

# Chirurgie

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

**Adhäsionsbedingter Dünndarmileus**

**Analfistel**

**Über Ausbildung,  
Bildungs-aus und Babyelefanten**



**4|2020**



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

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



# ärzteservice

ärzteservice Dienstleistung GmbH

Telefon: 01 402 68 34 | [office@aerzteservice.com](mailto:office@aerzteservice.com)

 [www.facebook.com/aerzteservice](http://www.facebook.com/aerzteservice)

[www.aerzteservice.com](http://www.aerzteservice.com)

## Inhalt

- 4 Editorial
- 5 **Evidenz zum Management des adhäsionsbedingten Dünndarmileus**  
Autor: H. Rosen, Wien
- 8 **How I do it – Analfistel: Kenne Deinen Feind und Deine Fertigkeiten**  
Autorin: I. E. Kronberger, Innsbruck
- 10 **How I do it – Analfistel**  
Autorin: I. Haunold, Wien
- 12 **Postoperative Lebensqualität nach Analfistel**  
Autoren: G. Klimbacher, Linz, R. Strouhal, Vöcklabruck, A. Shamiyeh, Linz
- 15 **Themen der Zeit**  
**Das Grüne Krankenhaus**  
Autorin: Cornelia Seifert, Berlin
- 19 **Im Portrait**  
Autoren: P. Götziner, St. Pölten; A. Balogh, Wien
- 20 **Junge Chirurgie – Über Ausbildung, Bildungs-aus und Babyelefanten**  
Autoren: M. de Cillia, Salzburg, D. Duller, Graz



8



10

## ÖGCH

- 23 **ACO-ASSO - Preis 2021**  
der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
- 24 **Hospitation und Research Fellowship am Verbrennungszentrum des Universitätsklinikums Uppsala, Schweden**  
Autor: C. Smolle, Graz
- 26 **Personalia**  
Ernennung Univ.-Prof. Dr. Freyja Smolle-Jüttner  
Ernennung Univ.-Prof. Dr. Manfred Frey



24

## Service

- 27 BÖC Akademie Webinare
- 28 Terminkalender
- 18 Impressum
- 30 Ihre Ansprechpartner

## Liebe Kolleginnen und Kollegen, Freunde von ÖGCH und BÖC!

Am Ende eines Jahres ein Editorial zu schreiben, fällt im Dezember 2020 leichter denn je: so ausgefüllt war dieses 2020 von einem **einzigem** Ereignis: der Pandemie COVID-19/Corona. Ein Virus stieß die Welt in eine noch nie dagewesene Krise. Die derzeit lebenden Generationen haben Vergleichbares seit dem Zweiten Weltkrieg nicht erlebt, s. auch Newsletter März 2020 der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. Nach einem ersten Lockdown, in dem es für Österreich „Bestnoten“ gab, befinden wir uns (am 1.12.) in einem zweiten Lockdown mit einem an seine Grenze stoßenden Gesundheitssystem und hoher Mortalität – zuletzt mehr als hundert Todesfälle pro Tag. Während des Schreibens dieser Zeilen gehen die Erkrankungszahlen zurück, Massentests stehen bevor und am Firmament zeigt sich die Hoffnung auf einen wirksamen Impfstoff. Was in diesen Monaten, Wochen und Tagen alle Menschen und Chirurg\*innen gemeinsam haben, ist die Gewissheit, Gesichtsmasken zu tragen, Kontakte zu vermeiden, Abstand zu wahren und Hände zu desinfizieren. Nur so kann dem Fortschreiten der Corona-Krankheit Einhalt geboten werden.

So weit so gut oder „So Corona – so schlecht“: Daneben noch ein normales Leben zu führen, fiel vielen schwer, auch der Chirurgenchaft: auf der einen Seite helfen, freie Kapazitäten zu schaffen, auf der anderen Seite die **normale chirurgische Versorgung** aufrecht zu halten, von der onkologischen Chirurgie bis zur Herzoperation; auf der anderen Seite akute chirurgische Patient\*innen zu versorgen. Das akademische Leben war gefordert; auch der studentische Betrieb sowie die **Fortbildung** in unserem Fach durften nicht vernachlässigt werden. ÖGCH und BÖC beschäftigten sich über das ganze Jahr mit der Durchführung ihrer Jahreskongresse: Letzten Endes fand der 61. Österreichische Chirurgenkongress (ÖCK2020, [www.chirurgenkongress.at](http://www.chirurgenkongress.at)) als **Hybrid-Kongress** (90 % virtuell, 10 % live) mit 672 Teilnehmer\*innen in der Messe Wien statt. Der ÖCK2020 kann bis Jahresende von der Internetplattform abgerufen werden. Beim ÖCK2020 wurden die neuen ÖGCH-Krawatten, -Stecktücher und -Schals präsentiert, die ab sofort über [www.oegch.at](http://www.oegch.at) zu beziehen sind. Am Rande zu erwähnen, dass die anderen deutschsprachigen Chirurgenkongresse (DGCH, Schweiz, Bayern, DGAV) der Corona-Krise zum Opfer fielen.

Die Hoffnung stirbt zuletzt und so wurde in den letzten Novembertagen publik, dass eine **Corona-Impfung** vor der Zulassung stehe und nach Behebung der Gesundheitskrise die Ausbildung in Chirurgie, die Fortbildung sowie die Kongresstätigkeit aus dem Wellental finden würden: So steht der Österreichische Chirurgenkongress im März 2021 an, und später, im Juni 2021 wird es wieder einen Österreichischen Chirurgenkongress in Salzburg geben. Vieles spricht dafür, dass die Kongresse 2021 noch im Hybridformat stattfinden müssen. Niemand kann derzeit sagen, ob das Virus oder die Maßnahmen dagegen in den nächsten Monaten (2021, 2022) die Oberhand bekommen werden. Zu Jahresbeginn 2021 ein weiterer Paukenschlag: ein neuer Leiter der renommierten Chirurgischen Klinik (Allgemein- und Visceralchirurgie; eh. 1. Chirurgische Universitätsklinik) der MedUni Wien wird inthronisiert: Prof. Oliver Strobel aus Heidelberg. Auf die sonstigen Ereignisse des neuen Jahres – corona- oder nicht-corona-bedingt – warten wir mit Spannung!

Ich wünsche Ihnen im Namen aller Mitglieder der ÖGCH **in erster Linie Gesundheit!**

**Frohe Weihnachten, glückliches 2021!**

Ihr  
Albert Tuchmann

### KORRESPONDENZADRESSE



Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann, FACS  
Facharzt für Chirurgie  
Generalsekretär der Österreichischen  
Gesellschaft für Chirurgie  
Liebiggasse 4 Top 12  
1010 Wien  
E-Mail: [info@tuchmann.at](mailto:info@tuchmann.at)



# Evidenz zum Management des adhäsionsbedingten Dünndarmileus

Autor: H. Rosen, Wien

Adhäsionsbedingter Dünndarmileus (ADI) gilt mit seiner hohen Inzidenz als eine der häufigsten Ursachen für Notfallsinterventionen im Abdomen. In Großbritannien mussten 51 % aller akuten Laparotomien infolge eines ADI vorgenommen werden (1), wobei damit verbundene Interventionen (Dünndarmresektion und Adhäsioolyse) unter den sieben häufigsten Eingriffen zu finden sind (2). Bedingt durch das hohe Auftreten dieser Problematik (> 350.000 Patienten pro Jahr in den USA) (3) findet sich auch eine beträchtliche wirtschaftliche Belastung des Gesundheitssystems. So berechnete eine holländische Studie Kosten von 16.305,00 Euro für chirurgisch zu behandelnde und 2.227,00 Euro für konservativ therapierte Patienten mit ADI (4)

Obwohl dieses Krankheitsbild eine in der täglichen Routine häufige Problematik darstellt, basiert das Management immer noch mehr auf Dogmen („Lass‘ niemals die Sonne über einen Ileus auf –oder untergehen“) und individueller Entscheidung als auf wissenschaftlicher Evidenz. Es war daher sehr begrüßenswert, dass im Jahr 2010 die World Society of Emergency Surgery (WSES) eine Arbeitsgruppe initiierte, die sich mit evidenz-basierten Richtlinien zur Vorbeugung, Diagnose und Therapie des Adhäsionsileus (ASBO – adhesive small bowel obstruction) auseinandersetzte (5). Diese Richtlinien wurden basierend auf systematischer Lite-

raturanalyse regelmäßig 2013 und 2017 als „Bologna-Kriterien“ reevaluiert und unter Zuhilfenahme der bekannten Richtlinien für evidenz-basierte Beurteilung der Universität Oxford ([www.cebm.net](http://www.cebm.net)) und unter Zuhilfenahme der GRADE Methode (Tabelle 1) (<http://www.gradeworkinggroup.org>) überarbeitet (6,7).

**Dieser Beitrag fokussiert sich auf diagnostische und therapeutische Empfehlungen dieser Arbeitsgruppe:**

**Diagnostik (Tabelle 2)**

Die primären Ziele im diagnostischen Management sind auf die Evaluierung der folgenden Probleme ausgerichtet:

- a. Differenzierung zwischen ADI und Ileus anderer Genese
- b. Bestimmung oder Ausschluss einer akuten OP-Indikation
- c. Identifizierung und Vorbeugung von ADI-assoziierten Komplikationen

Basierend auf die bereits angeführte Methodik ergaben sich hinsichtlich des diagnostischen Vorgehen die in Tabelle 2 angeführten Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen.

Grundsätzlich konzentriert sich die Diagnostik auf den Ausschluss anderer (nicht-adhäsionsbedingter) Ursachen für das

Auftreten eines Ileus (z.B. mechanische Komponenten oder Paralyse als Folge einer Peritonitis) sowie auf die Erhebung des Allgemeinzustandes des Patienten (Dehydrierung, Elektrolytstörungen, etc.). Anamnese und klinische Untersuchung können zwar einige Informationen bereitstellen (Feststellung von Voroperationen oder vorangegangener Strahlentherapie, Bestehen von Hernien als Ileusursache), die essentielle Evaluierung einer möglichen, vorhandenen oder drohenden Strangulation mit Ischämie kann dadurch nicht mit ausreichender Sicherheit erreicht werden (Sensitivität von lediglich 48 %) (8).

Ähnliches gilt für die Labordiagnostik, welche lediglich Hinweise (mit geringer Sensitivität und Spezifität) für einen eventuell vorliegenden septischen oder inflammatorischen Fokus geben kann (Leukozyten, CRP). Des Weiteren dienen diese Untersuchungen mehr zur Bestimmung von Elektrolyt – oder Volumendefiziten als zur Bestimmung des Schweregrades des Ileus (9).

Die Durchführung des „klassischen“ Abdomen-leer Röntgens hat hinsichtlich der genauen Identifizierung der Ätiologie bzw. zur therapeutischen Entscheidung mit einer Sensitivität von ca. 70 % nur geringen Wert, da vor allem wichtige anatomische Informationen in der Regel aus dieser Untersuchung nicht verlässlich gewonnen werden können.

Im Gegensatz dazu hat sich die Verwendung von wasserlöslichem Kontrastmittel in mehreren Literatur- sowie Metaanalysen als nützlich erwiesen (10,11).

