhanced recovery after surgery programme versus conventional care in laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery.“ N. Geubbels et al; BJS 2019;3:274-281
3. „Reducing complication rates and hospital readmissions while revising the enhanced recovery after bariatric surgery (ERABS) protocol.“ Marjolijn Leeman et al; Surgical Endoscopy (2021) 35:612-619
4. „Guidelines für perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: A 2021 Update.“ Erik Stenberg et al; World J Surg (2022) 46:729-751

KORRESPONDENZADRESSEN



Prim. Dr. Franz Hoffer
Chirurgische Abteilung des LK Hollabrunn
Robert Löfflerstrasse 20
2020 Hollabrunn
E-Mail: franz.hoffer@hollabrunn.lknoe.at



OA Dr. Philipp Beckerhinn
Chirurgische Abteilung des LK Hollabrunn
Robert Löfflerstrasse 20
2020 Hollabrunn
E-Mail: philipp.beckerhinn@hollabrunn.lknoe.at

How I do it – ERAS in der Kolorektalchirurgie



Autor: A. Klaus, Wien

Seit vielen Jahren beschäftigen wir uns im Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien mit diversen Möglichkeiten der schnelleren Erholung nach chirurgischen Eingriffen, wofür international maßgeblich auch die Kennzahl der Liegedauer im Krankenhaus herangezogen wird. Es ist uns durch Optimierung verschiedener Prozesse in den vergangenen Jahren gelungen, eine Vorreiterrolle unter den österreichischen Krankenhäusern einzunehmen und beispielsweise auch tagesklinische Operationen in großer Zahl als Alleinstellungsmerkmal zu etablieren.

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) oder das sogenannte Fast-Track Konzept verfolgt das Ziel, die postoperative Erholung unserer Patienten nach chirurgischen Eingriffen zu verbessern, was insbesondere durch Stressreduktion, raschen Kostaufbau und früher Mobilisierung sowie Rehabilitation erreichbar ist.

In Anlehnung an die Internationalen Guidelines sehe ich die chirurgische Behandlung unserer Patienten mit kolorektalen Erkrankungen in vier Etappen, nämlich

- 1. Ambulante Vorbereitungsphase
- 2. Präoperative Phase
- 3. Intraoperative Phase und
- 4. Postoperative Phase.

Alle Phasen beinhalten mehrere Zielsetzungen, wobei wir großen Wert auf Standardisierung legen und hierfür Patientenpfade entwickelt haben, welche in unserer elektronischen Fieberkurve hinterlegt sind.

Phase 1 ist dadurch gekennzeichnet, die optimale Patienteninformation weiterzugeben und so Unsicherheiten vor dem

operativen Eingriff zu nehmen. Dafür gibt es eine Reihe von Spezialambulanzen für benigne und onkologische Darmerkrankungen an der Abteilung und viele meiner Patienten wünschen die entsprechende Aufklärung auch in meiner Ordination, wo ich mir ausreichend Zeit dafür nehmen kann. Dabei erfolgt auch eine detaillierte Risikoeinschätzung, welche durch einen verpflichtenden Besuch in unserer Präanästhesieambulanz vom Anästhesisten bzw. Intensivmediziner ergänzt wird. Allen onkologischen Patienten wird bereits ein Kontakt mit unserer Klinischen Psychologie ermöglicht, wo teilweise auch Angehörige mitbetreut werden können. Im Wissen, dass körperliche Fitness einen positiven Einfluss auf das Ergebnis hat, habe ich in Zusammenarbeit mit unserer Physikalischen Medizin für unsere Bariatrische Patienten bereits ein präoperatives Trainingsprogramm etabliert. Dieses soll zukünftig auch auf unser kolorektales Programm ausgeweitet werden. Seit kurzem wird von Seiten unserer Anästhesie ein besonderes Augenmerk auf die präoperative Anämie gelegt und jene Patienten, welche von einer präoperativen Eisensubstitution profitieren können, werden identifiziert. Wenn notwendig erfolgt eine kurze stationäre Aufnahme zur intravenösen Eisensubstitution, und damit wird ein sehr restriktives Bluttransfusionsmanagement angestrebt.

In der **präoperativen Phase** liegt anästhesiologisch das Hauptaugenmerk auf der PONV Prophylaxe mittels unterschiedlicher antiemetischer Medikationen. Wir versuchen auch im kolorektalen Programm die präanästhesiologische Medikation mit Benzodiazepinen zu unterlassen. Alle meine Patienten erhalten zur kolorektalen Operation eine perioperative Antibiotikaphylaxe, die im Patientenpfad verankert ist, im Aufwachraum mit ausreichendem Abstand zur Hautinzision verabreicht und

in der WHO Checkliste abgefragt wird.

Eine präoperative Darmreinigung mit oraler Antibiotikagabe wird von mir jedenfalls bei allen Rektumresektionen eingesetzt. Bei der rechtsseitigen Kolonresektion bin ich derzeit noch zurückhaltend, wenngleich es in der Literatur auch dafür bereits gute Evidenz zu geben scheint.

Während der **intraoperativen Phase** erfolgt das Monitoring der Körpertemperatur und das perioperative Wärmemanagement mittels Warmluftdecke von Seiten der Anästhesie. Auch das Anästhesie- und Flüssigkeitsmanagement verläuft nach einem standardisierten Protokoll.

Was den chirurgischen Zugangsweg und damit das operative Trauma der Bauchdecke anbelangt, so bin ich auch in der kolorektalen Chirurgie ein starker Verfechter der minimal invasiven Technik. In meiner Hand ist die Single Port Technik das Verfahren der Wahl für alle kolorektalen Resektionen, solange keine Kontraindikation für ein Pneumoperitoneum vorliegt. Die tiefe vordere Rektumresektion erfolgt immer gleichzeitig in TAMIS Technik, wobei zwei Operationsteams simultan operieren. Drainagen verwende ich bei der vorderen tiefen Rektumresektion, da ich vermehrt Retentionen im kleinen Becken gesehen habe, welche teilweise nur erschwert perkutan zugänglich waren. Ansonsten haben Abdominaldrains in der elektiven Kolonchirurgie bei mir keinen Stellenwert. Ebenso verwende ich keine nasogastralen Sonden.

Zur Schmerztherapie wird üblicherweise die PDA eingesetzt, die postoperativ von unseren Anästhesisten betreut wird. Sollte eine konventionelle Operationsmethode notwendig sein und eine Kontraindikation zur PDA bestehen, dann verwende ich seit kurzem einen Schmerzkatheter, der subku-

tan platziert wird und über 48 Stunden ein Analgetikum absondert. Die orale postoperative Schmerztherapie ist leitliniengerecht standardisiert und leitet die **4. Phase** ein. Die Mobilisation erfolgt unmittelbar am selben Tag, ebenso der Kostaufbau. Üblicherweise erfolgt die Verlegung von unserer Aufwachstation, welche abends schließt auf die chirurgische Bettenstation. Je nach Komorbiditäten werden die Patienten auch über Nacht an der IMCU betreut bzw. bei schwerkranken Patienten kann auch ein Aufenthalt an der ICU eingeplant werden müssen. Harnkatheter werden am ersten postoperativen Tag entfernt, in manchen Fällen auch erst am 2. oder 3. Tag. Um die postoperative Darmparalyse weitestgehend zu verhindern, vermeide ich Opiode, gebe standardmäßig Magnesium ab dem ersten postoperativen Tag und beginne unmittelbar mit dem Kostaufbau. Jeder Patient erhält eine Ernährungsberatung durch unser Team der Diätologen. Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt sobald der Patient mobil ist und der Kostaufbau erfolgt ist, sofern eine Betreuung zuhause sichergestellt ist. Das ist üblicherweise ab Tag vier bis fünf nach der Operation möglich.

Insgesamt ist mir wichtig darzustellen, dass unser ERAS Programm für kolorektale Eingriffe ein multimodales Konzept darstellt und aus diversen Bausteinen besteht. Darin ist nicht nur die chirurgische Vorgehensweise, sondern das Zusammenspiel mehrerer Disziplinen maßgeblich für den Erfolg verantwortlich. Wahrscheinlich sollte der Titel daher richtigerweise lauten: How WE do it.

