

Chirurgie

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

Zystische Lebertumore

Viszeralarterienaneurysmen

**Pankreasverletzung beim
Abdominaltrauma**



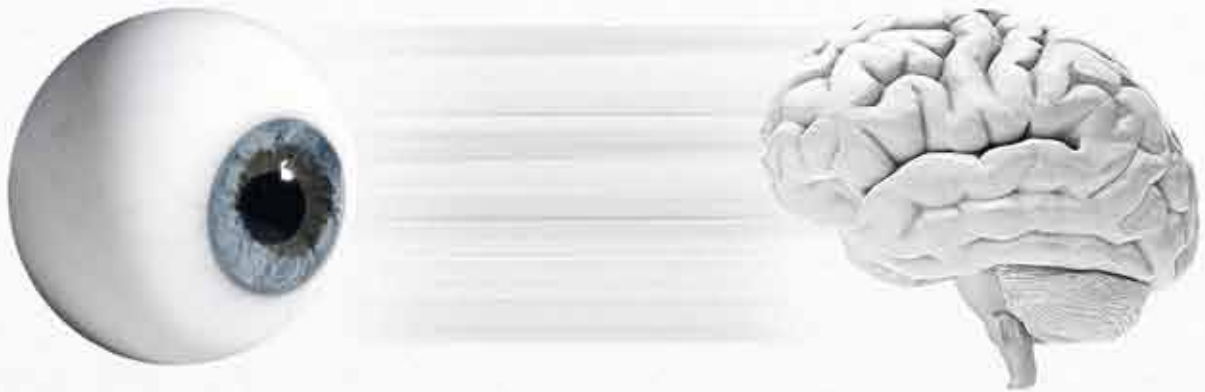
3|2013



MedMedia
Verlags Ges.m.b.H.
Part of Medical Opinion Network

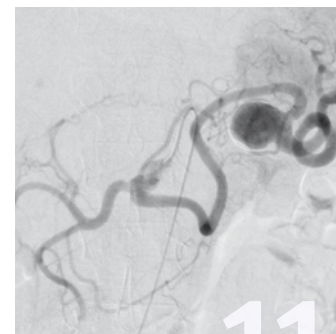
Gelesen. **Gespeichert.**

Das MEDIZINPRODUKT **ist online!**



Alle Beiträge jetzt auch online unter
www.das-medizinprodukt.at

- 5** Editorial
 - 6** Akute Extremitätenischämie in einem interdisziplinären Gefäßzentrum
Autoren: P. Schuch, A. Assadian; Wien
 - 10** Zystische Lebertumore
Autoren: A. Weißenbacher, R. Öllinger, J. Pratschke; Innsbruck
 - 11** Management von Viszeralarterienaneurysmen
Autor: F. Karnel, Wien
 - 13** Pankreasverletzung beim Abdominaltrauma
Autoren: U. F. Wellner, T. Keck; Lübeck
 - 16** How I do it:
Embolektomie an der unteren Extremität
Autoren: W. Hofmann, Feldkirch
 - 17** *R. Zwrtek, St. Pölten*
 - 18** Themen der Zeit:
Familienfreundliches Krankenhaus: Return on Investment
*Autoren: J. Seifert, Berlin;
N. Hennes, Duisburg;
J. Ansorg, Berlin*
 - 21** Radikalitätsprinzipien in der chirurgischen Therapie des GIST
Autoren: E. Bareck, F. Längle; Wr. Neustadt
- ÖGC**
- 23** Rückblick auf den 53. Österreichischen Chirurgenkongress
Autor: Manfred Frey, Wien
 - 31** Protokoll der Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie
 - 35** Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie
- BÖC Akademie**
- 36** BÖC Akademie & Termine 2013
 - 37** 3. Anatomisch Chirurgische Woche
Autor: B. Höfler, Graz
- Service**
- 39** Ärzteservice Gesundheitsvorsorge GmbH
 - 44** Terminkalender
 - 46** Impressum
 - 47** Ansprechpartner