Der Wert der oralen Darmkontrastierung als Indikator für ein operatives Eingreifen wurde mehrfach unter Beweis gestellt und hat auch in die Bologna Richtlinien Aufnahme gefunden (7). Zusätzlich hat der osmotische Effekt von wasserlöslichen Kontrastmittel bei vielen Patienten mit ADI einen therapeutischen Effekt, der damit eine Operation vermeiden helfen kann. >

Tabelle 1

LEVEL-EVIDENZ	Schlussfolgerungen basierend auf
A	Systematischer Review (Evidenz A1) oder zumindest zwei unabhängigen Studien mit Evidenz A2 („sichere Evidenz“)
B	Eine Studie mit Evidenz A2 oder zumindest zwei unabhängige Studien mit Evidenz B („wahrscheinliche Evidenz“)
C	Eine Studie mit Evidenz B oder C („Hinweise für“)
D	Experten-Empfehlung
LEVEL-EMPFEHLUNG	
I	Starke Empfehlung
II	Schwache Empfehlung (Vorschlag)

Tabelle 2: Bologna Richtlinien (7) – Diagnostik

LEVEL		Literatur
II D	Die initiale diagnostische Aufarbeitung beinhaltet eine Evaluierung des Ernährungszustands sowie eine Laboranalyse von Blutbild, Laktat, Elektrolyten und BUN/Kreatinin	Experten-Empfehlung
IIC	Das Abdomen leer-Röntgen ist bei der Diagnose des ADI nur von beschränktem Wert und kann daher nicht empfohlen werden (Sensitivität von 70 %)	Maglante B. Am J Roentgenolo 1996;167(6):1451
IB	Die optimale Diagnostik des ADI basiert auf der Verwendung eines CT des Abdomens und/oder der oralen Applikation von wasserlöslichem Kontrastmittel. Eine fehlende Passage des Kontrastmittels innerhalb von 24 Stunden kann als Indikation zum chirurgischen Vorgehen angesehen werden	Zielinski MD. J Am Coll Surg 2011;212(6):1068 Goussous N. J Gastrointest Surg 2013;17(1)110

Tabelle 3: Bologna Richtlinien (7) – Therapie

LEVEL		Literatur
II C	Lange (dreiluminale) intestinale Nasensonden sind wirksamer als nasale Magensonden bei der konservativen Therapie des ADI. Sie müssen jedoch endoskopisch platziert werden	Chen XL. World J Gastroenterol 2012;18(16):1968
IIC	Die laparoskopische Adhäsiolektomie reduziert die Morbidität bei exakt selektionierter Indikation	Ten Broek RPG. World J Emerg Surg 2018; 13: 24 Sallinen V. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019;4(4):278
IIC	Bei fehlender Indikation (Perforation, Peritonitis, Darmischämie) für eine akute Operation ist ein konservatives Vorgehen zu bevorzugen	Jeppesen M. World J Surg 2016;40(9):2091 Ten Broek RPG. BMJ 2013;3:347
IIB	Der Versuch einer konservativen Therapie kann bis zu 72 Stunden fortgesetzt werden	Schraufnagel D. J Trauma Acute Care Surg 2013; 4(1):181 Keenan JE. J Trauma Acute Care Surg 2014;76(6):1367

Die CT-Untersuchung dient nicht nur der Diagnose des Ileus, sondern ist auch mit hoher Genauigkeit in der Lage, eine mögliche Strangulation zu vermuten. Eine weitere Stärke dieses Verfahrens besteht auch in der besseren anatomischen Darstellung des Dünndarmverlaufes und damit der genaueren Charakterisierung der Problematik (z.B. „hoher Ileus“, Identifizierung von prästenotischen versus poststenotischen Darmabschnitten).

In einer Analyse des eigenen Krangutes an der Mayo Clinic in Rochester, USA, zeigten Zielinski und Mitarbeiter eine enge Korrelation von spezifischen, in der CT-Untersuchung beschriebenen Befunden und der Notwendigkeit für ein operatives Vorgehen (12).

Diese Aussagekraft konnte durch zusätzliche orale Kontrastierung noch verstärkt werden und führte zu den in Tabelle 2 aufgeführten Richtlinien der Arbeitsgruppe

hinsichtlich der diagnostischen Aufarbeitung von Patienten mit Verdacht auf ADI

### Therapie (Tabelle 3)

Obwohl das Wiederauftreten von Symptomen durch Adhäsionen nach konservativer Therapie scheinbar häufiger beobachtet wird als nach chirurgischem Vorgehen, wird einem nicht-operativem Management (vor allem in Hinblick auf die erhöhte Morbidität nach notfallmäßig vorgenommen Operationen) der Vorzug gegeben.

Das Hauptaugenmerk der konservativen Therapie liegt immer noch auf der kompletten Reduktion der oralen Nahrungsaufnahme („Null per os“) sowie einer effektiven intestinalen (Sonden-) Dekompression, wodurch eine erfolgreiche Beherrschung des adhäsionsbedingten Ileus in der Regel bei 70–90 % der Patienten möglich ist.

Hinsichtlich des Einsatzes von Nasensonden gibt es Hinweise auf eine Überlegen-

heit von langen (in den Dünndarm platzierten), dreilumigen Sonden gegenüber den konventionellen nasogastralen Sonden. In einer randomisierten, chinesischen Studie zeigten lange Sonden eine signifikant höhere Effizienz hinsichtlich einer wirksamen Dekompression im Vergleich zu Magensonden (10,4 % Versagen vs. 53,3 % bei 186 Patienten). Auffällig dabei war doch die hohe Rate an Versagen einer effektiven Dekompression (53,3 %) bei Patienten, welche mit einer „regulären“, kurzen Magensonde behandelt worden waren (13). Zusätzlich ist die Notwendigkeit der endoskopischen Applikation der langen, intestinalen Sonden ein zusätzlicher, zu diskutierender Faktor.

Ein weiterer, kontroversieller Streitpunkt besteht im Zeitlimit der konservativen Therapie des ADI bis ein Versagen eines solchen Vorgehen akzeptiert werden muss. Obwohl eine hohe Evidenz für ein bestimmtes Zeitintervall derzeit nicht vorliegt,

Tabelle 4 – Indikation zur MIC beim adhäsionsbedingten Dünndarmileus (17)

<b>INDIKATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dünndarmileus mit deutlichem Transitionspunkt (prästenotisch vs. Poststenotischer Dünndarm) in der CT</li> <li>– Frustranter Therapieversuch mit wasserlöslichem, über die Sonde appliziertem Kontrastmittel</li> </ul>
<b>KONTRAINDIKATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hämodynamisch instabiler Patient</li> <li>– Verdacht auf diffuse Peritonitis u/o Sepsis</li> <li>– Verdacht auf Dünndarmgangrän u/o Perforation</li> <li>– Verdacht auf das Vorliegen diffuser, breitflächiger Adhäsionen (CT, anamnest. Voroperationen)</li> <li>– Vorliegen anderer, nicht-adhäsionsbedingter Ursachen für Ileus (zB. Karzinose, Intuszeption, etc.)</li> </ul>
<b>RISIKO F. KONVERSION (relative KI?)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mehr als 2 mediane Laparotomien in der Anamnese</li> <li>– Umschriebene, klinische Zeichen f. Peritonitis</li> <li>– Freie Flüssigkeit in der CT-Untersuchung</li> <li>– Dünndarmdistension &gt; 4 cm (Abdomen leer oder CT)</li> <li>– Wandödem im Dünndarm, Ödem des Mesenterium, Zeichen f. vaskuläre Stauung in der CT</li> </ul>

wurde im Rahmen der Bologna Kriterien, basierend auf der vorliegenden Literatur, ein Zeitraum von 72 Stunden als adäquat akzeptiert (7).

Nachdem die chirurgische Therapie des ADI „klassisch“ durch Exploration per laparotomiam vorgenommen wurde, hat in der jüngeren Vergangenheit auch bei dieser Indikation eine Diskussion über den Einsatz der minimal invasiven Chirurgie (MIC) begonnen. Sajid und Mitarbeiter beschreiben in einer Meta-Analyse von 14 nicht randomisierten Studien eine Reduktion von Morbidität und Mortalität durch Einsatz der laparoskopischen Adhäsioolyse (14). Nicht unerwartet finden sich in diesen Untersuchungen deutliche Selektionskriterien, sodass primär „leichtere Fälle“ einem MIC-Verfahren unterzogen wurden.

Den positiven Ergebnissen dieser Studien stehen Beobachtungen mit einer zum Teil erheblichen iatrogenen Perforationsrate (bis zu 26,9 %) im Rahmen laparoskopischer Adhäsioolyse bei ADI gegenüber (7). So berichten Behman et al. 8584 Patienten bei 53,5 % der MIC-Patienten eine Notwendigkeit zur Dünndarmresektion, während dies bei 43,4 % der Laparotomierten beobachtet wurde (15).

Infolge dieser kontroversiellen Resultate wies die Bologna-Arbeitsgruppe 2017 darauf hin, die Veröffentlichung einer laufenden kontrollierten, randomisierten Studie zu diesem Thema abzuwarten, die 2019 publiziert wurde (7, 16).

Im multizentrischen LASSO-trial (Laparoscopic versus open adhesiolysis for adhesive small bowel obstruction) wurden 104 Patienten (51 „offen“ vs. 53 laparoskopisch) im Rahmen der chirurgischen Therapie für ADI randomisiert. Patienten nach Laparoskopie wiesen eine signifikant kürzere postoperative Liegezeit (4,2 Tage im Median vs. 5,5 Tage nach Laparotomie) sowie eine signifikant geringere Komplikationsrate (31 % vs. 43 %) auf, wobei auch in dieser Studie eine Selektion hinsichtlich des hochgradigen Verdachtes auf das Vorliegen solitärer Briden vorlag (16).

Mitglieder dieser internationalen Multizenterstudie definierten in einer Publikation ihre in Tabelle 4 abgebildeten Kriterien zur Indikation für den Einsatz der Laparoskopie bei ADI, welche als nützlich für den klinischen Gebrauch angesehen werden können (17). □

## REFERENZEN:

1. NELA Project Team. The second report of the National Emergency Laparotomy Audit (NELA). London: The Royal College of Anaesthetists; 2016
2. Scott JW, Olufajo OA, Brat GA et al. JAMA Surg. 2016;151(6): e160480
3. Oyasiji T, Angelo S, Kyriadikes TC et al. AM Surg 2010; 76(7): 687
4. Krielen P, van den Beukel BA, Stommel MW. World J Emerg Surg 2016; 11: 49
5. Catena F, Di SS, Kelly MD et al. World J Emerg Surg. 2011; 6:5
6. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M. et al. World J Emerg Surg 2013;8(1):42,
7. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S et al. World J Emerg Surg 2018; 13:24
8. Sarr MG, Bukley GB, Zuidema GD. Am J Surg 1983; 145(1):176.
9. Loftus T, Moore F, VanZant E et al. J Trauma Acute Care Surg 2015;78(1):13
10. Ceresoli M, Coccolini F, Catena F et al. Am J Surg 2016; 211(6):1114
11. Abbas S, Bisetti IP, Parry BR. Cochrane Database Syst Rev 2005;1: CS004651
12. Zielinski MD. J Am Coll Surg 2011;212(6):1068
13. Chen XL, Ji F, Lin Q et al. World J Gastroenterol 2012;18(16):1968
14. Sajid MS, Khawaja AH, Sains P et al. Am J Surg 2016; 212(1): 136
15. Behman R, Nathens AB, Byrne JP et al. Ann Surg 2017;266(3): 489
16. Sallinen V, Di Saverio S, Haukijärvi E. et al. Lancet Gastroenterol Hepatol 2019; 4(4):278
17. Di Saverio S, Birindelli A, Ten Broek R et al. Updates Surgery 2018;70 (4) 557

## KORRESPONDENZADRESSE



Univ. Prof. Dr. Harald Rosen  
Sigmund Freud Privatuniversität, Wien  
Abteilung für chirurgische Onkologie  
Freudplatz 3  
1020 Wien  
E-Mail: rosenurg@csi.com

# How I do it – Analfistel: Kenne Deinen Feind und Deine Fertigkeiten

Autorin: I. E. Kronberger, Innsbruck

Koloproktologische Chirurgen stellen sich bezüglich Analfisteln 2 entscheidende Fragen:

- Welche Einteilung von Fistelungen soll mit welcher Methode vorgenommen werden?
- Welche chirurgische Methode ist für welchen Fisteltyp am Analkanal am geeignetsten?

Analfistel können sich (neben der landläufigen Einteilung nach Parks) distal oder bis nahe dem Beckenboden, mit viel oder weniger langem Verlauf durch die Sphinkteren, mit oder ohne Fisteläste oder auch mit chronischen Retentionshöhlen präsentieren und sind so mehr oder weniger technisch anspruchsvoll. Sie neigen dazu, nach Therapieversuchen oder Sepsisbehandlungen wieder-/aufzutreten und präsentieren sich auch in narbig-derbem Gewebe in bereits verzogenem Muskelgewebe. Der betroffene Patient kann von solchen Verläufen seit Jahren traumatisiert, inkontinent oder mit Stuhlschmierer, gestörter Sensibilität peri-/anal und mit individuellen (z.B. sportlichen oder sexuellen) Bedürfnissen in der Ambulanz vorstellig werden.

Die moderne Analfisteltherapie beinhaltet Überlegungen zur bestmöglichen Lebensqualität für den betroffenen Patienten, zur permanenten Fistelheilung und zur Erhaltung der Kontinenz bzw. Sensibilität.