KORRESPONDENZADRESSE



Prim. Univ.-Prof. Dr. Mag Alexander KLAUS, FACS
Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien
Abteilung Chirurgie
Stumpergasse 13
A-1060 Wien
E-Mail: alexander.klaus@bhs.at



How I do it – ERAS in der hepatobiliären Chirurgie

Autoren: K. Kaczirek, C. Schwarz, S. Stremitzer; Wien

Hintergrund

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Konzepte werden zunehmend auch in der Leberchirurgie etabliert. Es handelt sich dabei um multimodale Konzepte, die die funktionale postoperative Erholung verbessern sollen.

Ziele sind die Verminderung des perioperativen Stresses, rasche Mobilisation und Kostenaufbau, frühestmögliche Rehabilitation, die Vermeidung von postoperativen Komplikationen und die Verkürzung des Krankenhausaufenthalts.

In mehreren Studien konnten Vorteile hinsichtlich verringerter postoperativer Komplikationen, kürzerer Krankenhausaufenthaltsdauer und geringerer Kosten gezeigt werden (1, 2). Bereits 2016 wurde eine Leitlinie der ERAS Society für Lebereingriffe publiziert (3). Ein Update ist noch für 2022 geplant. In der ersten Guideline wurden 23 Empfehlungen wie Verzicht auf Magensonde und Drainage, zielgerichtetes (goal-directed) Flüssigkeitsmanagement, frühzeitiger Kostenaufbau und Mobilisation formuliert.

Nicht alle Empfehlungen können lückenlos und unmittelbar an jeder Abteilung übernommen werden, weshalb sich je nach Zentrum unterschiedliche Konzepte entwickelt haben. Auch an unserer Abteilung ist die stetige Formung und Erweiterung eines multidisziplinären ERAS Teams sowie die sukzessive Umsetzung aller evidenzbasierter Empfehlungen ein laufender Prozess.

Im Folgenden wird unser derzeitiges Vorgehen beschrieben:

Präoperativ/ambulant:

- Besprechung des ERAS-Konzepts mit dem Patienten
- Vorstellung des Patienten möglichst am selben Tag in der Präanästhesieambulanz
- Diätologisches Assessment
- Neuerliche Erklärung von ERAS am Tag vor der Operation (durch den aufklärenden Arzt)

Intraoperativ:

- Laparoskopisches Verfahren, wenn möglich
- Zentraler Zugang (ZVK) nur bei schlechter peripherer Venensituation und Gefahr eines größeren Blutverlusts
- Vermeidung von Drainagen
- Entfernung der nasogastralen Sonde am OP-Tisch
- Vermeidung von exzessiver Flüssigkeitsgabe (goal-directed management)
- Vermeidung von längerwirkenden Opioiden
- Vermeidung von Vasopressoren
- Omentum-Flap bei linkslateraler Resektion und Hemihepatektomie links zur Reduktion einer verzögerten Magenentleerung, aufgrund der Ergebnisse zweier randomisierter Studien (4, 5)

Wir vermeiden derzeit die Anlage von Epiduralkathetern, da der Vorteil gegenüber einer Kombination aus NSAID und intravenöser patientengesteuerter Analgesie (PCA) Pumpe mit Piritramid nicht eindeutig geklärt ist und die Servizierung aufwändiger ist. Zusätzlich wurden die Epiduralkatheter in der Vergangenheit bei veränderten Gerinnungsparametern nicht entfernt, was zu einer oft unnötig verlängerten Hospitalisierung geführt hat.

Postoperativ:

OP-Tag:

- Transfer des Patienten, wenn möglich, über den Aufwachraum auf die Normalstation, ansonsten ad Intensivstation
- Mobilisation des Patienten noch am Operationstag (Nachmittag) in den Lehnssessel
- Kostaufbau am Operationstag (Tee/Suppe/Joghurt)
- LMW-Heparin 6 Stunden postoperativ und anschließend Routine Thromboseprophylaxe

Postoperativer Tag (POD) 1

- Blutabnahme am ersten postoperativen Tag (POD) auf Intensivstation, nicht auf Normalstation
- Mobilisation des Patienten in den Lehnssessel nach dem Waschen (ca. 8:30 Uhr). Ziel: möglichst mehr Zeit außerhalb des Bettes als im Bett verbringen, mehrmals Spazieren gehen
- Früher Transfer des Patienten auf die Normalstation
- Feste Kost soweit toleriert

POD2:

- Blutabnahme
- Mobilisation: Ziel: Steigerung zum Vortag
- Bei PCA-Pumpe, Umstellung auf orale Schmerzmedikation

POD3:

- Mobilisation: Steigerung zum Vortag

POD4:

- Blutabnahme
- Entfernung des ZVK
- Mobilisation: weitere Steigerung zum Vortag

Entlassung, wenn:

- Mobil und selbständig
- Voll kostaufgebaut
- Problemloses Urinieren
- Abgehende Winde oder Stuhl gehabt
- Schmerzkontrolliert
- Unauffällige Vitalparameter
- Fieberfrei
- Rückläufige Blutwerte

Wenn nicht entlassbar, weiter...

- Mobilisation: Steigerung zu den Vortagen
- Laborkontrolle nach Bedarf

Tag nach der Entlassung:

- Telefonischer Kontakt mit der Stationschwester oder Stellvertreter

Durch diese Vorgehensweise hat sich die Krankenhausaufenthaltsdauer unserer Patienten deutlich verringert. Die Einbindung des Patienten von Anfang an und Motivation zur Mitarbeit ist aus unserer Sicht der wichtigste Schlüssel zum Erfolg.

Um die postoperative Erholung noch weiter zu verbessern, sollte aus unserer Sicht in Zukunft vermehrt auch auf Prähabilitation gesetzt werden und diese Erweiterung des ERAS Konzepts in Studien geprüft werden. □

LITERATUR

1. Noba L, Rodgers S, Chandler C, Balfour A, Hariharan D, Yip VS. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Reduces Hospital Costs and Improve Clinical Outcomes in Liver Surgery: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gastrointest Surg.* 2020;24(4):918-32.
2. Lunel T, Mohkam K, Merle P, Bonnet A, Gazon M, Dumont PN, et al. Impact of 2016 Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Recommendations on Outcomes after Hepatectomy in Cirrhotic and Non-Cirrhotic Patients. *World journal of surgery.* 2021;45(10):2964-74.
3. Melloul E, Hubner M, Scott M, Snowden C, Prentis J, Dejong CH, et al. Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World journal of surgery.* 2016;40(10):2425-40.
4. Igami T, Nishio H, Ebata T, Yokoyama Y, Sugawara G, Nagino M. Using the greater omental flap to cover the cut surface of the liver for prevention of delayed gastric emptying after left-sided hepatobiliary resection: a prospective randomized controlled trial. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2011;18(2):176-83.
5. Yoshida H, Mamada Y, Tani N, Mizuguchi Y, Shimizu T, Takahashi T, et al. Fixation of the greater omentum for prevention of delayed gastric emptying after left-sided hepatectomy: a randomized controlled trial. *Hepatogastroenterology.* 2005;52(65):1334-7.

KORRESPONDENZADRESSE



A.o. Univ. Prof. Dr. Klaus Kaczirek
 Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie
 Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie
 Währinger Gürtel 18-20,
 1090 Wien
 T: +43 (0)1 40400-56210
 E-Mail: klaus.kaczirek@meduniwien.ac.at

Postoperative Lebensqualität nach plastisch-chirurgischen Eingriffen nach bariatrischer Chirurgie

Autorin: E. Placheta-Györi, Wien

Plastisch-chirurgische Eingriffe nach bariatrischer Chirurgie und massivem Gewichtsverlust umfassen körperformende Operationen wie oberes und unteres Body Lift, Belt-Lipectomie, Abdominoplastik, Mastopexie, Oberarm- und Oberschenkelstraffung und Liposuktion. Die American Society of Plastic Surgeons (ASPS) beschreibt, dass in der Jahresstatistik von Jahr 2020 46.577 körperformende Eingriffe nach bariatrischen Operationen durchgeführt wurden. Unter Einbezug aller Formen des Gewichtsverlustes wurden 217.194 körperformende Eingriffe (Oberarmstraffung, Abdominoplastik, unteres Bodylift, Oberschenkelstraffung) und 211.067 Liposuktionen durchgeführt. Insgesamt ist die Anzahl der körperformenden Eingriffe in den letzten zwei Jahrzehnten stark gestiegen (<https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2020/plastic-surgery-statistics-full-report-2020.pdf>).



der untersuchten Patient:innen körperformenden Operationen unterzogen.[4] Nur 4 – 5 % der Patient:innen beschrieben die Cutis laxa als so störend, dass sie sich nicht erneut für eine bariatrische Operation entscheiden würden.[1]