11



17



21



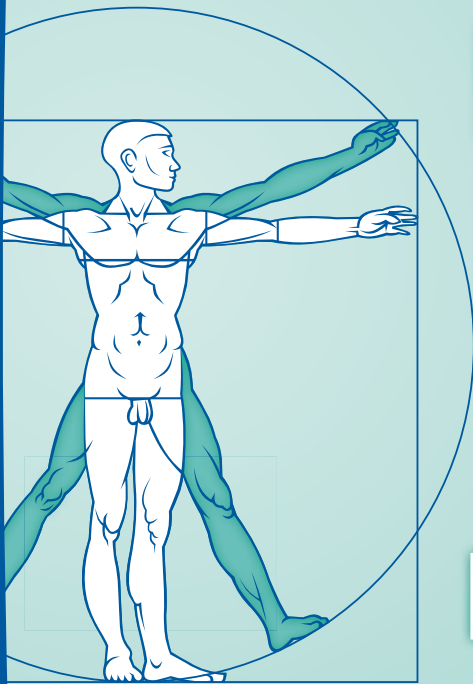
2014

DGAVCHIRURGIEUPDATE

6. DGAV-Chirurgie-Update-Seminar

14. und 15. Februar 2014, Wiesbaden

21. und 22. Februar 2014, Berlin



- Topaktuelle Studien
- Abdeckung des gesamten Fachbereichs
- Studienüberblick kompakt in zwei Tagen
- Praxisrelevante Studienergebnisse
- Interaktive Diskussionen
- CME-Zertifizierung
- Handbuch mit allen Studienergebnissen
- Media-Präsentation aller Vorträge

Wissenschaftliche Leitung

Dietmar Lorenz, Wiesbaden

Helmut Friess, München

Christoph-Thomas Germer, Würzburg

Sven Jonas, Leipzig

Anmeldung und weitere Informationen unter

www.chirurgie-update.com

Schirmherrschaften



Konzept & Veranstalter



Medienkooperation



Schirmherrschaft



Partner



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

„Reformplan: Müssen Krankenschwestern operieren?“

titelt *DiePresse* am 14.9.2013. Hintergrund dazu ist ein Reformpapier der Gesundheit Österreich GmbH in dem Prämissen für die Neugestaltung der Aus- und Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ausgearbeitet wurden, die Grundlagen für eine Neugestaltung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sein sollen. Entsprechend dem Erstentwurf sollen die Gesundheits- und Krankenpflegeberufen neue Verantwortungsfelder und Kompetenzen in Bereichen bekommen, die bisher Ärzten vorbehalten waren. Dazu zählt die Interpretation standardisierter medizinischer Befunde und die Ableitung von Konsequenzen daraus, aber auch die Durchführung standardisierter operativer Eingriffe, wie zum Beispiel die Entnahme von Venen in Vorbereitung von herz- und gefäßchirurgischen Eingriffen.

Der Beruf des Physician Assistant (PA) wurde in den USA bereits im Jahre 1967 eingeführt. Das Arbeitsspektrum der PA's unterscheidet sich dabei nur unwesentlich von dem was Assistenzärzte bei uns durchführen. In Deutschland werden Chirurgisch-operative Assistenten (COA's) und Chirurgisch-technische Assistenten (CTA's) bereits seit 2004 vor allem von privaten Krankenhausträgern eingesetzt. Neben praxisorientierten Curricula wird an der Hochschule Karlsruhe bereits seit 2005 ein Studiengang „Bachelor of Science in Physician Assistance“ berufsbegleitend für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angeboten. Die treibenden Kräfte dieser Entwicklung waren in Deutschland sicher der Ärztemangel und ökonomische Aspekte.

Folgt dieser Vorstoß nur einem internationalen Trend? Besteht in Österreich überhaupt ein Bedarf an CTA's? Müssen Ärzte in Zukunft mit CTA's um ihre Stellen und Ausbildung „konkurrieren“? Müssen sich Patienten wirklich davor fürchten von „Krankenschwestern operiert zu werden (wie *DiePresse* titelte)?

Derzeit besteht jedoch eine große Diskrepanz zwischen den Forderungen des Reformpapiers und der gelebten Realität, wo die Regelung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Pflegebereich sehr unterschiedlich gehandhabt wird.

Bemerkenswert ist jedenfalls wie detailliert und strukturiert die Entwicklung zumindest im Konzept geplant ist. Kann es auch in der Praxis umgesetzt werden, könnte sich so manche Ausbildungsstätte ein Beispiel nehmen.

Aus dem aktuellen Anlass werden wir uns in der nächsten Ausgabe der Zeitschrift *Chirurgie* damit näher befassen.

Ihr,



Ao. Univ.-Prof. Dr. Sebastian Roka

Präsident BÖC

Hollandstrasse 14

A-1020 Wien

Tel.: +43(0)1-533 35 42

Fax: +43(0)1-533 35 42-19

E-Mail: chirurgie@aon.at

URL: www.boec.at



Akute Extremitätenischämie in einem interdisziplinären Gefäßzentrum

Definition

Die akute Extremitätenischämie ist durch eine plötzliche, partielle oder komplette arterielle Lumenobstruktion mit kritischer Minderperfusion des nachfolgenden Stromgebiets und der Gefahr eines akuten Extremitätenverlustes charakterisiert. Bis zu 2 Wochen nach Auftreten der Symptome gilt eine Extremitätenischämie als akut [1].