Die Studienlage und auch Empfehlungen bieten eine breite Varietät an chirurgischen Therapieoptionen zu Analfisteln - mit noch wenig Evidenz aus randomisierten Studien und erstaunlich wenig fundierter Information rund um patient reported outcomes (PROs). Eine Störung der analen Kontinenz wird häufiger bei invasiveren Eingriffen, die in Studien allerdings eine höhere Heilungsrate und somit weniger Folgeeingriffe aufweisen, beschrieben. Die aktuelle Studienlage bleibt allerdings eine Erklärung der unterschiedlichen Heilungsraten zu gleichen Operationstechniken schuldig. Ursächlich sind wohl das falsche Studiendesign, zu kurze Beob-

achtungszeiträume, eine fehlende oder genaue Einteilung bzw. Beschreibung der Fisteln und der angewandten Technik sowie eine objektivierbare Erfolgsbeurteilung. [2, 5, 8, 9, 10]

2019 gaben Koloproktologen aus Amerika und Europa bei einer online-Umfrage die Fistulotomie und Fistulektomie (> 20 Eingriffen/Jahr) als die am häufigsten angewandten Fistelchirurgietechniken an. Weniger als 50% der Kollegen führen routinemäßig eine Marsupialisation oder primäre Sphinkterrekonstruktion bei intersphinkteren (32 % bzw. 9 %) und transsphinkteren Fisteln (24 % bzw. 19 %) durch. 4 von 5 Chirurgen gaben an, über Erfahrungen mit der ‚advancement flap‘ Technik und 3 von 5 über Erfahrung mit dem LIFT (Ligation of the intersphincteric fistula tract) Verfahren zu verfügen. Weniger als 15 % der Befragten führen mehr als 10-mal eines dieser Verfahren pro Jahr durch.[6]

Metaanalysen zeigen, dass für die kryptoglanduläre Fistelung die Gesamterfolgsrate des advancement flap- und LIFT-Verfahren ähnlich (74,6 vs 69 %) sind, aber auch, dass die LIFT-Technik bezüglich den Rezidivraten und der Datenlage unterlegen ist. Anwendungen mit Fistel-Plug scheinen weniger erfolgreich und werden heute seltener angewendet. Das Risiko zur postoperativen Inkontinenz ist nach advancement flap-Technik höher als beim LIFT Verfahren (7,8 (3,3 – 12,4) versus 1,6 (0,4 – 2,8) %.[3, 8]

### How I do it

Die eingangs beschriebenen Fragestellungen und Techniken sind das tägliche Brot meiner koloproktologischen Arbeitsgruppe in unserer Spezialambulanz an der Medizinischen Universität Innsbruck. Und so wie die Anzahl der Ärzte in dieser Arbeitsgruppe an der Abteilung für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie hat sich in den letzten 6-7 Jahren auch das Armentarium der diagnostischen und operativen Techniken rund um die Analfistel erweitert. Heute werden neben der genauen Anamnese und klinischen Untersuchung (inklusive Proktoskopie +/- Koloskopie) eine Endosonogra-

phie (im 3D Modus) oder/und MR des Anorektums zur genaueren Beschreibung des Fistelverlaufs durchgeführt. Je genauer man die Krankengeschichte und die Fistelung samt ihrer Umgebung kennt, umso mehr Vertrauen kann man in die Entscheidung zur Operationstechnik haben. Vorteilhaft ist der Lehr- und Lerneffekt von Auszubildenden und Studenten, nicht zuletzt aber der eigene Nutzen von Fertigkeiten am 3D-gestützten Endosonographiegerät aus der Routine für schwierige oder überraschende akute Fälle im OP. Vor allem die Einführung der primären Sphinkterrekonstruktion nach Fistelspaltung und Fistelexzision führte in unserer Spezialambulanz zu einer deutlichen Reduktion von Rezidivfisteln bei geraden wie auch komplexen Verläufen und zur höheren Patientenzufriedenheit. Aufgrund der Datenlage und im Rahmen des Qualitätsmanagements werden die Patienten regelmäßig und auch bildgebend nachgesorgt. Eine Fotoreihe mit Beschreibung zur Variante der Fistelspaltung, -exzision und Sphinkterrekonstruktion finden Sie hier: **Abbildung rechts** ➤

Es wird bei Abszessdrainage die (hier oberflächlich erscheinende) Fistelung mit einem Seton versorgt und dieses für mindestens 6 Wochen belassen. Nach klinischer Abklärung und Endosonographie oder MR wird die Indikation gemeinsam mit dem Patienten besprochen und die jeweilige Operationstechnik in Allgemeinnarkose und Steinschnittlage geplant. Bei der Operation wird die Fistelung nach Entfernen des Setons mittels Methylenblau angefärbt und der transsphinkter Anteil der Fistel möglichst gerade über der Fistelsonde gespalten. Es wird das gut sichtbar gefärbte Fistelgewebe mit der Coloradonadel exakt exzidiert. Es verbleibt je nach Fistelverlauf eine kleinere bis größere Muskellücke, welche gemäß der zylindrischen Form mittels Einzelknopfnähten (Sphinkterrepair und Naht der Schleimhaut bzw. des Anoderms) verschlossen und mit Lokalanästhetikum infiltriert wird. Die Patienten dürfen noch am gleichen Tag essen und erhalten am 1. postoperativen Tag eine milde Stuhlregulierung sowie Schmerzmedikation. Unabhängig

der Länge des betroffenen Muskelanteils erfahren alle Patienten eine Einschulung in ein spezialisiertes Beckenbodentraining in der Zeit vor der Operation zur Anwendung ab 6 Wochen postoperativ.

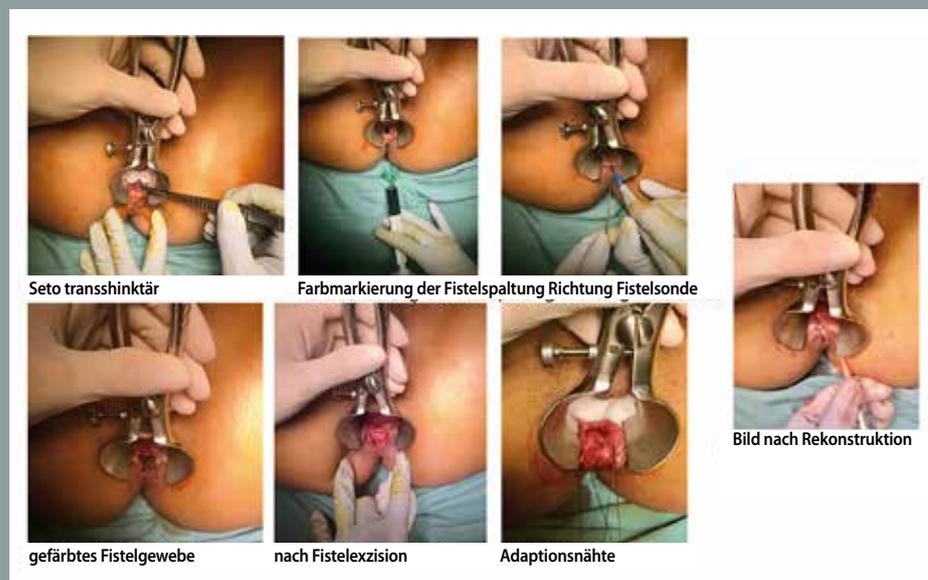
Ursprünglich diente die Spaltung des muskulären Apparates am Analkanal zur besseren Darstellung von Pathologien am unteren Rektum[4]. Dr. A.E. Bevan, welcher die Teilung der Analschließmuskeln in der posterioren Mittellinie befürwortete, um den Zugang zur eines Rektumkarzinoms zu ermöglichen beschrieb 1927 die Technik in ‚Chirurgischen Kliniken Nordamerikas I‘. Seit 1995 wird die Fistelspaltung, -exzision und Sphinkterrekonstruktion an Rezidivfistulungen und hoch transsphinktären oder suprasphinktären Fisteln mit guten Erfolgen bezüglich Fistelheilung und Kontinenz beschrieben. Eine randomisierte Studie vergleicht die Operationstechnik mit der advancement flap-Technik bei hoch- oder suprasphinktärer Fistulierung und fand 2006 keine Unterschiede bei postoperativer Kontinenz und Rezidivrate. Rezente grö-

ßere retrospektive Fallserien beschreiben es als sicheres chirurgisches Verfahren mit hoher primärer Heilungsrate und niedrigem Rezidiv- oder Inkontinenzrisiko (teilweise auch mit postoperativer Kontinenzverbesserung), weisen aber gleichzeitig eine Jahrzehnte-lange Erfahrung mit dieser Technik auf[1, 7].

In unserer Arbeitsgruppe werden die Techniken der Fisteloperationen unter Rücksichtnahme des Ausbildungsstatus und gleichzeitigem Kursangebot an der hiesigen Anatomie gelehrt und schrittweise im OP-Saal assistiert. Ein anatomisches Verständnis des Anorektums kann alleine von Fotos oder bei Operationen nur schwer vermittelt werden. So sind die Bildgebung (MR und Endosonographie) gemeinsam mit der anatomischen Präparation wichtige Wegbereiter zum koloproktologischen Verständnis des Chirurgen. □

## REFERENZEN :

1. Farag AFA, Elbarmelgi MY, Mostafa M et al. (2019) One stage fistulectomy for high anal fistula with reconstruction of anal sphincter without fecal diversion. *Asian J Surg* 42:792-796
2. Kronberger IE (2019) Surgery of anal fistula with primary sphincter-repair: A solution for all fistula types? *coloproctology* 41:405-408
3. Lin H, Jin Z, Zhu Y et al. (2019) Anal fistula plug vs rectal advancement flap for the treatment of complex cryptoglandular anal fistulas: a systematic review and meta-analysis of studies with long-term follow-up. *Colorectal Dis* 21:502-515
4. Mason AY (1970) Surgical access to the rectum--a transsphincteric exposure. *Proc R Soc Med* 63 Suppl:91-94
5. Ommer A, Herold A, Berg E et al. (2017) German S3 guidelines: anal abscess and fistula (second revised version). *Langenbecks Arch Surg* 402:191-201
6. Ratto C, Grossi U, Litta F et al. (2019) Contemporary surgical practice in the management of anal fistula: results from an international survey. *Tech Coloproctol* 23:729-741
7. Seyfried S, Bussen D, Joos A et al. (2018) Fistulectomy with primary sphincter reconstruction. *Int J Colorectal Dis* 33:911-918
8. Stellingwerf ME, Van Praag EM, Tozer PJ et al. (2019) Systematic review and meta-analysis of endorectal advancement flap and ligation of the intersphincteric fistula tract for cryptoglandular and Crohn's high perianal fistulas. *BJS Open* 3:231-241
9. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM et al. (2016) Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum* 59:1117-1133
10. Williams G, Williams A, Tozer P et al. (2018) The treatment of anal fistula: second ACPGBI Position Statement - 2018. *Colorectal Dis* 20 Suppl 3:5-31



## KORRESPONDENZADRESSE



Dr. med. univ. Irmgard E. Kronberger  
 Medizinische Universität Innsbruck  
 Department für operative Medizin  
 Univ.-Klinik für Visceral- Transplantations- und Thoraxchirurgie  
 Anichstraße 35  
 6020 Innsbruck, Österreich  
 E-Mail: irmgard.kronberger@i-med.ac.at

# How I do it – Analfistel

Autorin: I.Haunold, Wien

Anal fisteln sind ein häufiges chirurgisches Krankheitsbild.

Ursache ist meist eine Entzündung der Proktodealdrüsen, die im Intersphinkterraum liegen. Seltener Ursachen sind CED, postpartale und iatrogene Verletzungen, TBC, Leukämie. Im Akutstadium sehen wir einen Abszess, der entweder spontan perforiert oder chirurgisch eröffnet wird. Seine Ausbreitung bestimmt den späteren Fistelverlauf, das chronische Stadium.

Einen Analabszess inzidiere ich niemals in lokaler Betäubung in der Ambulanz. Ich empfehle eine Narkoseuntersuchung in Steinschnittlage mit vorsichtiger Exploration, ob eine innere Öffnung vorliegt. Dies geschieht am besten durch Stichinzision des Abszesses und vorsichtiges Einspritzen von Blaufarbstoff. Kommt es zu einem Austritt aus dem Analkanal, dann lege ich an dieser Stelle nach Abdeckung des Abszesses eine Vessel Loop- oder Comfort Drainage. Lässt sich die innere Öffnung nicht detektieren sollte nur ein Unroofing erfolgen. Dies lege ich radiär an, denn bei späterer Fisteloperation und eventueller Fistulektomie ermöglicht es einfach die Narbe zu verlängern. Dem Argument, man würde dabei den Sphinkter verletzen, halte ich entgegen, dass die Hautinzision ja nicht mehrere cm tief erfolgt und die natürliche Hautfältelung auch radiär ist, was eine bessere Narbenbildung bedeutet.

**Niemals sollte man im akuten Stadium eine definitive Fistelsanierung anstreben.**

Die Drainage wird 8 bis 12 Wochen belassen, bis die Entzündung komplett abgeklungen ist. Ausduschen mit lauwarmem Leitungswasser insbesondere in den ersten 3 Wochen ist wichtig und auch ausreichend. Auf Antiseptika, Spülungen oder engmaschige Wundkontrollen kann verzichtet werden. Dieses Procedere gilt auch für die Wundbehandlung nach elektiven Fisteloperationen.