In einer Querschnittsstudie an 393 Patient:innen wurden Körperbild und Lebensqualität von Patient:innen vor bariatrischen Eingriffen erhoben und mit zwei Gruppen postbariatrischer Patient:innen (mindestens 18 Monate postoperativ), welche nicht mittels körperformender Eingriffe behandelt wurden, oder die postoperativ nach körperformenden Operationen befragt wurden, verglichen.[2] In dieser Studie zeigten sich nach bariatrischen Eingriffen Verbesserungen in allen erhobenen Bereichen, wie physische Aktivität, Körperbild und Patientenzufriedenheit im Vergleich zu Werten von Patient:innen vor bariatrischen Operationen. Der Unterschied der postbariatrischen Patient:innen, welche sich körperformenden Operationen unterzogen hatten war jedoch nicht in allen Aspekten signifikant unterschiedlich zu jenen die nicht mittels körperformender Eingriffe behandelt wurden. Verbesserungen wurden im Bereich der körperlichen Funktion und des Körperbilds beschrieben, jedoch zeigten sich in Lebensqualitätsanalysen jene Symptome, die mit Depression und Angststörungen assoziiert waren, nicht verändert.[2] Diese Ergebnisse wurden auch in größeren Metaanalysen bestätigt. In einer 2018 publizierten Metaanalyse der gesundheits-bezogenen Lebensqualität nach bariatrischen Eingriffen wurden 731 Patient:innen aus randomisierten kli-

Nach massivem Gewichtsverlust leiden bis zu 96 % der Patient:innen unter exzessivem Hautüberschuss, wodurch es zu physischen Funktionseinschränkungen, sowie negativen Auswirkungen auf das Körperbild, die Zufriedenheit und die Lebensqualität kommt.[1] Die Auswirkungen von körperstraffenden Operationen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei postbariatrischen Patient:innen sind in der Literatur allerdings nicht einheitlich beschrieben.[2]

Ein wichtiger Faktor bei der Betrachtung der Lebensqualitätsanalysen nach körperformenden Operationen besteht darin, dass diese Eingriffe nur von einem geringen Anteil der postbariatrischen Patient:innen in Anspruch genommen wird. In Studien der Medizinischen Universität Wien wurde beschrieben, dass in einer initialen Befragung nur 15 % aller postbariatrischen Patient:innen körperformende Eingriffe wünschten [3] und sich insgesamt 21 %

nischen Studien eingeschlossen.[5] Hier zeigte sich bei Lebensqualitätsparametern der psychischen Gesundheit keine signifikante Verbesserung durch bariatrische Eingriffe. Patient:innen, die sich für bariatrische Operationen entschieden, hatten im Vergleich zu den nicht operativ behandelten Patient:innen vermehrte Risikofaktoren psychischer Erkrankungen.[5]

Die teils kontroverse Datenlage der postoperativen Lebensqualität nach körperformenden Eingriffen ergibt sich auch aus methodischen Limitationen der publizierten Studien. Die oft geringe Größe der Studienpopulation, fehlende Einheitlichkeit der Testinstrumente und der Mangel einer passenden Kontrollgruppe vermindern die Aussagekraft der Daten.

Die postoperative Lebensqualität zählt neben funktionellen Ergebnissen, Komplikationsraten, postoperativer Morbidität und Mortalität zu den wichtigsten Qualitätskriterien der Chirurgie.[6] Um die postoperative Lebensqualität aus Patientenperspektive zu erfassen und diese messbar zu machen wurden „Patient-reported outcome measures“ (PROM) entwickelt. Es besteht eine breite Evidenz, dass die Datenerhebung mittels validierter PROM im Vergleich zu *ad hoc* Fragebögen überlegen ist und das krankheitsspezifische Instrumente erforderlich sind, da allgemeine Lebensqualitäts-Erhebungen postoperative Veränderungen nicht ausreichend erfassen.[7]

Klassen et al. führten zur Entwicklung eines standardisierten PROM für bariatrische Patient:innen strukturierte Interviews mit 43 Patient:innen nach massivem Gewichtsverlust und körperformenden Eingriffen und definierten 5 zentrale Domänen: Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild, physische Gesundheit, sexuelle Gesundheit, psychische Gesundheit und soziale Einschränkungen.[8] Mit diesen Daten wurde der Body-Q™ als krankheitsspe-

zifisches Instrument entwickelt und an 734 Patient:innen validiert.[9] 2018 wurde in einem Vergleich von 24 Instrumenten zur Lebensqualitätsanalyse von Patient:innen nach bariatrischen und körperformenden Eingriffen 7 validierte, krankheitsspezifische Instrumente beschrieben, wobei für den Body-Q™ die höchste Datenqualität und breiteste Evidenzlage bestand und dieser für zukünftige Planung klinischer Studien empfohlen wurde.[10]

In einer 2022 publizierten prospektiven Studie an postbariatrischen Patient:innen mit gepaartem Gruppendesign, welches Patient:innen mit und ohne körperformende Eingriffe verglich, wurde eine signifikante Verbesserung in 10 von 11 Body-Q™ Skalen in der Gruppe nach körperformenden Operationen beschrieben: Beurteilung des Hautüberschusses, Zufriedenheit mit dem Abdomen, psychische Belastung durch das Aussehen, Körperbild, physische Funktion, physische Symptome, psychologische Funktion, sexuelle Funktion, soziale Funktion und Zufriedenheit mit dem Körper.[11]

In einer rezenten Querschnittstudie wurde der Body-Q™ eingesetzt um Patient:innen vor und nach bariatrischen, sowie vor und nach körperformenden Eingriffen zu untersuchen.[12] In dieser Studie waren höherer Body-Mass-Index und vermehrter Hautüberschuss mit geringeren Raten an Patientenzufriedenheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität verbunden. In Bezug auf Körperbild und gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigten Patient:innen nach bariatrischen Eingriffen zunächst bessere Ergebnisse als Patient:innen vor körperformenden Eingriffen, was mit Erwartungshaltungen und vermehrter Belastung durch überschüssige Haut in Zusammenhang gebracht wurde. Nach körperformenden Eingriffen wurden in dieser Querschnittstudie die besten Werte bei gesundheitsbezogener Lebensqualität und Körperbild erhoben.[12] Dies unterstreicht die drin-

gende Notwendigkeit der interdisziplinären Anbindung postbariatrischer Patient:innen und der fortführenden Betreuung bis zur postoperativen Phase nach körperformenden Eingriffen. Die interdisziplinäre Betreuung sollte realistische Aufklärung und Thematisierung der Erwartungshaltung bezüglich der postoperativen Ergebnisse, sowie die besondere Beachtung der psychischen Gesundheit umfassen.[5, 12] □

LITERATUR

1. Kitzinger, H.B., et al., After massive weight loss: patients' expectations of body contouring surgery. *Obes Surg*, 2012. 22(4): p. 544-8.
2. de Zwaan, M., et al., Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre- and post-surgery groups. *Front Psychol*, 2014. 5: p. 1310.
3. Felberbauer, F.X., et al., Post-Bariatric Body-Contouring Surgery: Fewer Procedures, Less Demand, and Lower Costs. *Obes Surg*, 2015. 25(7): p. 1198-202.
4. Kitzinger, H.B., et al., The prevalence of body contouring surgery after gastric bypass surgery. *Obes Surg*, 2012. 22(1): p. 8-12.
5. Szmulewicz, A., et al., Mental health quality of life after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Obes*, 2019. 9(1): p. e12290.
6. Chow, A., et al., Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*, 2009. 146(3): p. 435-43.
7. Mundy, L.R., et al., Patient-Reported Outcome Instruments for Surgical and Traumatic Scars: A Systematic Review of their Development, Content, and Psychometric Validation. *Aesthetic Plast Surg*, 2016. 40(5): p. 792-800.
8. Klassen, A.F., et al., Satisfaction and quality-of-life issues in body contouring surgery patients: a qualitative study. *Obes Surg*, 2012. 22(10): p. 1527-34.
9. Klassen, A.F., et al., The BODY-Q: A Patient-Reported Outcome Instrument for Weight Loss and Body Contouring Treatments. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 2016. 4(4): p. e679.
10. de Vries, C.E.E., et al., Recommendations on the most suitable quality-of-life measurement instruments for bariatric and body contouring surgery: a systematic review. *Obes Rev*, 2018. 19(10): p. 1395-1411.
11. Elfanagely, O., et al., A Prospective, Matched Comparison of Health-Related Quality of Life in Bariatric Patients following Truncal Body Contouring. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2022. 149(6): p. 1338-1347.
12. Poulsen, L., et al., Patient-Reported Outcomes in Weight Loss and Body Contouring Surgery: A Cross-Sectional Analysis Using the BODY-Q. *Plast Reconstr Surg*, 2017. 140(3): p. 491-500.