Ohne rascher Beseitigung des Strombahnhindernisses führt sie zum Gewebsuntergang. Das Ausmaß der Organschädigung ist von der Ischämietoleranz der einzelnen Gewebe (Nervengewebe < Muskelgewebe < Haut) abhängig und führt mit Überschreiten derselben zu einem irreversiblen Gewebeschaden, Extremitätenverlust bis hin zur vitalen Bedrohung. Das Krankheitsbild betrifft in 85% aller Fälle eine der unteren Extremitäten, seltener 2 Gliedmaßen oder die obere Extremität.

Ursächlich sind meistens embolische Ereignisse (70–80% kardial oder

arterio-arteriell) oder lokale Thrombosen auf dem Boden einer präexistenten PAVK (20–30%) [2]. Seltener Ursachen sowie Differentialdiagnosen siehe Tab. 1 [1]. Das 30-Tages-Amputationsrisiko beträgt 10–30% (thrombotisch > embolisch), die 30-Tages-Mortalität liegt bei 15–30% (embolisch > thrombotisch) [3].

Klinik

Das klinische Erscheinungsbild der akuten Extremitätenischämie kann akut, subakut oder auch chronisch-rezidivierend sein. Das Ausmaß der Ischämie wird durch Lokalisation und Ausdehnung des arteriellen Verschlusses sowie die verbleibende Restperfusion über vorbestehende Kollateralisierung bestimmt.

Bei einem akuten embolischen Verschluss einer proximalen Arterie und fehlender Kollateralisierung steht meist ein akut einsetzender Ruheschmerz der Extremität im Vordergrund, der im typischen Fall „peitschenschlagartig“ auftritt. Wäh-

renddessen ist beim akuten thrombotischen Verschluss auf dem Boden einer präexistenten PAVK mit oft gut ausgebautem Kollateralsystem oder bei weit distal gelegener Verschlusslokalisation eine geringere Ausprägung der Symptomatik zu erwarten.

Die klassischen klinischen Symptome der akuten Extremitätenischämie wurden 1954 von Pratt [4] zusammengefasst (6P nach Pratt):

- Pain (Schmerz)
- Pulselessness (Pulslosigkeit/-verlust)
- Pallor (Blässe)
- Paresthesia (Sensibilitätsstörung)
- Paralysis (Bewegungsunfähigkeit)
- Prostration (Schock)

Bei Verlust von Motorik und Sensibilität liegt eine komplette Ischämie vor. Ist die Sensibilität teilweise erhalten und die Motorik nur eingeschränkt, handelt es sich um eine inkomplette Ischämie.

Diagnostik

Im Vordergrund der Anamneseerhebung stehen die Feststellung des zeitlichen Verlaufes sowie der Evaluation relevanter Grunderkrankungen und vorausgegangener Interventionen am Gefäßsystem.

Im Rahmen der klinischen Untersuchung werden Hautkolorit, Temperatur, Pulsstatus sowie Sensibilität und Motorik im Seitenvergleich evaluiert. Die Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (ABI) gibt Aufschluss über das Ausmaß der Kompensation des akuten Verschlussereignisses. Ein doppelsonographisch nachweisbares arterielles Signal sowie ein messbarer ABI sprechen für eine lebensfähige Extremität, während bei fehlendem Doppelsignal von einer akuten Gefährdung der Extremität ausgegangen werden muss.

Zur Beurteilung der Dringlichkeit einer Revaskularisation sowie die jeweilige Prognose einer akuten Extremitätenischämie kann anhand der vorgenannten Untersuchungsbefunde in drei Kategorien eingeteilt werden (Tab. 2) [5,1]. Sie beeinflussen das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen.



P. Schuch, Wien

Tab. 1 Differentialdiagnose der akuten Extremitätenischämie

Erkrankungen, die eine akute Ischämie imitieren können

- Kreislaufinsuffizienz/Schock (insbesondere bei begleitender PAVK)
- Phlegmasia coerulea dolens
- Akute neurologische Kompressionssyndrome

Nicht atherosklerotische Ursachen

- Arterienverletzung
- Aorten-, Arterien-dissektion
- Arteriitis mit Thrombose (Riesenzellarteriitis, Thrombangiitis obliterans)
- HIV-Arteriopathie
- Spontane Thrombose bei Hyperkoagulabilität
- Zystische Adventitiadegeneration der A. poplitea mit Thrombose
- Entrapment der A. poplitea mit Thrombose
- Vasospasmen mit Thrombose (Ergotismus)
- Kompartmentsyndrom