**Zur geplanten Fistelsanierung:**

Eine MR ist präoperativ routinemäßig nicht erforderlich. Bei komplexen hohen Fistelverläufen und mehrfachem Rezidiv kann sie hilfreich sein. Allerdings sollte auf die Qualität der MR besonderes Augenmerk gelegt werden (paraacoronale Schnittebenen, Fett supprimierte Sequenzen)

Für die operative Behandlung sind folgende Kriterien wichtig

- Geschlecht und Alter des Patienten
- Wie ist die Sphinkterfunktion?
- Schäden nach Voroperationen oder Geburten?
- Welchen Fistelverlauf erwarte ich?
- äußere Öffnung analnahe? Liegt die innere Öffnung an der Linea dentata oder distal?
- Taste ich bidigital eine Retention? eventuell hinter der Rektumwand? Was auf einen hohen Verlauf schließen lässt.
- Wurde eine CED mittels CO inkl. term Ileum ausgeschlossen?
- bei Nachweis von M. Crohn medikamentöse Therapie vor OP!

Etwa 50 % aller Anal fisteln kann man durch Fistulektomie oder Fistelspaltung sanieren. Dies betrifft intersphinkteräre und oberflächlich transsphinkteräre Fisteln. Ich bevorzuge das komplette Ausschneiden des Ganges, am besten mit einer 15er Klinge, um möglichst jede angrenzende Muskelfaser zu schonen. Die Wundfläche wird offen belassen und heilt innerhalb von 3 bis 4 Wochen ab.

Bei höheren Fisteln, wenn also der überwiegende Anteil der Muskeln distal des Ganges liegt, ist die **Lappenplastik Gold Standard**.

Zu Beginn des Eingriffs injiziere ich in die äußere Öffnung verdünntes Methylenblau, das den Gang anfärbt und eventuelle Ausläufer bei der Präparation zeigt. Dann erfolgt eine tropfenförmige Umschneidung der äußeren Öffnung. Den Gang schiene ich mit einer geraden Knopfsonde, fixiert durch eine Kocherklemme, und präpariere

ihn vorsichtig aus. Knapp vor seinem Durchtritt durch den Sphinkterapparat setze ich ein Parks Spekulum und stelle die innere Öffnung ein. In diesem Bereich erfolgt eine quere Inzision um den Flap vorzubereiten. Ich verzichte auf Unterspritzung der Schleimhaut, sondern bevorzuge Vollwand Lappen, um substantielleres Gewebe und somit bessere Heilungsraten zu erzielen. Die Form des Flaps ist trapezförmig, meist reicht es 2 bis 3 cm nach oben zu mobilisieren. Ist dies vorbereitet, kann die Exzision des Ganges komplettiert werden. Es resultiert ein Loch im Sphinkter, das meist für einen Finger durchgängig ist. Davor darf man aber nicht zurückschrecken. Falsch wäre den innersphinkterären Anteil in situ zu belassen, denn daraus resultiert unweigerlich ein Rezidiv.

Der Defekt im Sphinkter wird mit U-förmig gestochenen 2.0 Vicrylnähten verschlossen, dann wird der Lappen mit 3.0 Einzelknopfnähten angenäht. Die äußere Wundfläche wird komplett offen belassen und heilt per secundam.

Eine Alternative zu diesem Standardverfahren ist die **Fistulektomie mit primärer Rekonstruktion**. Dabei wird der komplette Sphinkter bis zur inneren definierten Öffnung gerade durchtrennt, der Fistelgang liegt somit zur Exzision komplett frei und es erfolgt eine sofortige Rekonstruktion. Wiewohl in Publikationen, insbesondere vom Protagonisten Prof. Herold gute Ergebnisse berichtet werden, habe ich doch Hemmung einen intakten Sphinkter, insbesondere bei höheren Fisteln zu durchtrennen. In speziellen Fällen, beispielsweise bei Enge und starker Vernarbung des Analkanal wähle auch ich dieses Vorgehen.

Alternativverfahren wie Plug, Paste, Laser, OTSC Klipp oder ähnliches führe ich nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patienten

durch. Wir haben an unserer Abteilung sämtliche Methoden getestet, allerdings mit einer niedrigen Erfolgsquote, was auch den Literaturergebnissen entspricht. Dies bedeutet, dass der Patient aufgeklärt werden muss, dass er je nach Verfahren eine maximal 30 bis 50%ige Erfolgsrate hat. Nicht jede Technik ist für jede Fistel geeignet.

Zusammenfassend ist die Fistelchirurgie ein heikles Spezialgebiet der Koloproktologie, das Erfahrung und genaue Kenntnisse der anatomischen Strukturen erfordert, denn Kontinenz und Lebensqualität dieser Patienten hängen von einer adäquaten Sanierung ab. □

#### LITERATUREMPFEHLUNG

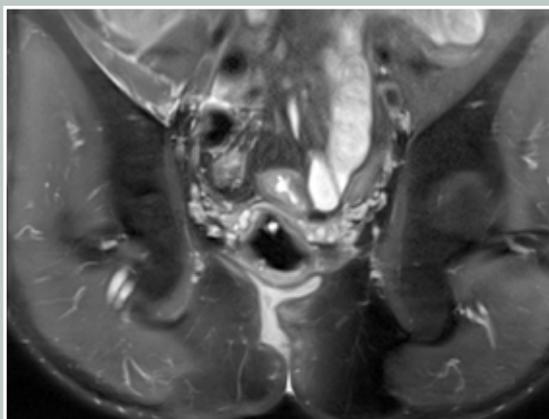
S3 Leitlinie Kryptoglanduläre Analfisteln  
A.Ommer et al  
Coloproctology 2017



Auspräparation des Fistelgangs



OP Präparat



Ankerförmige Fistel im MR...



... und als OP Präparat

#### KORRESPONDENZADRESSE



**OA.Dr Ingrid Haunold**  
Chirurgische Abteilung, KH der BHS Wien  
Stumpfergasse 13  
1060 Wien  
E-Mail: [ingrid.haunold@bhs.at](mailto:ingrid.haunold@bhs.at)

## Postoperative Lebensqualität nach Analfistel

Autoren: G. Klimbacher, Linz, R. Strouhal, Vöcklabruck, A. Shamiyeh, Linz

Eine Analfistel ist ein abnormaler Verbindungsgang zwischen einem äußeren Ostium an der perianalen Haut und dem Analkanal bzw. dem Rektum. Europaweit hat die Analfistel eine Prävalenz von 1,69/10000 Einwohner und eine Inzidenz von 1,15/10000 Einwohner/Jahr<sup>1</sup>. Hier gibt es aber zum Teil deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern in der Häufigkeit.

Eingeteilt werden Analfisteln nach ihrem Verlauf in Bezug auf den Sphinkterapparat nach Parks I–V. Sinngleich mit der American Society of Colo-Rectal Surgeons ist aus chirurgischer Sicht, die Einteilung in simple und komplexe Fisteln sinnvoll, da darauf die Verfahrenswahl basiert.

An chirurgischen Verfahren mangelt es in der Fistelchirurgie nicht. Wie so oft in der Chirurgie ist bei Vorhandensein von vielen verschiedenen Techniken für ein und dieselbe Erkrankung, keine der Techniken ubiquitär für alle Arten der Erkrankung einsetzbar und jede hat ihre spezifischen Vor- und Nachteile. Die Verfahrenswahl beeinflusst die Lebensqualität postoperativ jedoch deutlich.<sup>2</sup>

Vereinfacht können die Verfahren in Fistelspaltung (+/- primäre Sphinkterrekonstruktion), plastische Verfahren (Mukosa-Flap, anocutaner Flap, etc.) und „minimalinvasive“ sphinktersparende Verfahren, wie unter anderem LIFT, Obsidian®, Fistelplug oder FILAC®, eingeteilt werden.

Aufgrund der zahlreichen Therapieoptionen, lässt sich jedoch keine generelle Aussage bezüglich der Lebensqualität nach Fisteloperationen tätigen. Betrachtet

man die Problematik im Detail lassen sich für die klinische Anwendung jedoch einige wichtige Schlüsse ziehen.

### Was stört den Patienten hauptsächlich an einer Analfistel?

Die häufigsten Antworten in der proktologischen Ambulanz sind permanente Sekretion, Dyskomfort und die Angst Stuhl zu verlieren. Die Lebensqualität steigt jedoch mit längerem Krankheitsverlauf (> 6 Monate) an.<sup>3</sup> Dies ist mit einer zunehmenden Toleranz gegenüber den unangenehmen Symptomen zu erklären. Das Selbe gilt auch im Zusammenhang mit Setondrainagen. In der Lebensqualität zeigt sich kein Unterschied bei Patienten mit Seton und Patienten ohne Seton, jedoch ist die Drainage essentiell zur Prävention eines Rezidivabszess und zur Konditionierung des Fistelgangs. Eine bessere Lebensqualität scheint aber durch „knot-free comfort-drains“ im Vergleich zu konventionellen „loose Setons“ erreichbar zu sein.<sup>3</sup> Hier sei insbesondere auf die Vermeidung von „Knotenbäumen“ zu verweisen. Sollten Comfort-Drains nicht verfügbar sein, stellt das Verknüpfen des Setons mit zwei geflochtenen, nichtresorbierbaren 0er Fäden (zB. Ethibond, etc.) eine praxistaugliche Alternative dar.

Nächster wichtiger Faktor für die postoperative Lebensqualität ist die Verfahrenswahl, welche auch vom Verlauf des Fistelgangs zum Sphinkterapparat abhängt und deutliche Unterschiede in Erfolgsraten und Inkontinenzraten aufweist.<sup>2</sup>

Das chirurgische Ziel sollte die Beseitigung der analen Infektion (Heilung) bei gleichzeitigem Erhalt der Kontinenz und einer Wiederherstellung der Lebensqualität sein.

Simple Fisteln, also subanodermale, intersphinkteräre oder transsphinkteräre Fisteln, die lediglich das untere Drittel des Musculus sphinkter ani externus betreffen, zeigen eine deutliche Besserung der Lebensqualität nach erfolgter Fistulotomie (Lay-open) bei gleichzeitig hohen Erfolgsraten bis 90 %.<sup>3,4</sup>

Bei komplexen Fisteln, also tief transsphinkterär oder suprasphinkterär liegenden Fisteln, Rezidivfisteln oder schwerwiegende Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel Morbus Crohn, zeigt sich ein inhomogenes Bild der postoperativen Lebensqualität.

Der Haupteinflussfaktor auf die postoperative Lebensqualität ist die Stuhlkontinenz. Dabei konnten aber Owen et al. zei-

St. Mark's Inkontinenz Score

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Inkontinenz für festen Stuhl	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Inkontinenz für flüssigen Stuhl	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Inkontinenz für Winde	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
				Ja	Nein
Tragen von Einlagen				<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (0)
Einnahme von obstipierenden Medikamenten				<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (0)
Stuhl kann keine 15 Minuten gehalten werden (Dranginkontinenz)				<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (0)

gen, dass eine leichte Verminderung der Kontinenz (Verminderung des St. Mark's Inkontinenz Scores < 5 Punkte) keine Verschlechterung der postoperativen Lebensqualität bedeutet. Hier hält das Abheilen der Symptome, der verminderten Kontinenz die Waage. Dies gewinnt vor allem an Bedeutung, wenn man es in Zusammenhang mit einer schlechteren Lebensqualität bei Rezidivfisteln betrachtet. Dem Patienten scheint die unabhängige Aktivität, also die Unabhängigkeit von seiner Fistelkrankheit, am Wichtigsten.<sup>4</sup> Die postoperative Stuhlinkontinenz hat dann einen deutlichen Einfluss auf die Lebensqualität und die Zufriedenheit des Patienten, wenn dadurch der Ablauf des täglichen Lebens beeinträchtigt wird.<sup>5</sup>

#### Gibt es also Risikofaktoren die eine Inkontinenz wahrscheinlicher machen?

Eine präoperativ erniedrigte Kontinenzleistung, weibliche Patienten mit anterioren Fistel bei Zustand nach Dammriss III/IV, sowie chronisch entzündliche Darmerkrankungen sind eindeutige Risikofaktoren für eine postoperative Inkontinenz und eine damit einhergehende, erniedrigte Lebensqualität.<sup>2</sup> Bei dieser Patientengruppe sollte nach Möglichkeit ein sphinktersparendes Verfahren angestrebt werden. Insbesondere diese Gruppe muss vor einer definiti-

ven Fistelversorgung ausführlich über mögliche alternative chirurgische Verfahren, die Erfolgsraten und potenziellen Auswirkung auf die Kontinenz aufgeklärt werden. Nur so kann die präoperative Erwartungshaltung mit den postoperativen Möglichkeiten in Einklang gebracht werden.