KORRESPONDENZADRESSE



Ap. Prof. Priv.Do. Dr.med.univ. Eva Placheta-Györi, PhD
 Medizinische Universität Wien
 Universitätsklinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
 Spitalgasse 23
 A-1090 Wien
 Email: eva.placheta-gyoeri@meduniwien.ac.at



21. Österreichischer

„New Horizons“

10. bis 11. November 2022
Congress Center Baden

Save the date

Programm

Donnerstag, 10. November 2022

13.00 – 13.10 ERÖFFNUNG

13.10 – 15.10 SITZUNG 1 – Peritonealkarzinose was nun?

Vorsitz 1: Sebastian Roka, Wien
Vorsitz 2: Albert Tuchmann, Wien

13.10 – 13.30 Überraschungsbefund Peritonealkarzinose – was tun?
Thomas Bachleitner-Hofmann, Wien

13.30 – 13.50 Braucht die Indikation zur Peritonektomie eine stabilisierende neoadjuvante Therapie?
Clemens Rohregger, Linz

13.50 – 14.10 Einfluss von Prodiges-7 auf die HIPEC beim kolorektalen Karzinom
TBA

14.10 – 14.30 Ist die HIPEC beim Ovarial Karzinom bereits Standard?
Claudia Koppitsch, Wien

14.30 – 14.50 HIPEC beim Vorliegen von Fernmetastasen
Sebastian Roka, Wien

14.50 – 15.10 PIPAC in der palliativen Situation
Tarkan Jäger, Salzburg

15.10 – 15.45 Kaffeepause

15.45 – 18.05 SITZUNG 2 – Funktionelle Chirurgie

Vorsitz 1: Johannes Zacherl, Wien
Vorsitz 2: Sebastian Schoppmann, Wien

15.45 – 16.05 Achalasie
Sebastian Schoppmann, Wien

16.05 – 16.25 Zenker Divertikel
Johannes Zacherl, Wien

16.25 – 16.45 Refluxchirurgie up to date
Christoph Ausch, Wien

16.45 – 17.05 Refluxchirurgie in Zukunft
TBA

17.05 – 17.25 Funktionelle Diagnostik des Beckenbodens
Stefan Riss, Wien

17.25 – 17.45 Rectocele Intussuszeption, Analprolaps: Chirurgische Therapieoptionen
Ingrid Haunold, Graz

17.45 – 18.05 Stellenwert der Chirurgie bei Obstipation
Martina Lemmerer, Villach

18.05 – 20.00 Networking Event

Online-Registrierung unter
www.boec.at



Chirurgentag 2022

Freitag, 11. November 2022

08.00 – 08.45 Generalversammlung

08.45 – 10.05 SITZUNG 3 – MIS und Robotik

*Vorsitz 1: Alexander Klaus, Wien
Vorsitz 2: Martina Lemmerer, Villach*

08.45 – 09.05 Robotics everywhere? Operations-indikationen für Mensch und Maschine
Helmut Weiss, Salzburg

09.05 – 09.25 MIS und Robotik. Gemeinsamkeiten und Unterschiede
Bernhard Dauser, Wien

09.25 – 09.45 Lower GI – Hat der Roboter die MIS schon überholt?
Clemens Bittermann, Wr. Neustadt

09.45 – 10.05 Upper GI – wohin geht die Reise?
Matthias Biebl, Linz

10.05 – 10.45 Kaffeepause

10.45 – 12.25 SITZUNG 4 – Chirurgische Ausbildung

*Vorsitz 1: Elisabeth Gschwandtner, Wien
Vorsitz 2: Georg Györi, Wien*

10.45 – 11.05 Viszeralchirurg 2030
Michael de Cillia, Salzburg

11.05 – 11.25 Muss man große Viszeralchirurgie offen erlernen?
Rudolf Schrittwieser, Leoben

11.25 – 11.45 Roboter in der Ausbildung / Ausbildung in minimalinvasiver Chirurgie
Nikolaus Hartig, Wien

11.45 – 12.05 Facharzt in Europa
Sebastian Roka, Wien

12.05 – 12.25 x Jahre Young Surgeons – Das haben wir erreicht, das sind weitere Ziele
Iris Mühlbacher, Salzburg

12.25 – 14.00 Mittagspause

14.00 – 15.40 SITZUNG 5 – Kolorektale Metastasen

*Vorsitz 1: Oliver Strobel, Wien
Vorsitz 2: Andreas, Shamiyeh, Linz*

14.00 – 14.20 Zusammenfassung der Leitlinien zu Leber, Lunge, (Hirn)
Stefan Stättner, Vöcklabruck

14.20 – 14.40 Neue Marker und Einfluss auf die Wahl der Chemotherapie
Thomas Grünberger, Wien

14.40 – 15.40 Diskussion – Fallbeispiele mit Expertenpanel – DETAILS ZU BESPRECHEN

Moderation: Sebastian Roka

*Panel: Thomas Grünberger, Wien
Stefan Stättner, Vöcklabruck
Oliver Strobel, Wien
Andreas Shamiyeh, Linz*

15.40 – 16.10 Kaffeepause

16.10 – 17.40 SITZUNG 6 – Bauchwand

*Vorsitz 1: Herwig Pokorny, Wien
Vorsitz 2: Gernot Köhler, Ried/Innkreis*

16.10 – 16.25 Abdominelle Zugänge und deren Auswirkung auf die Stabilität der Bauchdecke
René Fortelny, Wien

16.25 – 16.40 Netzprophylaxe – gibt es neue Evidenz?
Gerd Silberhumer, Wien

16.40 – 16.55 Vor- und Nachteile herkömmlicher Implantate
Herwig Pokorny, Wien

16.55 – 17.10 Präkonditionierungstechniken
Franz Mayer, Salzburg

17.10 – 17.25 Möglichkeiten der Komponentenseparation und Auswirkung auf die Bauchdeckenstabilität
Christian Hollinsky, Wien

17.25 – 17.40 Neue laparoskopische Techniken
Gernot Köhler, Ried/Innkreis



OÄ Dr.ⁱⁿ Michaela Lechner,
Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Krankenhaus Göttlicher Heiland

Der chirurgische Fragebogen: **OÄ Dr.ⁱⁿ Michaela Lechner,**

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Ich habe mit dem Turnus auf der Chirurgie begonnen und bin mit viel Begeisterung dabei geblieben.

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Max Wunderlich und mein Vater

Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?

Fingerspitzengefühl – in jedem Sinne des Wortes

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Die Vereinbarkeit von Chirurgie und Familie ist und bleibt ein Balanceakt. Nur wenn in einer Ehe oder Partnerschaft beide an einem Strang ziehen kann er gelingen.

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Menschen mit viel Engagement und ein Gesundheitssystem, das Medizin im eigentlichen Sinne möglich macht..

Ihr Lebensmotto?

Man muss vor allem Mensch sein, dann erst Arzt.
(Voltaire)





Dr. Catherine Sobotka

Der chirurgische Fragebogen: **Dr. Catherine Sobotka**

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Schon zu Schulzeiten wollte ich unbedingt Chirurgin werden, weil mich dieses Fach fasziniert hat.

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Doz. Christian Hollinsky

Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?

Fachliche Kompetenz und Empathie

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Um Abzuschalten verbringe ich möglichst viel Zeit mit der Familie und widme mich meinem zeitintensiven Hobby.

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Gutes Personal, ausreichend finanzielle Unterstützung

Ihr Lebensmotto?

Neuer Tag, neues Glück





Tumorboard

Autorin: A. Majerus, Steyr

Im klinischen Alltag sind wir konfrontiert mit der Präsentation von PatientInnen im Tumorboard. Oft müssen junge ChirurgInnen Patienten vorstellen. Doch wie funktioniert das Tumorboard überhaupt? Welche Details sind relevant?