Atherosklerotische Ursachen

- Arterielle Thrombose bei vorbestehender atherosklerotischer Stenose
- Thrombotischer Bypassverschluss
- Embolie (kardial, aus Aneurysmen, vorgeschalteten Plaques oder kritischen Stenosen (einschließlich Cholesterin- oder atherothrombotische Embolien nach endovaskulären Maßnahmen)
- Thrombosiertes Aneurysma mit oder ohne Embolisation (Aorta, A. poplitea)

Autoren:

P. Schuch, Wien;
A. Assadian, Wien

Tab. 2: Klinische Stadieneinteilung nach Rutherford bzw. TASC II

Kategorie	Beschreibung/ Prognose	Befunde		Dopplersignale	
		Sensibilitätsverlust	Muskelschwäche	Arteriell	Venös
I. Lebensfähig	Nicht unmittelbar vital gefährdet	Keiner	Keine	Hörbar	Hörbar
II. Vital gefährdet					
a. grenzwertig	Rettbar bei prompter Behandlung	Minimal (Zehen) oder keiner	Keine	(Häufig) Nicht hörbar	Hörbar
b. unmittelbar	Rettbar bei unverzüglicher Behandlung	Mehr als die Zehen, einhergehend mit Ruheschmerzen	Leicht, mäßig	(Meist) Nicht hörbar	Hörbar
III. Irreversibel	Gewebeuntergang oder permanente Nervenschädigung unvermeidbar	Ausgeprägt, Anästhesie	Ausgeprägt, Paralyse	Nicht hörbar	Nicht hörbar

Bildgebung: Das Ausmaß der apparativen Diagnostik hängt vom Schweregrad der Ischämie ab. Methode der ersten Wahl ist die farbkodierte Duplexsonographie. Sie ist nicht-invasiv, überall verfügbar und schnell einsetzbar. Die digitale Subtraktionsangiographie (DSA) ist der radiologisch-bildgebende Goldstandard mit Darstellung des gesamten arteriellen Systems und der Option zur unmittelbar anschließenden interventionellen Therapie. CT- und MR-Angiographie haben in der Akutphase ihren Stellenwert bei unklarer Verschlusslokalisation und bei komplexer Vorgeschichte mit vorausgehenden gefäßtherapeutischen Maßnahmen, sollten jedoch aufgrund der dadurch bedingten zeitlichen Verzögerung und mangelnden therapeutischen Option nur bei nicht unmittelbar lebensbedrohlicher Extremität Anwendung finden. Im Stadium der dekompensierten Ischämie (Stadium IIb) kann auf eine ergänzende Bildgebung verzichtet und umgehend eine (chirurgische) Revaskularisation angestrebt werden. Häufig ist die klinische Untersuchung zur Stellung der Diagnose und Indikation der Therapie wegweisend und keine vorangehende Bildgebung nötig [1,5,6].

Labor: Neben dem Routinelabor unter Einbeziehung der plasmatischen Gerinnung, des kleinen Blutbildes, der Serumelektrolyte sowie der Nierenretentionsparameter sollte in der Akutphase zur Frage und Ausmaß der Gewebeschädigung ergänzend die Bestimmung der Muskelabbauprodukte Kreatinkinase und Myoglobin erfolgen [1,5,6].

Therapie

Die akute Extremitätenischämie ist ein klinischer Notfall, der potentiell lebensbedrohlich ist und einer unverzüglichen Evaluierung durch einen Gefäßspezialisten bedarf.

In Spitälern mit eigenem Gefäßzentrum und uneingeschränkter Verfügbarkeit des gesamten Spektrums vaskulärer und endovaskulärer Revaskularisationsmodalitäten empfiehlt sich eine interdisziplinäre Indikationsstellung zum therapeutischen Vorgehen.

In Spitälern ohne Gefäßzentrum bzw. entsprechende Expertise sowie begrenzter lokaler apparativer und personeller Voraussetzungen muss im Einzelfall entschieden werden, ob eine adäquate Versorgung vor Ort möglich ist oder eine notfallmäßige Einweisung in ein nahegelegenes Gefäßzentrum innerhalb des Zeitfensters erforderlich ist.

Allgemeine Sofortmaßnahmen

Durch den erstbehandelnden Arzt sollten folgende Maßnahmen zur Anwendung kommen:

- ☑ Unverzügliche Antikoagulation/ Heparinisierung (Vermeidung einer Anschluss thrombose bzw. Prophylaxe weiterer Embolien)
- ☑ Tief Lagerung der Extremität und Anlegen eines Watteschutzverbandes
- ☑ Adäquate Schmerztherapie (Cave: keine i.m. Injektion als KI für evtl. Lysetherapie)

Durchblutungsfördernde Maßnahmen wie die Hämodilution und die Gabe

von gefäßerweiternden Substanzen (vasoaktive Prostaglandine) können bei inkompletter Ischämie unterstützend und bei sehr peripheren Verschlüssen kleiner Arterien primär therapeutisch getroffen werden. Die Evidenz für diese Maßnahmen ist jedoch gering und ihr Nutzen durch prospektive Studien bislang nicht belegt [7].