Insgesamt ist die Datenlage über postoperative Lebensqualität aber sehr heterogen und spiegelt die Komplexität der Analfistelversorgung wider. Hier wäre ein Analfistelregister, in dem österreichweit Daten zur Behandlung dieser Erkrankung gesammelt werden, wünschenswert, um präzisere Zusammenhänge der postoperativen Lebensqualität mit der Fülle an angebotenen operativen Verfahren darstellen zu können und dem Patienten hinsichtlich einer informierten Entscheidung besser helfen zu können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass während die Spaltung von simplen Fisteln postoperativ eine gute Lebensqualität bedeutet, bei komplexen Fisteln nach Konditionierung mit einem Comfort-Drain, vor allem bei bestehenden Risikofaktoren für postoperative Inkontinenz sphinktersparende Verfahren angestrebt werden sollten, um eine zufriedenstellende postoperative Lebensqualität zu ermöglichen.

Ein präoperatives Aufklärungsgespräch muss die Erfolgsraten von alternativen chirurgischen Verfahren, die potentielle Auswirkung auf die Stuhlinkontinenz und in weiterer Folge die postoperative Lebensqualität beinhalten. □

#### REFERENZEN:

1. Garcia-Olmo D. et al. (2019), Adv. Ther. 36: 3503-3518
2. Schwandner O. (2019), Der Chirurg. 90: 270-278
3. Ferrer-Marquez M. et al. (2018), Cir. Esp. 96(4): 213-220
4. Owen H.A. et al. (2016), Colorectal Dis. 19, 563-569
5. Visscher A.P. (2015), Dis. Colon Rectum 58(5): 533-539

#### KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. Günther Klimbacher**  
Kepler Universitätsklinikum Linz  
Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie  
Krankenhausstrasse 9  
4020 Linz  
E-Mail: guenther.klimbacher@kepleruniklinikum.at

# 20. Österreichischer Chirurgentag

Neuer Termin: 25.–26. März 2021  
Congress Casino Baden



27. März 2021

10. Forum Niedergelassener Chirurgen

gemeinsam mit:



Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgie (ÖGCH)

  
Akademie

[www.boec.at](http://www.boec.at)

## Themen der Zeit

**Das Grüne Krankenhaus**

Evangelisches Krankenhaus Hubertus, Berlin –  
Pionierarbeit mit viel persönlicher Motivation



Das Evangelische Krankenhaus Hubertus engagiert sich seit 20 Jahren erfolgreich im Klimaschutz und ist bundesweiter Vorreiter im Energiesparen. Dafür wurde die Klinik 2019 bereits zum vierten Mal mit dem Gütesiegel „Energie sparendes Krankenhaus“ vom Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND) e. V. ausgezeichnet. Eine besondere Bestätigung des unermüdlichen Bestrebens nach Umweltschutz erfuhr das Krankenhaus – als einziges deutsches Krankenhaus – Ende dieses Jahres durch die Verleihung der Silbermedaille im Rahmen der Climate Champions Awards 2020. Diese Auszeichnung wird jährlich vom internationalen Umweltschutz-Netzwerk Health Care Without Harm (HCWH) vergeben.

**Der Weg zum Grünen Krankenhaus**

Da Gesundheitseinrichtungen grundsätzlich große Energieverbraucher sind, stellte sich die Krankenhausleitung des Evangelischen Krankenhauses Hubertus Anfang der 2000er Jahre die Frage wie man den Wandel zu einer klimafreundlichen Gesundheitsversorgung initiieren und realisieren könnte. In einem ersten Schritt wurden die Energie-

seither kontinuierlich fortgesetzt. Insgesamt reduzierten sich der Strombezug des Krankenhauses um 75 Prozent und die Energiekosten um 43 Prozent. Das Herzstück der Bemühungen bildet das haus-eigene Blockheizkraftwerk, welches rund zwei Drittel des Stromverbrauchs sowie die Hälfte des jährlichen Heizbedarfs des 200-Betten-Klinikums deckt. Zum Konzept



Park Evangelisches Hubertus Krankenhaus, Berlin

versorgung des Krankenhauses optimiert und die Heizanlagen modernisiert. Damit gelang es den Ausstoß von CO<sub>2</sub>-Emissionen um mehr als 50 Prozent zu reduzieren. Der Energieverbrauch des Krankenhauses sank im Zeitraum von 2000 bis 2001 um mehr als 30 Prozent, der jährliche CO<sub>2</sub>-Ausstoß sank um 2.600 Tonnen bzw. 37 Prozent. Ein vielversprechender Anfang war gemacht.

Die Maßnahmen zur Senkung von Energieverbrauch und CO<sub>2</sub>-Ausstoß wurden

gehört zudem das kontinuierliche Modernisieren der technischen Ausstattung. Um Trinkwasser zu sparen, wird die sechs Hektar große Parkanlage des Hauses seit 2010 überwiegend mit Regenwasser aus einem umfunktionierten Öltank auf dem Klinikgelände bewässert. Mit einer Größe von 22 x 5,6 m fasst das Regenwasserrückhaltebecken rund 1,4 Millionen Liter. Aus ihm wird neben der Parkbewässerung auch das Feuerlöschsystem gespeist.

**Maßnahmen zur Senkung des Energieverbrauchs im Detail**

- Reduktion von Druckverlusten an den Lüftungsanlagen
- bedarfsgerechte Regelung der RL-Anlagen durch Frequenzumformer
- hydraulische Umbauten im Bereich Heizung, Warmwasserbereitung und Dampfversorgung sowie Optimierung der Kesselfolgeschaltung
- hydraulische Umbauten im Bereich der Kaltwassernetze
- Umbau eines Notstromdiesel-Moduls zum Blockheizkraftwerk (BHKW)
- Ersatz des Notstromdiesel-BHKW im Jahr 2004 durch ein neues Erdgas-BHKW mit einer Leistung von 330kW elektrisch und 450kW thermisch
- Errichtung einer DDC-Anlage zur energieoptimierten Steuerung und Regelung aller Gewerke
- Ersatz der alten Kolbenkältemaschine durch einen energieeffizienten Schraubenverdichter mit Kältemittel R134a
- Ersatz der Kaltwasserpumpe und der Kühlwasserpumpe durch energieeffiziente drehzahlgeregelte Pumpen
- Ersatz des alten Kühlturms durch einen neuen mit drehzahlgeregelten Ventilatoren



### › Einrichtung Stabstelle Klimamanagement

In diesem Jahr hat die Klinik mit der Schaffung der Stabstelle Klimamanagement einen weiteren wichtigen Schritt hin zum „Grünen Krankenhaus“ gemacht. Denn man ist sich bewusst, dass die Mitarbeiter\*innen einen großen und essentiellen Puzzlestein des Klimaschutzprojektes darstellen.

57,5 Millionen Tonnen „medizinisches“ CO<sub>2</sub> produziert der deutsche Gesundheitssektor jährlich – und ist damit für mehr Treibhausgas verantwortlich als der Flugverkehr oder die Schifffahrt (Quelle: „Health Care Without Harm“, 2019). „Krankenhäuser sind Arbeitsorte, an denen wir naturgemäß das Gefühl haben, etwas Gutes zu tun. Dass wir ein entscheidender Mitversacher von Kohlenstoffemissionen sein könnten, möchten wir ungern wahrhaben. Dabei gehören wir zu den Ersten, die die



Evangelisches Hubertus Krankenhaus, Berlin

Folgen des Klimawandels spüren werden. Beispielsweise durch die steigende Anzahl von Hitzeopfern oder durch neue Erkrankungen wie dem Denguefieber, das sich aufgrund der Erwärmung auch in Deutschland ausbreiten könnte“, sagt Laura-Marie Strützke, die Klimamanagerin der Klinik. Die Gesundheits- und Krankenpflegerin arbeitet seit sechs Jahren im Evangelischen Krankenhaus Hubertus. Die Motivation für ihre neue Aufgabe begann im Privaten: „Während der letzten Jahre habe ich angefangen, umzudenken und nachhaltiger zu leben. Mit meiner neuen Position habe ich die nun Möglichkeit, mein persönliches Engagement auch beruflich einsetzen zu können.“ Geschäftsführer Dr. med. Matthias Albrecht: „Als diakoni-



### Über das Evangelische Krankenhaus Hubertus

Das Evangelische Krankenhaus Hubertus in Berlin-Zehlendorf, ein Unternehmen der Johannesstift Diakonie, ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin und Mitgliedshaus der Wannsee-Schule für Gesundheitsberufe.

In dem 1931 gegründeten Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 200 Bet-

ten werden jährlich etwa 6.500 Patienten stationär und 13.000 Patienten ambulant versorgt. Zum Evangelischen Krankenhaus Hubertus gehört das dreifach zertifizierte Gefäßzentrum Berlin-Brandenburg. Weitere Behandlungsschwerpunkte sind die Altersmedizin, die Innere Medizin inklusive Kardiologie sowie Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparats.



### Über Healthcare without Harm

**Health Care Without Harm (HCWH)** ist ein weltweites, gemeinnütziges Netzwerk von Krankenhäusern und Gesundheitsdienstleistern, Gesundheitssystemen, lokalen Behörden, Forschungs- und Akademiejnrichtungen sowie Umwelt- und Gesundheitsorganisationen mit derzeit 151 Mitgliedern in 33 Ländern. Das gemeinsame Ziel ist es, das Gesundheitswesen weltweit so zu reformieren, dass es seinen ökologischen Fußabdruck reduziert und

somit zu einem führenden Motor in der globalen Bewegung für Nachhaltigkeit, Umweltgesundheit und -gerechtigkeit wird. Dazu gehört auch weltweites politisches Engagement. HCWH Europe wurde 2003 gegründet und konzentriert sich auf politische Lobbyarbeit und die Umsetzung nachhaltiger Praktiken im europäischen Gesundheitswesen.

Mehr Informationen finden Sie hier: <https://noharm-europe.org/>

sche Einrichtung ist es uns ein Anliegen, so schonend und nachhaltig wie möglich mit vorhandenen Ressourcen umzugehen. Allein weil wir hier am Standort von wunderschöner Natur umgeben sind, fühlen wir uns dem Umweltschutz besonders verpflichtet.“

### Spar-Stellschrauben: Vom Papierkorb bis zu Narkosegasen

Es gilt nun weitere Klimaschutzziele zu formulieren und umzusetzen – von der Küche bis zur Verwaltung: „Zum Beispiel planen wir, unsere Mülltrennung und -verwertung zu verbessern, Plastik und Abfälle bei der

Speisenversorgung zu reduzieren sowie die Beleuchtung im Haus nachhaltiger zu gestalten.“ Langfristig arbeitet das Haus auch auf größere Maßnahmen hin, wie dem Einsatz von erneuerbaren Energien oder Recycling von Narkosegasen. Schritt für Schritt soll sich umweltbewusstes Arbeiten im Evangelischen Krankenhaus

Hubertus etablieren. Die Klimamanagerin ist sich bewusst, dass der Weg dahin nur über die Mitarbeitenden führt: „Zunächst möchte ich meine Kolleginnen und Kollegen für das Thema begeistern. Ich werde Vorbehalte nehmen und Mut machen, dass jeder Einzelne etwas bewirken kann. Dazu genügen kleine Veränderungen im Alltag,

die leicht umzusetzen sind. Auch der Aufbau eines breiten Netzwerkes ist wichtig, denn Klimaschutz kann nur gelingen, wenn alle Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen an einem Strang ziehen. So kann aus ganz viel Kleinem schnell etwas Großes werden.“ □



[klimamanagement.hubertus@jsd.de](mailto:klimamanagement.hubertus@jsd.de)  
[www.jsd.de/hubertus](http://www.jsd.de/hubertus)



Seit 2001 tragen wir das Siegel „Energie sparendes Krankenhaus“.

Unsere 6 Hektar große Grünfläche wurde 2009 vom BUND als „Naturnahe Parkanlage“ gewürdigt.



Reduzierung des Ausstoßes von CO<sub>2</sub>-Emissionen um mehr als 50 Prozent nach Abschluss eines Energiesparvertrages.



Seit 2010 erfolgt die Bewässerung der Gartenanlagen und das Speisen des Feuerlöschsystems mit gesammeltem Regenwasser.

Mit Unterstützung unseres Klimamanagements setzen wir uns kontinuierlich dafür ein, noch umweltfreundlicher zu werden.