Ein Tumorboard ist die gesetzmäßig vorgesehene Plattform, in der die Behandlungsplanung bei bösartigen Erkrankungen festgelegt werden soll. Die Tumorentität bestimmt die Zuordnung zu den verschiedenen Tumorkonferenzen. Im Beispiel des viszeralchirurgischen Boards sind die Fachrichtungen, welche teilnehmen, die Chirurgie, die internistische Onkologie, die Radioonkologie, die Radiologie, die Pathologie und die Nuklearmedizin. Bei speziellen Fragestellungen sollte ein zusätzlicher Facharzt/Fachärztin der benötigten Fachdisziplin hinzugezogen werden. Grundsätzlich gilt, dass die jeweilige Fachrichtung von einem Facharzt/Fachärztin vertreten werden sollte. ÄrztInnen in Ausbildung können diese Funktion jedoch in Ausnahmefällen ebenfalls übernehmen.

Die Geschäftsordnung der jeweiligen Klinik definiert die Organisation und Dokumentation des Tumorboards. Eine Teilnahme der PatientInnen und deren Angehörigen ist nicht gestattet. Der/Die Patient/Patientin muss über die Vorstellung in der Tumorkonferenz vom Case Manager aufgeklärt worden sein. Im Tumorboard gibt es einen hauptverantwortlichen Leiter und zwei Stellvertreter, welche für eine hohe fachliche und soziale Kompetenz anerkannt sind um auch bei komplexen Patientenfällen eine Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Der Leiter vidiert die Behandlungsempfehlung des Boards elektronisch.

Jene Abteilung, an der der/die Erkrankte aktuell behandelt wird, ist für die Vorstellung im Tumorboard verantwortlich. Verantwortlich für die Anmeldung, Vorstellung, Therapieplanung und Patienteninformation ist der sogenannte Case Manager. Er kennt alle relevanten Daten und sollte im Vorfeld einen Behandlungsplan erstellen. Verpflichtend ist eine kompakte Patienten-vorstellung mit Schilderung der derzeitigen Tumorsituation. Zu diesem Zeitpunkt müssen alle Staging-Untersuchungen, sowie die TNM-Klassifikation (falls für die spezifische Tumorentität verfügbar) vorliegen. Weiteres wichtig sind die Information der bereits erhaltenen Therapie und eine konkrete Fragestellung zum weiteren Vorgehen. Grundsätzlich gilt, dass der Case Manager am Tumorboard teilnehmen sollte. Sollte dies jedoch nicht möglich sein, muss eine Vertretung bestimmt und diese über den Fall grundlegend in Kenntnis gesetzt werden.

Alle Patienten mit der Erstdiagnose eines malignen Tumors, eines Erstrezidivs und PatientInnen, bei denen verschiedene gleichwertige Therapieoptionen möglich sind, müssen verpflichtend im Tumorboard vorgestellt werden.

Während des Tumorboards ist die Empfehlung so präzise wie möglich zu dokumentieren damit auch ÄrztInnen, die nicht teilnehmen konnten, die Entscheidungs-

findung nachvollziehen können. Bei nun empfohlenen Behandlungen, welche nicht im Haus angeboten werden können, sollte die Abteilung benannt werden, an welcher die Therapie durchgeführt wird. Bei nicht leitlinienkonformen Empfehlungen sollten die Eckpunkte der fachlichen Diskussion erörtert werden. Sollte kein Konsens erzielt werden, sind beide fachlichen Argumente anzugeben.

Falls nach der Tumorkonferenz doch eine abweichende Therapie durchgeführt wird, dann ist diese in der Fieberkurve resp. im Befund zu dokumentieren und zu begründen. Bei Therapieablehnung von Seiten des/der Patienten/Patientin ist dies ebenfalls zu dokumentieren.

Mit diesem Überblick sollte die nächste Vorstellung im Tumorboard reibungslos verlaufen.

KORRESPONDENZADRESSE



Dr. med. univ. Alexandra Majerus,
Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr,
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie,
Sierninger Straße 170
A-4400 Steyr
E-Mail: alexandra.majerus@ooeg.at



12. November 2022

11. Forum Niedergelassener Chirurgen

Congress Casino Baden

Unsere diesjährigen Themen

**08.00 – 09.00 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)/
Therapieoptionen in der Praxis/Spezialambulanz**
Dr. Alexander Eser, Wien

09.00 – 10.00 Präkanzerosen im oberen Gastrointestinaltrakt
Michael Häfner, Wien

10.00 – 10.30 KAFFEEPAUSE

**10.30 – 11.30 Zusätzliche Option für den niedergelassenen Chirurgen:
Sachverständiger/Gutachter**
Dr. Friedrich Anton Weiser, Wien

**11.30 – 12.30 Was erwartet sich ein Spital vom niedergelassenen
Chirurgen und umgekehrt**
*Prim. Franz Hoffer, Hollabrunn
Friedrich Anton Weiser, Wien*

12.30h MITTAGESSEN / Brötchenbuffet



in Kooperation mit:



Österreichische Gesellschaft
für Chirurgie (ÖGCH)



Protokoll zur **Vollversammlung** der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH

Donnerstag, 16.06.2022, 12:30 – 14:30 Uhr

Raum 1A, Messe Congress Graz
Messeplatz 1, 8010 Graz

Begrüßung und Eröffnung durch den Präsidenten - H. Hauser

1) Feststellung der Beschlussfähigkeit:

Die Beschlussfähigkeit ist gegeben, nachdem die Vollversammlung 15 Minuten zuvor eröffnet wurde.

2) Bericht des Präsidenten – H. Hauser:

63. Österreichischer Chirurgenkongress in Graz 2022

Daten und Fakten:

- 534 Voranmeldungen,
- Gesamtteilnehmerzahl incl. Industrie: 1066 TN
- 371 Vorträge
- 50 ausstellende Firmen
- Erstmalige Präsentation des neuen OP-Roboters HUGO im Messevorhof

Festvortrag: Erzbischof Dr. Franz Lackner, Vorsitzender der Österr. Bischofskonferenz u. Professor für Metaphysik

Eröffnungs- Begrüßungsworte: Landeshauptmann Hermann Schützenhöfer, Landesrätin Ministerin a.D. Dr. Juliane Bogner-Strauß, Stadtrat Dr. Günter Riegler, Rektor Univ.-Prof. Dr. Helmut Samonigg, KAGES Vst.Vorsitzender Univ.-Prof. Dr.Dr. Ing. Gerhard Stark, Präsident der Dt. GS für Chirurgie Prof. Dr. Hauke Lang
Zahlreiche Ehrengäste aus Politik und Wirtschaft (u.a. Caritas Direktor Stmk, GF Krebshilfe Stmk)

Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an Prof. George Velmahos, Prof. Elias Degiannis, Univ.-Prof. Dr. HJ. Mischinger

Verleihung Congress Appreciation für besondere Verdienste in der Chirurgie an: Minister of health (Kosovo) Prof. Rifat Latifi (krankheitsbedingt in Abwesenheit), Univ.-Prof. Michael Gnant, Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann

Abendveranstaltungen: Präsidentendinner: im St. Veiter-Schlüssel, Come together im Messezentrum, Kongressabend in der Alten Universität Graz, Young Surgeons Abend im Kunsthaus Cafe Graz

Highlights: Festvortrag EB Lackner „Grenzen“, „Frau in der Chirurgie“, „hot topics in surgery“, „schwierige Tumorboardfälle“, „key note lectures“, „Der Chirurg und sein Richter“, „Round table niedergelassene Chirurgen“, Pflegesymposium mit Vorstellung des neuen Konzepts „lean management“, „Ausbildungsstrasse minimal invasive Chirurgie“, „Champions League“, „Videosession“

Insgesamt waren die wissenschaftlichen Vorträge sehr gut besucht und es wurde hochwertig und fair diskutiert. Auch alle Abendveranstaltungen waren gut besucht.

Mitgliederstand

Mitgliederstand 13.06.2022

Mitglieder	aktuell	Ende 2021	Ende 2020	Ende 2019	Ende 2018	Ende 2017	Ende 2016	Ende 2015	Ende 2014
ÖGCH	2339	2347	2339	2292	2284	2254	2223	2230	2164
	-0,34%	0,34%	2,05%	0,35%	1,33%	1,39%	-0,31%	3,05%	
Gesamtdat	5338	5808	5708	5658	5615	5572	5539	5533	5384
	0,52%	1,75%	0,88%	0,77%	0,77%	0,60%	0,11%	2,77%	
Fördernde ÖGCH	47	46	40	34	32	24	25	25	23

Ordentlich	44
Fördernd	7
Student	4
Neuaufnahmen seit Juni 2021:	55

3) Bericht des Generalsekretärs - A. Tuchmann:

Mitgliederstand: siehe Tabelle

Der Mitgliederstand hat sich unwesentlich verringert, durch den Austritt einiger Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg*innen. Durch einen ÖGCH-Austritt geht insbesondere jungen Chirurg*innen die Möglichkeit eines ÖGCH-Stipendiums verloren! Ansonsten ist die Mitgliederentwicklung erfreulich: Der Zuwachs neuer Mitglieder pro Jahr ist konstant, die Fördernden Mitglieder haben einen Rekordstand von 47 erreicht.