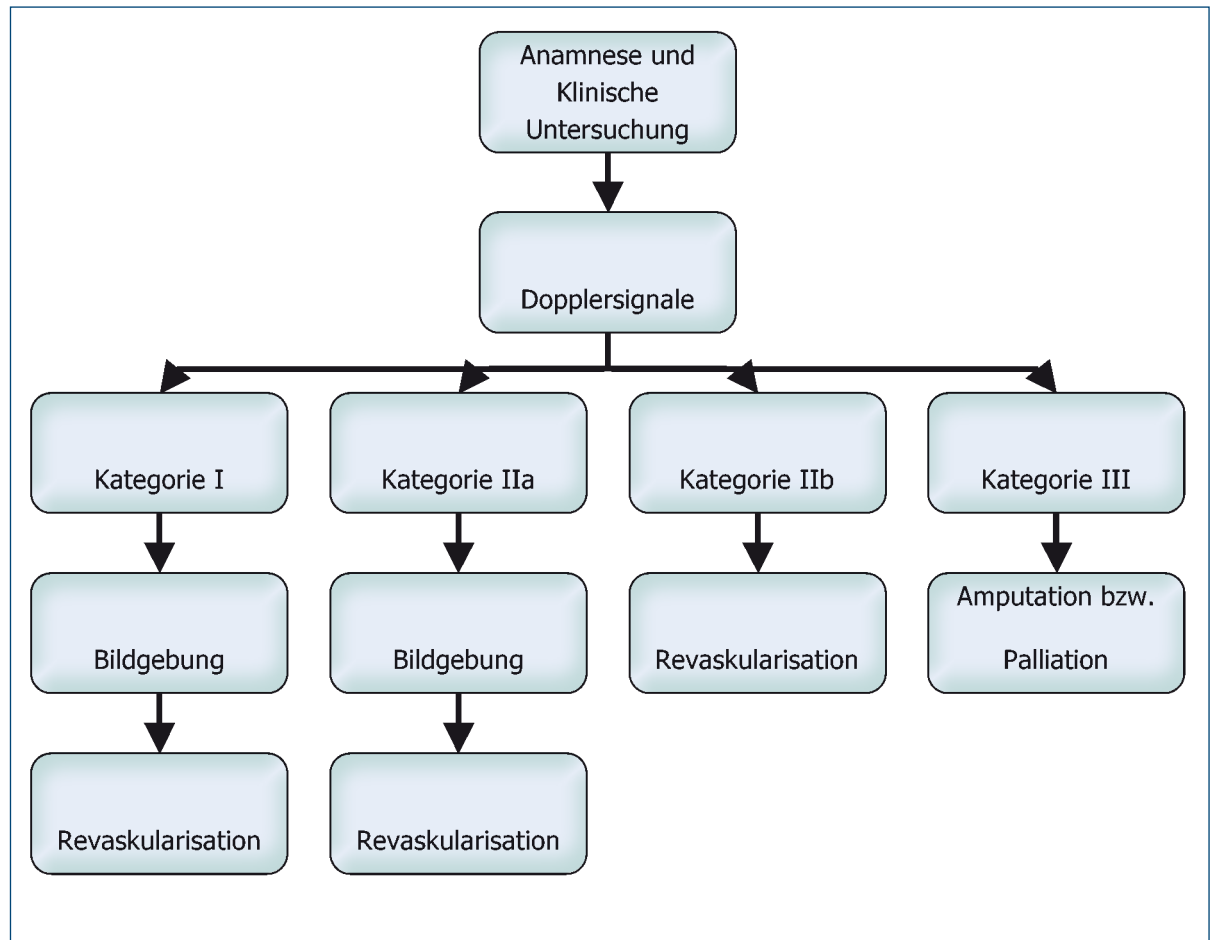
Die Rekompensation einer Herzinsuffizienz sowie die Rhythmisierung eines Vorhofflimmerns verbessern ebenfalls die Oxygenierung des Blutes und damit die Sauerstoffversorgung des ischämischen Gewebes.

Bei protrahierter Ischämie bzw. ausgedehnten Gewebeschäden ist eine korrekte Flüssigkeits- und Elektrolytbilanzierung entscheidend für die Prävention einer Crush-Niere bzw. eines Multiorganversagens.