# Ihr umweltfreundliches Krankenhaus

© Evangelisches Hubertus Krankenhaus, Berlin

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN ZUM EVANGELISCHEN HUBERTUS KRANKENHAUS ERHALTEN SIE HIER:

**Cornelia Seifert**

Leitung Marketing der Krankenhäuser  
 Zentrale Dienste Kommunikation und Marketing  
 Johannesstift Diakonie gAG  
 Siemensdamm 50  
 13629 Berlin  
 E-Mail: [Cornelia.Seifert@jsd.de](mailto:Cornelia.Seifert@jsd.de)

27. März 2021

# 11. Forum Niedergelassener Chirurgen

Congress Casino Baden



in Kooperation mit:



Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgie (ÖGCH)

[www.boec.at](http://www.boec.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:  
Bettina Pugn

### REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG

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

### REDAKTIONSTEAM

Dr. Michael de Cillia  
KH der Barmherzigen Brüder Salzburg

Priv. Doz. Dr. Georg Györi  
Medizinische Universität Wien

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

Dr. Elisabeth Gschwandner  
Medizinische Universität Graz

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

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

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

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

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

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

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

OA Dr. Karl-Franz Wollein  
Evangelisches Krankenhaus Wien

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

### BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT

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



### GRAFIK

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



### DRUCK

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



Namentlich gekennzeichnete Informati-  
onen geben die Meinung des Autors und  
nicht unbedingt der Redaktion wieder.

Bild Titelseite und Weltkarte S. 24,  
Grafik S. 26 © istockphoto.com



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

## Im Portrait

Autoren: P. Götziner, St. Pölten,  
A. Balogh, Wien



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

### Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Götzinger, St. Pölten

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Ich wurde durch mein familiäres Umfeld beeinflusst. Das aus meiner Sicht Attraktive am Fach Chirurgie ist die Möglichkeit den Behandlungsbogen von der Diagnostik über die Operation bis hin zur Entlassung aktiv selbst zu gestalten. Das Resultat der Arbeit ist unmittelbar zu erkennen

und ermöglicht einem durch ehrliche Betrachtung sich stetig weiter zu entwickeln.

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Mein Vater.

Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?

Ehrlichkeit und Empathie im Umgang mit dem Patienten und mit sich selbst. Entscheidungsfreudigkeit, Ausdauer, Durchhaltevermögen, Bereitschaft zur Fortbildung und die Fähigkeit sich trotz Schwierigkeiten nicht die Schneid abkaufen zu lassen.

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Durch eine verständnisvolle Ehefrau (Danke!)

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Menschlichkeit (nicht nur Maschinen), ein ehrliches Miteinander und mehr bewilligte Arbeitszeit für die Ausbildung.

Ihr Lebensmotto?

Mehr Sein als Schein („esse quam videri“)



### Dr. Andreas F. Balogh, Wien

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Die Faszination für die menschliche Anatomie hat sich sehr bald im Studium ergeben. Ich schätze darüberhinaus das für die Chirurgie nötige handwerkliche Geschick in Kombination mit medizinischem Wissen sehr und habe Spaß am Operieren, was letztlich dazu geführt hat, dass ich mich für die Chirurgie entschieden habe.

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Dr. Todd Quinlan, Scrubs.

Spaß beiseite, eine definierte chirurgische Persönlichkeit, die mich beeinflusst hat gibt es nicht. Einige Kolleginnen und Kollegen, die ich bisher kennenlernen bzw. mit denen ich zusammenarbeiten durfte, haben mich jedoch beeindruckt und inspiriert, wofür ich sehr dankbar bin.

Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?

Das bereits erwähnte handwerkliche Geschick, medizinisches Wissen und – für jede Ärztin, jeden Arzt relevant – Empathie. Unsere Alltags-tätigkeit stellt für Patientinnen und Patienten doch immer eine Ausnahmesituation dar, das sollte man nicht vergessen.

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Ohne Probleme. Ich achte darauf, dass genug Zeit abseits des Berufslebens für private Aktivitäten bleibt. Überschneidungen gibt es in zwei Szenarien: Wenn private Aktivitäten mit Kolleginnen oder Kollegen, die zu Freundinnen und Freunden geworden sind anstehen (was derzeit den Umständen geschuldet sehr selten vorkommt) oder wenn ich in meiner Freizeit, selten aber doch, müde und angestrengt vom Arbeiten zur Belohnung Schuhe kaufe.

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Junge, motivierte Chirurgeninnen und Chirurgen, die zu alten, weisen und immer noch motivierten Chirurgeninnen und Chirurgen werden.

Ihr Lebensmotto?

Shoes. Omg. Shoes!

Ich habe tatsächlich kein Lebensmotto, versuche jedoch, stets positiv auf mein Umfeld einzuwirken.



Dr. Andreas F. Balogh,  
Wien

# Über Ausbildung, Bildungs-aus und Babyelefanten

Autoren: M. de Cillia, Salzburg, D. Duller, Graz

Das Jahr 2020 war geprägt von der alles vereinnahmenden Pandemie rund um das Virus Sars-CoV-2, mit all dem Leid, das es über die Betroffenen brachte, den drastischen Folgen im Gesundheits-, Kranken- und Pflegewesen als auch dem wirtschaftlichen Einbruch.

Diese „neue Realität“ traf einen weiteren Grundpfeiler unserer Gesellschaft besonders hart. Einerseits das Bildungswesen, dessen Ruf in der Bevölkerung in den letzten Wochen und vor allem kurz vor dem zweiten harten Lockdown immer lauter wurde, andererseits Ausbildungskonzepte per se.

Über lange Zeit entworfene und Anfang diesen Jahres eben noch korrigierte Richtzahlen der chirurgischen Ausbildungsordnung traten plötzlich in den Hintergrund. Notwendigerweise wurde auf Notfallbetrieb reduziert, neue Tätigkeitsfelder für Assistentinnen und Assistenten auf Überwachungs- oder Intensivstationen wurden geschaffen.



Abbildung 1



Abbildung 2

Geregelte oder strukturierte Ausbildungskonzepte wurden pausiert. Im Gespräch mit jungen Kolleginnen und Kollegen profitierten einige durch eine höhere Anzahl von Akuteingriffen in sonst vor allem auf Elektivchirurgie ausgerichteten Häusern. Anderen war es möglich durch eine Split-Team Einteilung erstmals bei radikal onkologischen Eingriffen als 1. Assistenz am Tisch zu stehen. Dem gegenüber steht die Tatsache, dass gerade Ausbildungseingriffe de facto nicht vorhanden waren, da diese als Erstes von den OP Plänen genommen wurden, um Platz und Ressourcen im OP und stationären Betrieb zu schaffen.

Die junge Garde der Chirurgie war also hungrig auf Fort- und Weiterbildung. Dies zeigte sich auch in der hohen Teilnehmerzahl des diesjährigen Österreichischen Chirurgenkongress im Hybridformat. Der Wissensdurst nach Wissenschaft war gestillt, doch was blieb war das nervöse

Kribbeln in den Fingern. Einige knüpften und anastomosierten sich diese freudige Erregung bei Kursen in den Schweizer Alpen von den Fingern, doch es wird noch mehr dieser Kurse benötigen und mit Sicherheit in Zukunft geben.

Auch die Young Surgeons werden Wege finden, wie sich Ausbildung und Hands On Kurse, allen Sicherheitsstandards entsprechend, umsetzen lassen. Händedesinfektion und Mundnasenschutz zu tragen stellt für die wenigsten ChirurgInnen eine große Herausforderung dar. Den Umgang mit Babyelefanten überlassen wir aber lieber unseren Kollegen der Veterinärmedizin.

Weil Vorfreude oft die schönste ist, möchten wir euch schon jetzt mit einem lebendigen Erfahrungsbericht eines jungen Kollegen aus der Steiermark, Dr. David Duller, Lust auf die neue Fortbildungssaison machen. □

## KORRESPONDENZADRESSEN



**Dr. David Duller**

KH der Elisabethinen  
Abteilung für Chirurgie  
Elisabethinergasse 14  
8020 Graz  
E-Mail: david.duller@elisabethinen.at



**Dr. Michael de Cillia**

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

## Erfahrungsbericht Laparoskopie Grundkurs im KH der Elisabethinen

*Für mich war der laparoskopische Grundkurs am KH der Elisabethinen der erste postgraduelle Kurs den ich besuchte, obwohl ich zu dieser Zeit noch nicht promoviert hatte. Dennoch wurde mir die Möglichkeit gegeben an dem Kurs teilzunehmen. Und davon konnte ich nur profitieren, da der Kurs nicht nur für angehende oder fortgeschrittene Chirurgen, sondern auch für chirurgisch interessierte Studenten viele Möglichkeiten bot sein Wissen zu erweitern und seine praktischen Fähigkeiten auf die Probe zu stellen. Die begrenzte Anzahl an Teilnehmern des Kurses machte es umso angenehmer, da man schnell auch miteinander in Kontakt kam und sich austauschen konnte.*

*Über den Kurs habe ich durch einen Freund erfahren, der bereits Mitglied der Young Surgeons Austria war. So wurde ich auch aufmerksam auf die Website der YSA und auf deren Facebook Seite und konnte mir so weitere Informationen zum Kurs einholen. Über die Website der YSA, die zudem eine Fülle an weiteren Fortbildungen und Informationen bietet, konnte ich mich sodann auch rasch und unkompliziert für den Kurs einschreiben.*

*Bereits die ersten theoretischen Einheiten lehrten mich in einem angemessenen Umfang die Grundlagen der laparoskopischen Chirurgie. Und die darauffolgenden Möglichkeiten der praktischen Übung suchen ihresgleichen. Denn ob alleine oder zu zweit, bot sich allen Teilnehmern, ohne Wartezeit, die Gelegenheit an verschiedensten Simulatoren den Umgang mit den laparoskopischen Instrumenten zu festigen oder zu erlernen. Sei es an simplen Modellen zuerst die Führung der Instrumente zu üben, oder sich an den laparoskopischen Nahttechniken zu versuchen. Ebenso konnte man in Zweier-Teams an speziellen Simulationsabdomen eine Gastroen-*

*terostomie durchführen, was mich jedoch schnell an die Grenzen meiner Unerfahrenheit und an die Belastbarkeit meiner Schultermuskulatur stoßen ließ. Sehr beeindruckt hat mich die digitale Simulation von laparoskopischen Übungen und Eingriffen, die einem unvermutet ein Gefühl für die Tiefe von darzustellenden Strukturen gab.*

*Da der Kurs während des normalen OP- Betriebes durchgeführt wurde, gab man uns die Gelegenheit, die Operationen nicht nur live zu verfolgen, sondern auch die eine oder andere Operation zu assistieren. Zusätzlich wurden alle Operationen live kommentiert und detailliert erklärt.*

*Während all dieser Zeit, sei es während der Operationen oder während der praktischen Übungen, gab es immer jemanden der chirurgischen Mannschaft, der uns mit Rat und Tat zu Seite stand. Dabei wurde niemand bevorzugt, oder ich als Student nachrangig behandelt. Das führte während der Tage des Kurses zu einem äußerst angenehmen Klima, zwischen Teilnehmern, Lehrenden und natürlich auch den Vertretern der laparoskopischen Produkte, die mit großem Interesse jedem Teilnehmer ihre Expertise vermittelten.*

*Bei den beiden Abendveranstaltungen konnte man die vielen Übungsstunden gemeinsam Revue passieren lassen, Meinungen austauschen und vor allem einem gemütlichen Abend miteinander genießen.*

*Alles in allem kann ich sagen, dass ich sehr von dem Kurs profitiert habe, mir viel theoretisches wie auch praktisches Wissen aneignen konnte, und dass ich den Kurs jedem chirurgisch Interessierten wie auch Chirurgen empfehlen kann. Ich werde ihn definitiv erneut besuchen.*

**Nähere Informationen zu der derzeitigen Kurslandschaft in Österreich findet ihr im regelmäßig aktualisierten Fortbildungskalender der Young Surgeons Austria!**

[www.youngsurgeons-austria.at](http://www.youngsurgeons-austria.at)

*Gut Schnitt ins neue Jahr!*

Eure YSA

# Digital Transformation

*What's next?*

**öck**

2021

**62. Österreichischer  
Chirurgenkongress**  
08. – 11. Juni 2021  
Salzburg Congress

**Kongresspräsident:**  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel

**Kongress-Sekretäre:**  
Priv.-Doz. Dr. Oliver Koch, FEBS  
FA Dr. Michael Weltzendorfer, PhD  
Ass. Dr. Michael Grechenig  
Ass. Dr. Ricarda Gruber

[www.chirurgenkongress.at](http://www.chirurgenkongress.at)

Kongressbüro:  
Wiener Medizinische Akademie GmbH  
Bianca Theuer, BA, +43 1 405 0 83 13  
chirurgenkongress@wma.com



# acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

Austrian Society of Surgical Oncology

[www.aco-asso.at](http://www.aco-asso.at)

## ACO-ASSO - Preis 2021

### der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO) schreibt hiermit für das Jahr 2021 den ACO-ASSO-Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen chirurgischen Onkologie aus. Der Preis ist mit € 3.000,- dotiert.

#### Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Richtlinien:

- Der Erstautor der eingereichten Arbeit muss Mitglied der ACO-ASSO sein. Eine zum Zeitpunkt der Einreichung bereits erworbene Habilitation stellt einen Ausschlussgrund dar.
- Es darf nur eine Arbeit pro Teilnehmer eingereicht werden.
- Die Einreichung von Gemeinschaftsarbeiten ist möglich, Erst- und/oder Seniorautor sollen jedoch chirurgische OnkologInnen sein.
- Die eingereichte Arbeit muss im Jahr 2019 oder 2020 in einem peer-reviewed Journal publiziert worden sein und darf nur für den ACO-ASSO-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie eingereicht werden. Arbeiten, die auch für Preise und Auszeichnungen anderer Gesellschaften eingereicht wurden oder werden, sind ausgeschlossen.
- Manuskripte oder Sonderdrucke müssen bis zum **31.03.2021** beim Generalsekretär der ACO-ASSO, **Herrn Prim. Univ. Prof. Dr. Klaus Emmanuel** per Email: [k.emmanuel@salk.at](mailto:k.emmanuel@salk.at) eingereicht werden.
- Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine vom Präsidenten der ACO-ASSO eingesetzten Jury, deren Zusammensetzung anonym bleibt.
- Die eingereichten Arbeiten werden den Juroren anonymisiert übergeben, die Bewertung erfolgt unabhängig voneinander.
- Jeder Juror bewertet die Arbeiten entsprechend einer Reihung der drei besten Publikationen (1.–3.)
- Sind mehrere Arbeiten in der Bewertung ebenbürtig, kann der Preis durch den Vorstand der ACO-ASSO geteilt werden.
- Die Überreichung des Preises erfolgt im Rahmen des 62. Österreichischen Chirurgenkongresses (8. – 11. Juni 2021, Salzburg).

[www.aco-asso.at](http://www.aco-asso.at)

**Univ.-Prof. Dr. Sebastian Schoppman**

Präsident der ACO-ASSO

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel**

Generalsekretär der ACO-ASSO

## Hospitation und Research Fellowship am Verbrennungszentrum des Universitätsklinikums Uppsala, Schweden

Autor: C. Smolle, Graz



Schon im Studium hat in mir der Besuch einer wissenschaftlichen Tagung über Brandverletzungen das Interesse am Fach Plastische Chirurgie und insbesondere dieser Thematik geweckt. Schwere Verbrennungen gehen trotz der großen Fortschritte der vergangenen Jahrzehnte in der Prävention und Behandlung nach wie vor mit einer hohen Morbidität und Mortalität einher. Jüngste Forschungsarbeiten befassen sich zunehmend mit dem Thema Wundheilung, da auch bei vollständiger Ausschöpfung aller intensivmedizinischer Maßnahmen nur ein rascher Wundverschluss die Patienten vor septischen Komplikationen, die nach wie vor die Haupttodesursache darstellen, schützen kann (1,2).

Nachdem ich am Kongress der European Burns Association (EBA) 2015 Professor Fredrik Huss, den Leiter des Verbrennungszentrums der Abteilung für Plastische Chirurgie in Uppsala, kennengelernt hatte und in weiterer Folge einen Teil meines klinisch-praktischen Jahres dort verbringen durfte, wurde der Kontakt nach Antritt meiner Facharztausbildung intensiviert und gemeinsam eine sechsmonatige Hospitation geplant. Vorweg sei erwähnt, dass ich für diese Hospitation sowohl von Seiten meiner Stammabteilung, als auch von Seiten der Abteilung in Uppsala reichlich Unterstützung bei der Organisation erhielt.

Uppsala ist mit ca. 150.000 Einwohnern die viertgrößte Stadt Schwedens und liegt etwa 70 Kilometer nördlich von Stockholm in Mittelschweden. Als älteste noch als solche existierende Universitätsstadt Skandinaviens ist sie der Sitz der Universität Uppsala und der Schwedischen Universität für Agrarwissenschaften, und bekannt für seine Studenten und deren „Nationen“ (zu Deutsch Hochschülerschaften).

Das Universitätsklinikum Uppsala (Akademiska Sjukhuset) versorgt mit etwa 940 Betten und 8.000 Angestellten ein Einzugsgebiet von 2 Millionen Einwoh-

nern. Das Verbrennungszentrum Uppsala übernimmt dabei gemeinsam mit dem Verbrennungszentrum Linköping seit 2012 landesweit den Versorgungsauftrag für Brandverletzungen. Damit werden pro Jahr in Uppsala etwa 120 Brandverletzte stationär behandelt. Das Verbrennungszentrum selbst ist baulich von der restlichen plastischen Chirurgie getrennt und autark und verfügt über sieben Intensivbetten, einen Wundversorgungsraum, sowie einen eigenen Operations-Bereich und separate Ambulanz-Räumlichkeiten für Verbrennungspatienten.



Bild 1: Das Universitätsklinikum Uppsala (Akademiska Sjukhuset)



Bild 2: Morgenbesprechung am Verbrennungszentrum Uppsala



Bild 3: Operationssaal des Verbrennungszentrums Uppsala

Ich konnte meine Hospitation im Juli 2019 antreten und wurde von Anfang an als vollwertiges Mitglied der Abteilung vollständig in den Arbeitsalltag am Verbrennungszentrum integriert. Neben Aufgaben der Patientenversorgung, wie der Beurteilung und Behandlung von Brandwunden bei ambulanten Patienten, der täglichen Intensivvisite und Therapieplanung, sowie einer Vielzahl unterschiedlicher Operationen, durfte ich auch Aufgaben in der Forschung und Lehre übernehmen. In einer Literaturarbeit konnten wir unter anderem nachweisen, dass im Gegensatz zur Gesamt-Brandverletztenpopulation das Outcome nach Brandverletzungen bei Patienten im Alter über 60 in den vergangenen zwei Jahrzehnten nicht verbessert werden konnte – der Grund für diese Beobachtung ist die Basis weiterer gemeinsamer Forschungsprojekte. So soll in einer weiteren prospektiven Studie die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Brandverletzungen bezogen auf Alter und Geschlecht, aber auch in Hinblick auf das Verletzungsausmaß im Ländervergleich untersucht werden. Die Ergebnisse anderer gemeinsamer Projekte durfte ich auf dem Kongress der EBA im September 2019 in Helsinki präsentieren. Im Rahmen dieser Veranstaltung hatte ich zudem die Möglichkeit den Emergency Management in Severe Burns (EMSB) Course zu absolvieren und weitere Kollegen aus dem skandinavischen Raum kennenzulernen.

Die sechsmonatige Hospitation in Schweden war für mich eine bereichernde Erfahrung in vielerlei Hinsicht: Ich hatte Gelegenheit mein Wissen in der Therapieplanung von Brandverletzten zu vertiefen, und gelernte Operationstechniken im Zuge vieler Eingriffe zu festigen. Zugleich konnte der Grundstein für die weitere wissenschaftliche Zusammenarbeit

und klinischen Austausch gelegt werden. Persönlich besonders wertvoll sind für mich sicherlich die neu geknüpften Kontakte zu überaus netten Kolleginnen und Kollegen, sowie die Einblicke in die skandinavische Lebensart, die sich nicht nur im privaten Umfeld, sondern auch im Beruf in Form von Offenheit und Hilfsbereitschaft widerspiegeln. □

#### REFERENZEN:

1. Kamolz L-P: Burns: learning from the past in order to be fit for the future. *Crit Care Lond Engl.* 2010;14(1):106.
2. Smolle C, Cambiaso-Daniel J, Forbes AA, Wurzer P, Hundeshagen G, Branski LK, et al. Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. *Burns J Int Soc Burn Inj.* 2017 Mar;43(2):249–57.



Bild 4: Uppsala University Hospital (Akademiska Sjukhuset)

#### KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. med. univ. Christian Smolle**  
Klinische Abteilung für Plastische,  
Ästhetische und Rekonstruktiver Chirurgie  
Universitätsklinik für Chirurgie  
Medizinische Universität Graz  
Auenbruggerplatz 29/4, 8036 Graz  
E-Mail: christian.smolle@medunigraz.at



*Ernennung*

*Univ.-Prof. Dr. Freyja Smolle-Jüttner*

Frau Univ.-Prof. Dr. Freyja Smolle-Jüttner, Leiterin der klinischen Abteilung für Thoraxchirurgie an der MedUniGraz und Past-Präsidentin der ÖGCH, wurde zur **Präsidentin der Ludwig Boltzmann Stiftung** ernannt. Die ÖGCH gratuliert herzlichst!



*Ernennung*

*Univ.-Prof. Dr. Manfred Frey*

Herr Univ.-Prof. Dr. Manfred Frey, em. Leiter der klinischen Abteilung für Plastische Chirurgie an der MedUniWien und Past-Präsident der ÖGCH, wurde zum **Ehrenmitglied des American College of Surgeons (ACS)** ernannt. Die ÖGCH gratuliert herzlichst!



Der Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)  
und die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie  
(ÖGCH) wünschen Ihnen

*Frohe Feiertage  
und ein glückliches  
Neues Jahr!*



# BÖC Akademie Webinare



Donnerstag 18:00–19:00



© shutterstock

## Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Nach erfolgreichem Kick-Off unserer BÖC Akademie Webinar-Fortbildungsreihe im Sommer 2020, konnten wir während der letzten Wochen stetig steigende Teilnehmerzahlen verbuchen.

Vor allem die zwei Educationals zu Cholecystektomie und Anastomosentechniken, die als Überbrückung der Wartezeit bis zum nächsten Chirurtag am 25. und 27. März 2021 dienen sollten, erfreuten sich großer Beliebtheit.

Seit 18. Juni 2020 haben wir 14 Webinare mit State of the Art-Vorträgen zu ausgewählten chirurgischen Themen abgehalten. Knapp 1000 TeilnehmerInnen haben online die Vorträge verfolgt und so auch unmittelbar DFP Punkte auf ihr Konto gebucht bekommen.

Wir hoffen Sie auch in Zukunft am Donnerstagabend begrüßen zu dürfen und präsentieren Ihnen hier das Programm für die nächsten Wochen. Wir bedanken uns für Ihr zahlreiches Feedback nach den Webinaren, wodurch auch Sie die Themen wesentlich mitgestaltet haben.

Sollten Sie einmal ein Webinar, das für Sie von besonderem Interesse ist, verpassen, können Sie es problemlos nach Registrierung zu einem späteren Zeitpunkt auf unserer [www.boec.at](http://www.boec.at) online streamen. Dieser Service ist kostenlos.