Wissenschaftliche Preise, Forschungs- und Hospitationsstipendien:

Dieser Bereich wird von ÖGCH ganz besonders gefördert, insbesondere für junge Chirurg*innen und Angehörige der assoziierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Außer Billrothpreis und Wissenschaftspreis der ÖGCH gibt es jetzt einen Hans-Werner Waclawiczek-Preis (für Junge) sowie einen Posterpreis beim Österreichischen Chirurgenkongress.

Hospitations- und Forschungsstipendien sollen mit Rückgang von Corona (bzw. Gewöhnung daran) einen Aufschwung erfahren.

Neuerdings, und nur kurzfristig, werden Kurse in der Chirurgie mit je € 1.000,- gefördert sowie etwa 20 (junge) Chirurg*innen zum Besuch der International Surgical Week in Wien, 15. – 18. August 2022.

Eine **Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurg*innen** wurde gegründet. Erstmals beim ÖCK fand eine diesbezügliche wissenschaftliche Sitzung und ein Round table Gespräch mit Vertretern der Gesundheitspolitik (Sozialversicherung) mit großer Beteiligung statt.

Eine **Österreichische Herniengesellschaft** hat sich konstituiert, hervorgegangen aus der Arbeitsgemeinschaft für Hernienchirurgie.

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie hat niedergelassene Chirurg*innen hinsichtlich Beibehaltung der Vorsorge-Coloskopie maßgeblich unterstützt.

Die ÖGCH hat sich der HPV-Allianz (federführend: Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) angeschlossen und diese ideell und finanziell unterstützt.

Ebenso beteiligt haben sich Vertreter des Vorstandes bei der Unterstützung der Unfallchirurgen zur Erreichung ihrer Ausbildungsziele (Task force) „spezielle Unfallchirurgie“.

Öffentlichkeitsarbeit:

Säulen der Öffentlichkeitsarbeit sind die ständig aktualisierte ÖGCH-Homepage, unsere PR-Aktionen mit ÖGCH-Krawatten, Stecktüchern und Schals, sowie der ÖGCH Facebook Auftritt mit mehr als 5000 Followern innerhalb von 2 Jahren.

Regionales:

Darunter verstehen wir die Zusammenarbeit mit österreichischen Institutionen sowie den Chirurgischen Gesellschaften des benachbarten Auslandes:

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie:

Beide dieser Gesellschaften stornierten ihre Präsent-Chirurgenkongresse der letzten beiden Jahre, zum Unterschied von ÖGCH: Hybrid-Kongresse wurden in beiden COVID-Jahren 2020 und 2021 durchgeführt, ein Alleinstellungsmerkmal im deutschen Sprachraum.

Weitere Zusammenarbeit wurde gepflegt mit DONKO (Dachgesellschaft onkologisch tätiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften in Österreich); diese unter neuer Leitung: Pathologe Prof. Dr. Haybäck aus Innsbruck; weiter mit ÖGGH (Gastroenterologen und Hepatologen), sowie **Bayerischer Chirurgen**.



International:

Hier besteht intensive Zusammenarbeit mit **American College of Surgeons**. Es gibt ein österreichisches Chapter mit 3 Beitritten im Jahr 2022.

Der nächste amerikanische Chirurgenkongress findet nach 2-jähriger Abwesenheit von 16. – 20. Oktober 2022 in San Diego statt.

International Society of Surgery:

Diese veranstaltet ihren alle 2 Jahre stattfindenden Kongress in sensationeller Weise in Wien: International Surgical Week, ISW2022, www.isw2022.org 1000–1200 Teilnehmer aus 95 Ländern werden erwartet.

National Congress President: Prof. Tuchmann

Trotz aller Bemühungen wird dieser Kongress durch

- COVID
 - Ukraine-Krieg und
 - Flug-Chaos in Europa
- in Mitleidenschaft gezogen.

4) Bericht des Kassenverwalters – H. Mächler:

Das Vermögen der ÖGCH war mit 886.497,62 € zum Jahresabschluss erfreulich hoch. Die Gründe dafür sind vielfältig: unser Generalsekretär konnte sehr viele Firmen als fördernde Mitglieder akquirieren, die Zahlungsmoral unserer Mitglieder ist hoch, auch aufgrund der Interventionen von Frau Eibisberger, Herrn Ing. Doppelhofer und die unseres Generalsekretärs Albert Tuchmann.

COVID-bedingt hatten wir nur wenige Ansuchen für Stipendien. Andererseits konnten die Präsidenten der Jahre 2020 und 2021 trotz der schwierigen Situation respektable Gewinne beim Chirurgenkongress erzielen, wofür wir unseren Past-Präsidenten Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel und Univ.-Doz. Dr. Längle sehr dankbar sind.

Weiters wurden über den COVID-Entschädigungsfonds unsere COVID-bedingten Verluste teilweise abgedeckt. Unser Steuerberater hat uns geraten, die Ausgaben für ein Geschäftsjahr sowie für zwei Totalausfälle beim Chirurgenkongress decken zu können, hier sind wir auf einem guten Weg.

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

Auf Antrag eines ordentlichen ÖGCH-Mitgliedes wird der 1. Kassenverwalter sowie der Vorstand angesichts der Jahresabrechnung entlastet; die diesbezügliche Abstimmung verläuft einstimmig.

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

Rückblick auf das vergangene Jahr:

Facharztprüfung: Vom 14.–15. Oktober 2021 hat die Facharztprüfung (FAP) in Wien im Hilton am Stadtpark stattgefunden. 77 Kandidat:innen haben sich angemeldet, 72 sind

zur FAP gekommen. Bei der wie immer an 2 Tagen stattfindende FAP haben leider 8,3% (6 Kandidat:innen) nicht bestanden. Bei den schriftlichen MC Fragen trat die Gleitklausel in Kraft, sodass die Bestehensgrenze auf 65% positiv beantwortete Fragen festgesetzt wurde. Die mittlere Punktezahl betrug 81,8 von 100, die höchste Punktezahl bei der mündlichen Prüfung war 288 von 300 möglichen. Die geringsten Punkte waren 49 im schriftlichen und 189 im mündlichen Test. Im Verhältnis zu den Vorjahren zeigten sich kaum Änderungen, obwohl man sagen muss, dass in den letzten 3 Jahren die Minimumanzahl an erreichten Punkten deutlich niedriger verglichen mit den Vorjahren war. Die Güte der Fragen, gemessen am Cronbach alpha Maß war mit 0,86 etwas niedriger als im Vorjahr - das war ein Spitzenwert mit 0,91, aber immer noch weit über 0,64 der überschritten werden sollte. Der Wert steigt, wenn eine Frage von insgesamt „guten“ Kandidat:innen richtig und von „weniger guten“ negativ beantwortet wird. Mein Dank gilt wie immer allen Kolleg:innen, die die Fragen vorbereitet und die mündliche strukturierte Prüfung durchgeführt haben. Alle, die die FAP bestanden haben, wurden zur diesjährigen Vollversammlung angeschrieben und zur aktiven Teilnahme aufgefordert. Ca. ein Drittel kam der Aufforderung nach und sie werden in einem feierlichen Rahmen der chirurgischen Gemeinde vorgestellt und das Facharztdekret überreicht, Die Vorbereitungen für die nächste Facharztprüfung (FAP) vom 13. – 14.10.2022, die wieder in Wien, dieses Mal im Katameran-Zentrum stattfinden, sind voll im Gang.

Seminare: Die FoBiCh hat die 4. JT der DONKO mit eLearning (151. Fortbildungsseminar), 37. JT der ACO-ASSO – beide wurden hybrid veranstaltet und die DONKO Jahrestagung konnte über eLearning mit DFP noch zusätzlich vertieft werden und den 20. Österr. Chirurgentag unterstützt. Diese Veranstaltungen besuchen seit Jahren immer zwischen 10 und 20 Teilnehmer:innen in Ausbildung. Zudem wurde das Hepatobiliary Surgery Meeting (154. Fortbildungsseminar) unterstützt, wobei junge Chirurg:innen an einem *European Consensus for Preoperative Liver Assessment before Hepatectomy* aktiv mitarbeiten konnten. An einem eBook für Chirurgie wird intensiv gearbeitet.