Rekanalisierende Maßnahmen

Bei der Therapie stehen eine Vielzahl an Möglichkeiten der Revaskularisation mittels offen-chirurgischer Strategien und endovaskulärer Techniken zur Verfügung. Die Entscheidung, welche Therapie durchgeführt werden sollte, wird idealerweise interdisziplinär getroffen und individuell auf den Einzelfall abgestimmt. Zur Orientierung dient eine interdisziplinäre internationale Leitlinie nach TASC II in Form einer morphologischen Stratifikation von aortoiliakalen bzw. femoropoplitealen Läsionen zu den beiden komplementären Revaskularisationsverfahren (Tab. 3)[1]. Die sofortige Revaskularisation ohne apparative

Tab. 3: Management der akuten Extremitätenischämie nach TASC II



Diagnostik und eine dadurch bedingte weitere zeitliche Verzögerung („Zeit ist Extremitätenerhalt“) gilt als indiziert bei kompletter Ischämie bzw. im Stadium IIb nach Rutherford.

Chirurgische Revaskularisationsverfahren

- ☑ Katheterthromboembolektomie nach Fogarty
- ☑ Thrombendarteriektomie
- ☑ Bypassverfahren

Das klassische operative Revaskularisationsverfahren ist die Katheterthromboembolektomie nach Fogarty. Die Methode ist bei embolischen Verschlüssen effektiv anwendbar. Die Effektivität wird jedoch durch schwer arteriosklerotisch veränderte bzw. stenosierte Gefäße, flusslimitierende Gefäßdissektionen, Spasmen und Thrombusmigration in die distalen Arterien beeinträchtigt [8]. Als Alternative bzw. ergänzend können, sofern notwendig, alle weiteren gefäßchirurgischen Rekonstruktionsverfahren zur Anwendung kommen.

Endovaskuläre Techniken

- ☑ Lokale kathetergestützte Katheterthrombolysen
 - ☑ Kathetergestützte Thrombembolektomie
 - ☑ Ballon- und Stentangioplastie
- Die lokale kathetergestützte Thrombolysen hat sich als effektive Therapieoption zur Behandlung thrombotischer Gefäßverschlüsse etabliert. Bei der Katheterthrombolysen wird direkt im Anschluss an eine diagnostische Angiographie ein Lysekatheter in das thrombotisch verschlossene Gefäßsegment eingebracht. Zur Lysebehandlung kommen heute überwiegend Urokinase und Plasminogenaktivator (rt-PA) zur Anwendung [9]. Nach Bolusinjektion schließt sich eine Perfusionstherapie des Fibrinolytikums über den liegenden Katheter an. Nach erfolgreicher Thrombusauflösung können demaskierte zugrunde liegende Stenosen mittels Ballonangioplastie mit oder ohne Stentimplantation in gleicher Sitzung behoben werden. Limitierend für die Lysetherapie ist

in erster Linie die benötigte Behandlungszeit, sodass die Katheterthrombolysen nur bei nicht unmittelbar bedrohter Extremität (Kategorien I und IIa nach Rutherford/TASC II) indiziert ist.

Verschiedene kathetergestützte Thrombembolektomiesysteme (Aspirationstherapie, mechanische bzw. hydrodynamische Kathetersysteme) können in Kombination mit der Thrombolysen oder als alleiniges Verfahren zur Therapie der akuten Extremitätenischämie eingesetzt werden. Die primär technische Erfolgsrate dieser Verfahren ist hoch bei niedriger periprozeduraler Mortalitätsrate. Haupteinsatzgebiet sind thrombembolische Verschlüsse der femoropoplitealen und proximalen kralen Gefäßsegmente, bis hin zu embolischen Verschlüssen der Femoralisbifurkation [7].

Insbesondere umschriebene iliakale oder auch femoropopliteale thrombotische Verschlüsse auf dem Boden einer PAVK lassen sich rasch und

effektiv durch eine Ballonangioplastie mit oder ohne Stentimplantation (ggfs. auch Endoprothesenimplantation z.B. beim thrombosierten Popliteaneurysma) revascularisieren. Neben dem Vorteil der schnellen Revascularisation lassen sich dadurch gefürchtete Komplikationen einer Thrombolysen umgehen.

Kriterien für die Auswahl des Therapieverfahrens

Die Wahl des Revascularisationsverfahrens ist von zahlreichen Faktoren abhängig: die klinische Gesamtsituation, Art und Lokalisation der Okklusion, der klinische Schweregrad der Ischämie, die Verfügbarkeit innerhalb des therapeutischen Zeitfensters, lokale personelle Gegebenheiten sowie die Expertise vor Ort spielen eine wesentliche Rolle.

Zunehmend findet die als Hybridtherapie bezeichnete Kombination von offen-chirurgischen und endovaskulären Techniken, insbesondere in komplexen Fällen, Anwendung. So kann z.B. im Rahmen einer erfolgreichen Thrombektomie bzw. Leistengefäßrekonstruktion die Gefäßperipherie oder Beckenetape intraoperativ mit kathetergestützten Verfahren revas-

kularisiert werden. Auf diese Weise ergänzen sich operative und endovaskuläre Verfahren durch ihre Stärken im jeweiligen Einsatzgebiet.