Thema	Termin	Vortragende(r)
Risikoassessment vor Leberresektionen – vom Minimum zum Maximum!	07.01.2021	Assoc.Prof. PD Dr. Patrick Starlinger, Medizinische Universität Wien
Update onkologische Rektumchirurgie	21.01.2021	Prim. Priv. Doz. C. Ausch, OÄ Dr. M. Lechner, Göttlicher Heiland Krankenhaus Wien
Semesterferien	Februar 2021	kein Programm
Chirurgische Funktionsdiagnostik	04.03.2021	Priv. Doz. Dr. Ivan Kristo, Medizinische Universität Wien
Hernienchirurgie – What’s New? What’s Hot?	18.03.2021	Prim. Priv. Doz. Dr. Herwig Pokorny, Franziskusspital Wien
Gefäßchirurgisches Thema	01.04.2021	N.N.
Hämangiome und Vaskuläre Malformationen	15.04.2021	Dr. Julia Roka-Palkovits, Dr. Wolfgang Matzek, Wien
Laparoskopische Hemikolektomie rechts	29.04.2021	Prim. Univ. Doz. Dr. Andreas Shamiyeh, Kepler Universitätsklinikum Linz

Für laufende Informationen folgen Sie uns auf Twitter unter [@boecakademie](https://twitter.com/boecakademie). Wir bieten weiterhin die Webinare kostenlos an, selbstverständlich können sich auch Nicht-BÖC-Mitglieder registrieren. Details zur Registrierung und das jeweils aktuelle Programm entnehmen Sie bitte unserer Website [www.boec.at](http://www.boec.at)

Hochachtungsvoll

**Georg Györi**

Leiter BÖC Akademie

## ÖGCH-Veranstaltungen & assoziierte Fachgesellschaften/ Arbeitsgemeinschaften der ÖGCH

**25. BIS 26. MÄRZ 2021 (NEUER TERMIN!)**

**20. Österreichischer Chirurgetag**

27. März 2020

**10. Forum Niedergelassener Chirurgen**

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

08. bis 11. Juni 2021

**62. Österreichischer Chirurgenkongress (ÖGCH-Jahrestagung)**

Ort: Wien, Messe Wien  
Kongresspräsident: Prim. Univ. Doz. Dr. Klaus Emmanuel  
Info: Wiener Medizinische Akademie, Bianca Theuer, Alser Straße 4, A-1090 Wien,  
Tel: +43 1 405 13 83 12  
E-Mail: bianca.theuer@medacad.org  
Info: www.chirurgenkongress.at

07. bis 09. Oktober 2021

**37. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)**

Thema: Chirurgische Behandlung von GIST, NET und Sarkom  
Ort: St. Wolfgang  
Info: www.aco-asso.at

07. bis 09. Oktober 2021

**57. ÖGU & 2. ÖGOUt Jahrestagung**

Thema: Minimalinvasive Unfallchirurgie & Orthopädie  
Ort: Salzburg  
Info: www.unfallchirurgen.at

## SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

04. bis 06. Februar 2021

**23. Internationales Endoskopie Symposium**

Ort : online  
Info : www.endo-duesseldorf.com

25. bis 27. Februar 2021

**14. Endoprothetikkongress Berlin**

Ort : Berlin  
Info : www.endokongress.de

08. bis 10. April 2021

**50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V.**

Ort : Würzburg (Hybridkongress)  
Info : www.dge-bv.de

13. bis 16. April 2021

**138. Deutscher Chirurgen Kongress**

Ort : online  
Info : www.dck2021.de

25. bis 27. April 2021

**21<sup>st</sup> European Society for Trauma & Emergency Surgery**

Ort : Oslo  
Info : www.estesonline.org

29. bis 30. April 2021

**Eurospine Spring Specialty Meeting 2021**

Ort : Frankfurt  
Info : www.eurospinemeeting.org/frankfurt2021

29. April bis 01. Mai 2021

**68. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.**

Ort : Baden-Baden  
Info : www.vsou-kongress.de

06. bis 08. Mai 2021

**61. Symposium der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie**

Ort : Bozen  
Info : www.dah.at

11. bis 14. Mai 2021

**19<sup>th</sup> ESSKA Congress**

Ort : Milan  
Info : www.esska-congress.org

27. bis 29. Mai 2021

**31<sup>st</sup> EURAPS Annual Meeting**

Ort : Athen  
Info : www.euraps.org

01. bis 03. Juni 2021

**Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie**

Ort : Davos  
Info : www.chirurgiekongress.ch

11. bis 12. Juni 2021

**Endoskopie live**

Ort : Berlin  
Info : www.endoskopie-live-berlin.de

11. bis 12. Juni 2021

**Angiologische Sommerakademie**

Ort : Berlin  
Info : www.vascular-summer-academy.info/vasc/

22. bis 25. Juni 2021

**EASL**

Ort : Amsterdam  
Info : www.easl.eu

24. bis 26. Juni 2021

**21<sup>st</sup> Meeting of the European Venous Forum**

Ort : Budapest  
Info : www.europeanvenousforum.org

21. bis 23. Juli 2021

**98. Jahrestagung der Vereinigung Bayerischer Chirurgen**

Ort : München  
Info : [www.vbc2021.de](http://www.vbc2021.de)

27. bis 28. August 2021

**Gastro Tage 2021 am Rhein**

Ort : Köln  
Info : [www.gastrotage-am-rhein.de](http://www.gastrotage-am-rhein.de)

29. August bis 02. September 2021

**International Surgical Week – 49<sup>th</sup> World Congress of the International Society of Surgery (ISS/SIC)**

Ort : Kuala Lumpur  
Info : [www.isw2021.org](http://www.isw2021.org)

01. bis 04. September 2021

**London Breast Meeting 2021**

Ort : London  
Info : [www.londonbreastmeeting.com](http://www.londonbreastmeeting.com)

9. bis 10. September 2021

**4<sup>th</sup> Swiss Hernia Days**

Ort : Basel  
Info : [www.swissherniadays.com](http://www.swissherniadays.com)

09. bis 11. September 2021

**Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Senologie**

Ort : St. Wolfgang  
Info : [www.senologie.at](http://www.senologie.at)

9. bis 11. September 2021

**54. Jahrestagung der ÖGGH**

Ort : Linz  
Info : [www.oeggh.at](http://www.oeggh.at)

15. bis 17. September 2020

**39. AGA Kongress**

Ort : Hamburg  
Info : [aga-kongress.info](http://aga-kongress.info)

11. bis 16. September 2021

**38<sup>th</sup> International Gastrointestinal Surgery Workshop Ort: Davos Info:**

Ort : Davos  
Info : [www.davoscourse.ch](http://www.davoscourse.ch)

15. bis 18. September 2021

**Viszeralmedizin 2021**

Ort : Leipzig  
Info : [www.viszeralmedizin.com](http://www.viszeralmedizin.com)

23. bis 25. September 2021

**28. Kongress der Österreichischen Schmerzgesellschaft**

Ort : Villach  
Info : [www.oesg-kongress.at/web/](http://www.oesg-kongress.at/web/)

28. September 2021

**TOETVA**

Ort : Wien  
Info : [www.toetva.at](http://www.toetva.at)  
30. September bis 01. Oktober 2021  
108. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen  
Ort : Böblingen  
Info : [www.der-mittelrheiner.de](http://www.der-mittelrheiner.de)

07. bis 09. Oktober 2021

**29. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DGT)**

Ort : Stuttgart  
Info : [www.dtg2021.de](http://www.dtg2021.de)

13. bis 15. Oktober 2021

**Eurospine 2021**

Ort : Gothenborg  
Info : [www.eurospine.org](http://www.eurospine.org)

24. bis 28. Oktober 2021

**106<sup>th</sup> Clinical Congress of the American College of Surgeons (ACS)**

Ort : Washington  
Info : [www.facs.org](http://www.facs.org)

26. bis 29. Oktober 2021

**Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie**

Ort : Berlin  
Info : [www.dkou.org](http://www.dkou.org)

01. bis 03. Dezember 2021

**33<sup>rd</sup> Annual Meeting of the European Musculo-Skeletal Oncology Society**

Ort : Graz  
Info : [www.emsos2020.org](http://www.emsos2020.org)

09. bis 11. Dezember 2021

**Salzburger Hernientage**

Ort : Salzburg  
Info : [www.hernien.at](http://www.hernien.at)

13. bis 15. Jänner 2022

**26. Forum Wirbelsäulenchirurgie**

Ort : St. Anton  
Info : [www.forum-wirbelsaeulen Chirurgie.de](http://www.forum-wirbelsaeulen Chirurgie.de)



## Gerne kündigen wir auch Ihre chirurgische Fortbildung in unserem Terminkalender an!

Um unser Veranstaltungsprogramm so aktuell und vielfältig wie möglich zu gestalten, freuen wir uns über Ihre Veranstaltungshinweise.

Senden Sie diese bitte an [sekretariat@boec.at](mailto:sekretariat@boec.at) und geben Sie uns dazu folgende Daten bekannt:

- Titel der Veranstaltung
- Art der Veranstaltung (z.B. Kongress, Workshop, Konferenz)
- Durchführungsart (z.B. Präsenzveranstaltung, Hybridkongress, Virtuelle Veranstaltung)
- Ort der Veranstaltung (falls Präsenzveranstaltung)
- Datum
- Link der Veranstaltungswebsite

**Wir freuen uns auf Ihre Veranstaltungen!**

*Hinweis: Das Redaktionsteam behält sich das Recht vor, Veranstaltungen ohne Angabe von Gründen nicht anzukündigen.*

### Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

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

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

### Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

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

Vorstand 2020/21		
Präsident	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Past President	F. Längle, Wr. Neustadt	friedrich.laengle@wienerneustadt.lknoe.at
President Elect	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Generalsekretär	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
Kongresssekretäre	O. Koch, Salzburg M. Weitzendorfer, Salzburg	o.koch@salk.at m.weitzendorfer@salk.at
1. Kassenverwalter	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
2. Kassenverwalter	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Vorsitz Aktionskomitee	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Schriftleiter „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca	M. Riegler, Wien	martin.riegler@refluxordination.at
Vertreter Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Bundesfachgruppenobmann Chirurgie der Österr. Ärztekammer	G. Wolf, Graz	gerhard.wolf@medunigraz.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Wien	G. Laufer, Wien	guenther.laufer@meduniwien.ac.at
Vertreter Professorenkurie der chirurgischen Universitätskliniken des Departments für Operative Medizin, Med. Universität Innsbruck	G. Pierer, Innsbruck	gerhard.pierer@tirol-kliniken.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Graz	H.-J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vertreter der chirurgischen Abteilungsleiter von Zentralkrankenhäusern für Maximalversorgung sowie weiterer (Privat)Universitäten	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern für Zentralversorgung	R. Függer, Linz	reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Standardkrankenhäusern für Grundversorgung	J. Tschmelitsch, St. Veit	joerg.tschmelitsch@bbstveit.at
Vertreterin des Mittelbaus des Fachbereiches Chirurgie der österreichischen Universitätskliniken	D. Kniepeiss, Graz	daniela.kniepeiss@medunigraz.at
Vertreter des Mittelbaus von chirurgischen Krankenhausabteilungen	Z. Sow, Wien	zacaria.sow@gesundheitsverbund.at
Vertreter der in Ausbildung stehenden Ärzte im Fachbereich Chirurgie	S. Czipin, Innsbruck	sascha.czipin@i-med.ac.at
Young Surgeons Austria	M. de Cillia	michael.de-cillia@youngsurgeons-austria.at

<b>Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2020/21</b>		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE)	P. Riss, Wien	philipp.riss@meduniwien.ac.at
ARGE für Coloproctologie (ACP)	F. Aigner, Graz	felix.aigner@bbgraz.at
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC)	C. Profanter, Innsbruck	christoph.profanter@i-med.ac.at
ARGE für Hernienchirurgie (AHC)	R. Schrittwieser, Bruck/Mur	rudolf.schrittwieser@kages.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AO Trauma Austria)	F. Kralinger, Wien	franz.kralinger@gesundheitsverbund.at
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Ges. der Chirurgen in Wien	C. Scheuba, Wien	christian.scheuba@meduniwien.ac.at
Ges. für Implantologie und gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP)	C. Schaudy, Wien	christian@schaudy.com
I.S.D.S. (Int. Society for Digestive Surgery)/österreich. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	S. Kriwanek, Wien	stephan.kriwanek@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	R. Oberhuber, Innsbruck	rupert.oberhuber@i-med.ac.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	S. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	A. Assadian, Wien	assadian@gefaess-medizin.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖGH)	M. Gabl, Innsbruck	markus.gabl@tirol-kliniken.at
Österr. Ges. f. Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	R. Mittermair, Klagenfurt	reinhard.mittermair@kabeg.at
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)	O. Ploder, Feldkirch	Oliver.ploder@gmx.at
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie	J. Schalamon, Graz	johannes.schalamon@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie	M. Hermann, Wien	michael.hermann@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC)	P. Winkler, Salzburg	p.winkler@salk.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	A. Leithner, Graz	andreas.leithner@medunigraz.at
Österreichische Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	T. Neubauer, Horn	thomas.neubauer@horn.lknoe.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	B. Zink, Klagenfurt	praxis@drzink.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	L. Kirchner, Wien	elisabeth.kirchner@bbwien.at
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	E. Stubenberger, Krems	elisabeth.stubenberger@krems.lknoe.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	R. Seitelberger, Salzburg	r.seitelberger@salk.at
Österreichische Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU)	T. Neubauer, Horn	thomas.neubauer@horn.lknoe.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	H. Hiertz, Bad Vigaun	helmut.hiertz@badvigaun.com
Vertreter der Senatoren	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

<b>Kooptierte Vorstandsmitglieder</b>		
UEMS	W. Feil, Wien	dr.wolfgang.feil@gmail.com
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at

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

# SURGICAL SOLUTIONS EVOLVED



Ligasure™ Maryland Jaw  
LF1930T  
Thoracic Sealer/Divider

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



VersaOne™  
Fascial Closure System



Sonicision™ Curved Jaw  
Cordless Ultrasonic Dissection System

INDERMIL™ Flexifuze™  
Topical Tissue Adhesive



Dextile™  
Anatomical Mesh