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

1. ÖÄK-Verordnungen:

5. Novelle der DEF u. RZ-V 2015:

Von Seiten der ÖÄK wurde ein **Kriterienkatalog für Spezialisierungsanträge** vorgelegt: Nachweis der Versorgungswirksamkeit erfolgt auf Basis

- der zum Zeitpunkt des Antrags nachweisbar qualifizierten Personen,
- die Patientenrelevanz (z.B. Frequenz des KH-Bildes, MEL Leistung),
- die Anzahl der zu erwartenden Weiterbildungsstätten, d. die Anzahl der zu erwartenden Diplomanträge p. A.

Erst wenn diese Zahlen vorliegen, erfolgt eine finale Behandlung im Bildungsausschuss bzw. in Folge im Vorstand. Die Einführung fächerübergreifender Spezialisierungen werden,

sofern eine entsprechende Versorgungswirksamkeit nachgewiesen werden kann, sowohl seitens des BMSGPK als auch seitens der ÖÄK, grundsätzlich bevorzugt behandelt werden. In diesem Zusammenhang wird von der ÖÄK auch angemerkt, dass das Thema Chirurgische Intensivmedizin bekannt, aber nach wie vor ungelöst ist. Auf Grund des vorherrschenden Reformstatus, konnten weiterführende Gespräche mit dem BMSGPK, unter anderem auch zu diesem Thema, nicht vereinbart werden.

Die Novelle der Prüfungsordnung (Wirkungsbereich der ÖÄK): Die Akademie der Ärzte stellte Änderungserfordernisse in der Prüfungsordnung fest. Deren Umsetzung sollte im Rahmen einer 4. Novelle zur Prüfungsordnung erfolgen. Das primäre Ziel ist eine Erleichterung im organisatorischen Ablauf.

2. ÄrzteG-Novelle:

Gemäß der aktuellen Rechtslage ist die Anerkennung von Ausbildungsstätten ab 01.01.2023 keine Kompetenz der ÖÄK mehr. Der derzeitige Stand der Verhandlungen wird von der ÖÄK nicht als solcher akzeptiert. Bis dato ist das weitere Vorgehen unklar

Rezertifizierung von Ausbildungsstätten

Gemäß § 13a Ärztegesetz sind der Österreichischen Ärztekammer bescheidmäßig anerkannte Ausbildungsstätten bzw. festgesetzte Ausbildungsstellen – sofern eine über den siebenjährigen Wirksamkeitsraum hinausgehende Anerkennung gewünscht wird – zu rezertifizieren. Anerkennungen, die 2023 enden erfordern eine neuerliche Antragstellung. Davon sind 942 Ausbildungsstätten/Krankenanstalten und 16 Lehrpraxen betroffen.

Bezüglich der **Fort-, Weiterbildung** wird die Einführung eines ÖÄK-CPD „Ausbildungskompetenz für den Klinischen Alltag“ vorgeschlagen. Der Bundeskurie Angestellte Ärzte ist es ein Anliegen, eine Weiterbildungsmöglichkeit für den Erwerb von personalen, sozialen und fachlichen Kompetenzen in der medizinischen Lehre einzuführen. Die Ausbildung richtet sich primär an Ausbildungsoberrätinnen/Ausbildungsoberräte und soll zur Verbesserung der medizinischen Ausbildung beitragen.

!!! Achtung: Die Gültigkeit der DFP-Diplome wird aufgrund der COVID-19-Pandemie um die Zeit der COVID-19-Pandemie verlängert.

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

„Wir lesen ein Buch, wir lesen uns selbst“
Korrektur, Thomas Bernhard.

Der Schriftleiter dankt den Autoren, Editoren, Springer, den Gutachtern, den Mentoren, den Damen und Herrn des Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und deren assoziierter Gesellschaften und Fachgesellschaften und der Industrie für die tatkräftige und wirkungsvolle Unterstützung der Aktivitäten von European Surgery.

Besonderer Dank gilt diesmal Herrn **Univ. Prof. Dr. Hubert Hauser**, dem Präsidenten des diesjährigen Chirurgenkongresses in Graz. Er ist einer jener wichtigen getreuen und langjährigen

Mentoren und Unterstützer des Projektes „European Surgery“.

European Surgery IF derzeit = 0.953. **Ablehnungsrate = 90 %!**

European Surgery 2022:

Neues Lay Out & Faculty Board, orchestriert von **Prof Klaus Emmanuel** (Salzburg) unterstützt die wichtigen Ziele von ES ACA:

- **European Surgery - IF**, Zitierungen, Gutachter; Netzwerk, Stellenwert.
- **Wahrnehmung von European Surgery** zu optimieren;
- **European Surgery Faculty Board Meeting** beim Chir. Kongress in Graz.

Hier enden die Ausführungen des Schriftleiters. *Er dankt für die Aufmerksamkeit.*

9) Bericht Qualitätssicherung – S. Roka:

Die laufenden Registerstudien in Österreich sollen in strukturierter Form auf der Homepage der ÖGCH publiziert werden, um interessierten KollegInnen eine Mitarbeit zu ermöglichen. Ein E-Mail an alle Vorstandsmitglieder wird ausgesendet, mit der Bitte um Information und Weiterleitung über laufende Register.

10) Wahlen zum Vorstand 2022/23/24:

Univ.-Prof. Dr. Stephan Kriwanek zum 2. Stv. Präsidenten 2022/23 und damit Präsident der ÖGCH 2023/24:
Abstimmung: **einstimmig positiv**

Univ.-Prof. Dr. Thomas Freude zum Präsidenten der ÖGCH 2024/25:
Abstimmung: **einstimmig positiv**

Univ.-Prof. Dr. A. Tuchmann, Generalsekretär der ÖGCH, Funktionsperiode 2023 – 2028
Abstimmung: **einstimmig positiv**

Univ.-Prof. Dr. Heinrich Mächler, 1.Kassenverwalter der ÖGCH, Funktionsperiode 2022 – 2027
Abstimmung: **einstimmig positiv**

Univ.-Doz. Dr. M. Riegler, Schriftleiter European Surgery ACA, Funktionsperiode 2022 – 2027
Mit der Nominierung ist Doz. Riegler gewählt und wird von der Vollversammlung bestätigt.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Mittermair, Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäuser, Funktionsperiode 2022 – 2025
Abstimmung: **einstimmig positiv**

Univ.-Prof. Dr. R. Roka, Senator*innen-Vertreter wurde von diesen vorgeschlagen und ist gewählt, Funktionsperiode 2022 – 2025.

Prim. Dr. Rudolf Schrittwieser, 2. Kassenprüfer der ÖGCH;
Abstimmung: **einstimmig positiv**

11) Gedenken an die verstorbenen Mitglieder:

Gedenkminute für die im vergangenen Jahr verstorbenen ÖGCH-Mitglieder.



12) Aufnahme neuer Mitglieder:

55 neue Mitglieder standen zur Aufnahme in die ÖGCH an:
44 neue ordentliche ÖGCH-Mitglieder,
7 Fördernde Mitglieder und
4 Studenten-Mitglieder
wurden namentlich vorgestellt und ihre Aufnahme einstimmig befürwortet.

13) Preise:

Billrothpreis der ÖGCH 2022:

Dr. Vera Vorstandlechner, Medizinische Universität Wien

Wissenschaftspreis der ÖGCH 2022:

Dr. Florian Enzmann, Medizinische Universität Innsbruck

Hans-Werner Waclawiczek-Preis der ÖGCH 2022:

Dr. Margot Fodor, Medizinische Universität Innsbruck

Posterpreise:

1. Preis: Dr. Carina Aigner, Kepler Universitätsklinikum Linz
2. Preis: Dr. Anna Kern, Medizinische Universität Wien
3. Preis: Dr. Anna Kern, Medizinische Universität Wien

Young Surgeons Forum:

1. Preis: Dr. Paul Supper, Medizinische Universität Wien
2. Preis: Dr. Eva Wallner, Landeskliniken Salzburg
3. Preis: Dr. Ruben Bellotti, Medizinische Universität Innsbruck
4. Preis: Dr. Christina Bogensperger,
Medizinische Universität Innsbruck

14) Vorschau ÖCK 2023 – A. Assadian:

Der 64. Österreichische Chirurgenkongress wird vom 14–16. Juni 2023 gemeinsam mit dem 55. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie in Salzburg stattfinden.