Valide Daten im Hinblick auf die Wahl des Revascularisationsverfahrens bei der akuten Extremitätenischämie sind rar [10]. Es existieren drei große, randomisierte, prospektive klinische Studien zur Therapie peripherer Arterienverschlüsse mit inkomplettem und komplettem Ischämiesyndrom unterschiedlicher Dauer [11,12,13]. Eine dieser Studien zeigte eine geringere Mortalitätsrate in der Lysegruppe gegenüber der chirurgischen Gruppe [11]. Hinsichtlich des Extremitätenerhaltes fanden sich im wesentlichen keine relevanten Unterschiede, lediglich unter der Voraussetzung einer inkompletten peripheren Ischämie von < 14 Tagen profitierten Patienten in der STILE-Studie von einer Fibrinolyse [12].

Komplikationen

In Abhängigkeit von Ausmaß und Dauer der Ischämie muss nach erfolgreicher Revascularisation mit einem Reperusions- bzw. Kompartmentsyndrom gerechnet werden. Hier stellt die Fasziotomie die einzige Therapie-

option dar, wobei die Indikation großzügig gestellt werden sollte.

Ebenso muss bei fortgeschrittener Ischämiedauer nach Beseitigung des Strombahnhindernisses auf ein Tourniquet- bzw. Postischämiesyndrom mit Rhabdomyolyse, metabolischer Azidose, Hyperkaliämie, Myoglobinnurie und akutem Nierenversagen geachtet werden.

Aus diesen Gründen ist eine engmaschige klinische Verlaufskontrolle und intensivtherapeutische Betreuung auch nach erfolgreicher Revascularisation dringend angezeigt.

Nachbehandlung

Die Nachbehandlung richtet sich einerseits nach der Genese der Ischämie, andererseits nach der erfolgten Therapie. Unmittelbar postoperativ sollte immer eine Behandlung mit Heparin eingeleitet werden, meistens gefolgt von einer oralen Antikoagulation. Nach embolischen Gefäßverschlüssen ist eine Ursachenabklärung bzw. Emboliequellensuche obligat. Eine lebenslange Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern ist bei begleitender PAVK angezeigt [14]. ■

Literaturliste:

- [1] Norgren L et al. (2007): *J Vasc Surg* 45 (Suppl S): S5-67
- [2] Schumann et al. (2007): *Med Klin* 102: 457-71
- [3] Dormandy J et al. (1999): *Semin Vasc Surg* 12 (2): 148-53
- [4] Pratt GH (1954): *Cardiovascular Surgery*. Kimpton, London
- [5] Rutherford RB et al. (1997): *J Vasc Surg* 26 (3): 517-38
- [6] Hirsch AT et al. (2006): *J Am Coll Cardiol* 47 (6): 1239-312
- [7] Schwarzwälder U et al. (2013): *Dtsch Med Wochenschr* 138: 691-94
- [8] Gordon RD et al. (1984): *Rutherford's Vascular Surgery 2nd ed.* Saunders: 451
- [9] Semba CP et al. (2000): *J Vasc Interv Radiol* 11 (2 Pt 1): 149-61
- [10] Hennig G et al. (2008): *Der akute periphere Arterienverschluss, Leitlinien der DGG: 1-13*
- [11] Ouriel K et al. (1998): *N Engl J Med* 338: 1105-11
- [12] The STILE Investigators (1994): *Ann Surg* 220 (3): 251-68
- [13] Ouriel K et al. (1994): *J Vasc Surg* 19 (6): 1021-30
- [14] Creager MA et al. (2013): *N Engl J Med* 366 (23): 2198-206

Korrespondenzadresse:

Prim. Priv. Doz. Dr. Afshin Assadian

Wilhelminenspital

Abteilung für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie - Vasculäre und endovaskuläre Chirurgie

Montleartstrasse 37

A-1170 Wien

E-Mail: afshin.assadian@wienkav.at

Zystische Lebertumore

Zystische Lebertumore repräsentieren eine heterogene Gruppe von Tumoren der Leber, welche sich in Ätiologie, Prävalenz, klinischer Manifestation und entsprechendem Therapieansatz unterscheiden. Zystische Tumore können solitär oder multipel auftreten. Neben benignen (e.g. einfache Zyste) gibt es das potentiell maligne Zystadenom sowie das maligne Zystadenokarzinom. Diese werden unterschieden von zystischen Präsentationsformen normalerweise nicht-zystischer solider Lebertumore (zystische hepatozelluläre Karzinome - HCC - und cholangiozelluläre Karzinome - CCC, zystische Lebermetastasen). Weiters anzuführen sind Lebererkrankungen, welche sich durch ihre diffus-zystische Erscheinungsform mit Einbeziehung des Lebergewebes präsentieren (Caroli-Syndrom, Von Meyenburg Komplexe, Harmatome). Von den zystischen Lebertumoren sind differentialdiagnostisch parasitäre Erkrankungen und cholangitische Leberabszesse zu unterscheiden.