Das Kongressthema wird „Standards -Training- Visionen“ sein; Themen, die in den Zeiten großer Veränderungen, in denen wir uns bewegen, für unsere Zukunft von großer Bedeutung sind.

Die Veranstalter freuen sich auf einen interaktiven Chirurgenkongress mit sicher zahlreichen Teilnehmern.

15) Allfälliges:

Keine Wortmeldung.

Die Vollversammlung wird um 14:30 Uhr geschlossen.

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

Univ.-Prof. Dr. H. Hauser
Präsident ÖGCH

BÖC Webinare



15.09.2022

Minimalinvasive Leberresektion

Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian Roka



29.09.2022

Präkonditionierungstechniken in der Hernienchirurgie

Doz. Dr. Gernot Köhler



13.10.2022

Endoskopische Interventionen Hepatobiliär/ Pankreas

Doz. Dr. Georg Spaun



27.10.2022

Minimal-invasive Resektionstechniken am oberen Gastrointestinaltrakt

Prim. Prof. Dr. Matthias Biebl



24.11.2022

Therapie des Hyperparathyreoidismus

Prof. Dr. Michael Hermann



Save the Date!

15.12.2022

Titel und ReferentIn werden auf der Website noch bekanntgegeben



Die Anmeldung für die Webinare des Berufsverbands Österreichischer Chirurgen ist über die Website www.boec.at (siehe BÖC Akademie) jederzeit möglich.

Wir freuen uns auf Sie!

ÖGCH-Veranstaltungen & assoziierte Fachgesellschaften/ Arbeitsgemeinschaften der ÖGCH

06. bis 08. Oktober 2022

38. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO) und Tagung der AMI

Thema: Minimalinvasive Onkologische Chirurgie
Ort: St. Wolfgang
Info: <https://www.aco-asso.at>

06. bis 08. Oktober 2022

56. ÖGU & 3. ÖGOuT Jahrestagung

Thema: Traumatologie und Orthopädie der Hüfte
Ort: Salzburg
Info: <https://www.unfallchirurgen.at/veranstaltungen/oegu-jahrestagung/>

10. bis 11. November 2022

21. Österreichischer Chirurgentag

12. November 2022

11. Forum Niedergelassener Chirurgen

Ort: Baden, Congress Centrum Baden
Kongresspräsident: Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka
Tel: +43 1 4051383 18
E-Mail: chirurgentag@boec.at
Info: www.boec.at

Sonstige Veranstaltungen

22. bis 24. September 2022

Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Senologie

Ort: Innsbruck
Info: <https://senologie.at/jahrestagung-2022/>

23. bis 25. September 2022

28. Wissenschaftlicher Kongress der Österreichischen Schmerzgesellschaft

Ort: Villach
Info: www.oesg-kongress.at/web/

30. September bis 1. Oktober 2022

Symposium: Herausforderungen in der Herzchirurgie: Endokarditis und Kreislaufersatz

Ort: Gössing
Info: <https://registration.maw.co.at/kardiogoesing22>

03. Oktober 2022

Obesity Day 2022

Ort: Innsbruck
Info: <https://www.chirurgie-innsbruck.at//de/kongresse>

06. bis 07. Oktober 2022

109. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Ort: Koblenz
Info: www.der-mittelrheiner.de

14. Oktober 2022

3. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Roboterchirurgie

Ort: Wien
Info: roboterchirurgie.at/anmeldung

16. bis 20. Oktober 2022

ACS Clinical Congress

Ort: San Diego
Info: www.facs.org

17. bis 19. Oktober 2022

34th Annual Meeting of the European Musculo-Skeletal Oncology Society

Ort: London
Info: <https://www.emsos.org/>

19. bis 21. Oktober 2022

Eurospine 2020

Ort: Mailand
Info: www.eurospine.org

19. bis 22. Oktober 2022

10. Dreiländertagung der Österreichischen, Deutschen und Schweizerischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie „From Bench to Bed – Translationale Gefäßmedizin“

Ort: Wien
Info: www.dreilaendertagung2022.at

20. Oktober 2022

15. onko gipfeltreffen

Ort: Innsbruck
Info: <https://www.chirurgie-innsbruck.at//de/kongresse>

21. Oktober 2022

Komplementärmedizin in der Gastroenterologie und Hepatologie 2022

Ort: Wien
Info: <https://registration.maw.co.at/gastrokomp22>

21. Oktober 2022

10. Niederösterreichischer Onkologietag 2.0

Ort: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften,
Campus Krems
Info: <https://registration.azmedinfo.co.at/onkotagnoe2022>

25. bis 28. Oktober 2022

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort: Berlin
Info: <https://dkou.org/termine/>

22. bis 24. November 2022

NESA Days

Ort: London
Info: <https://nesadays2022.com>

29. November bis 1. Dezember 2022

European Colorectal Congress

Ort: St. Gallen, Schweiz
Info: www.colorectalsurgery.eu

HÄMOSTASEOLOGIEKURS 2022

Hämostase & Thrombose für die klinische Praxis

Ort: Wien
Info: <https://registration.azmedinfo.co.at/haemostaseologiekurs2021>
<https://registration.azmedinfo.co.at/haemostaseologiekurs2022>

28. Jänner 2023

24. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie

Ort: Technisches Museum Wien
Info: <https://www.spine.at/24-symposium/>

15. bis 18. Februar 2023

41. Wiener Intensivmedizinische Tage

Ort: AKH – Hörsaalzentrum, Wien
Info: www.wit-kongress.at

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:
Catherine Tomek

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 - 18
Fax: +43-(0)1-405 13 83 918
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 Stättnr
Medizinische Universität Innsbruck

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 - 18
Fax: +43-(0)1-405 13 83 918
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

W&H Media Druck+Verlag GmbH
1220 Wien | Moissiggasse 8
Tel: +43(1) 269 16 17
E-Mail: office@wh-media.at
Web: www.wh-media.at



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

Bildnachweis: Titelseite, S. 3 Bild unten, S. 14, S. 27: shutterstock
Fotos S. 3 Bild oben und mitte, Seite 7; Grafiken auf S. 9, 10, 12: iStockphoto



Gedruckt nach der Richtlinie
des Österreichischen Umwelt-
zeichens „Druckerzeugnisse“

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 18, Fax: +43-(0)1-405 13 83 918
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.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.-P. 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	R. Mittermair, Klagenfurt	reinhard.mittermair@kabeg.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

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 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
ARGE Niedergelassene Chirurg*innen	A. Weiser, Wien K. Tonniger-Bahadori, Wien	dr.weiser@medico-chirurgicum.at kb@tonninger.com
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)/österreich. 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	konstantin.bergmeister@meduniwien.ac.at
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. Hernienchirurgie (ÖHG)	G. Köhler, Rohrbach-Berg	gernot.koehler@ooeg.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	H. Till, Graz	holger.till@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)	C. Chiari, Wien	catharina.chiari@meduniwien.ac.at
Österr. 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	B. Dauser, Wien	b.dauser@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
Österr. 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@oegk.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

Laparoscopic Solutions evolved

Ligasure™
Retractable L-Hook
Laparoscopic Device



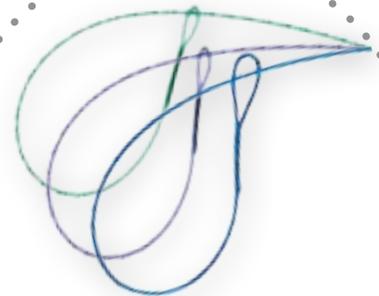
VersaOne™
Fascial closure System



ProGrip™ Prevention
Self-Gripping Mesh



V-Loc™ 90, 180 & PBT
Woundclosure-System



Sonicision™ Curved Jaw
Cordless Ultrasonic
Dissection System



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



Our Mission – to alleviate pain, restore health, and extend life – unites a global team of 90,000+ people. Transforming the lives of two people every second, every hour, every day. Learn more about our technology, services and solutions at [Medtronic.com](https://www.medtronic.com) **Engineering the extraordinary**

© 2022 Medtronic. Medtronic, Medtronic logo with and without tagline and ™-marked brands are trademarks of a Medtronic company. All Rights Reserved. AT 07/2022

Medtronic