Autoren:

A. Weißenbacher,
R. Öllinger,
J. Pratschke; Innsbruck

Benigne Leberzysten

Diese kommen häufig solitär oder multipel bis hin zur Zystenleber vor und sind meist radiologisch eindeutig diagnostizierbar. In den seltensten Fällen ist eine chirurgische Intervention indiziert. Während bei großen symptomatischen Leberzysten ein Unroofing zumindest vorübergehend zu einer Symptombesserung führen kann, so ist bei der Zystenleber eine Resektion nur in den seltensten Fällen hilfreich. Sehr selten ist die Notwendigkeit einer Lebertransplantation bei polyzystischen Lebern gegeben.

Zystadenom, Zystadenokarzinom

Das Zystadenom ist ein zystischer Tumor, welcher seinen Ausgangspunkt im biliären Epithel findet. Mit seinem malignen Pendant, dem Zystadenokarzinom, stellt er zwar weniger als 5% aller zystischen Leberläsionen dar, ist aber aufgrund der Neigung zum Lokalrezidiv und der Tendenz zur malignen

Transformation als potentiell maligne einzustufen. Üblicherweise tritt das Zystadenom bei Frauen mit einem mittleren Alter von 50 Jahren auf und kann in einer Größe von 1,5cm bis 30cm variieren. Der Großteil der Patienten ist asymptomatisch. Zystadenokarzinome können de novo entstehen oder sich aus einem präexistenten Zystadenom entwickeln, von welchem sie bildgebend sehr schwierig zu unterscheiden sind, da sie ein vielfältiges Erscheinungsbild im Ultraschall, in der Computertomographie sowie auch in der Kernspintomographie aufweisen. Zystadenome haben dünnere Septen, eine geringere Dicke und eine regulärrere Wand als Zystadenokarzinome. Eingeblutete Arale und feine, punktuelle Kalzifikationen könne sowohl in Adenomen als auch in Karzinomen vorkommen. Die Feinnadelaspiration kann zur Unterscheidung von biliären Zysten von anderen benignen Tumoren oder Metastasen verwendet werden, aber zur Differenzierung von Zystadenom und Zystadenokarzinom ist diese Untersuchungsart unverlässlich, da kleine neoplastische Foci dadurch nicht detektiert werden können. CA19-9 kann sowohl im Punktat von Zystadenomen als auch Zystadenokarzinomen nachgewiesen werden. Auf Grund der hohen Entartungstendenz sollte bei dringendem V.a. auf ein Zystadenom wie beim Zystadenokarzinom eine kurative Resektion durchgeführt werden. Bis dato wurde nicht untersucht, ob eine Lyphadnektomie einen Vorteil für die Patienten bringt. Keine Daten gibt es zur Effizienz einer (neo-) adjuvanten Chemotherapie.

HCC, CCC und Lebermetastasen

Aufgrund zentraler Nekrosen können HCCs, CCCs und Lebermetastasen radiomorphologisch zystisch erscheinen. Die Diagnosesicherung erfolgt, wenn notwendig, mittels Biopsie, bezüglich der Therapie gelten die

gleichen Kriterien wie für solide HCCs, CCCs und Lebermetastasen.

Caroli-Syndrom, Von Meyenburg Komplexe, Harmatome

Das Caroli-Syndrom ist eine kongenitale autosomal-rezessiv vererbte Malformation, charakterisiert durch diffuse oder segmentale zystische Dilatationen der intrahepatischen Gallenwege. Das Caroli-Syndrom kann zusätzlich zu den biliären Dilatationen noch eine periportale kongenitale Fibrose und/oder multizystische Nierenveränderungen umfassen. In beiden Fällen zeigen sich die Gallenwegsdilatationen weniger regulär als bei einer polyzystischen Lebererkrankung und es treten intraluminale Protrusionen auf oder es simulieren segmentale Dilatationen des intrahepatischen Gallenwegssystems ein cholangiozelluläres Karzinom oder multiple zystische Metastasen. Das Vorhandensein des „dot signs“, ein intrazystischer Portalast umgeben von dilatierten Gallenwegen, und die Darstellung einer Kommunikation von Zysten und Gallenwegssystem in der MR-Cholangiographie, sind diagnostisch und schließen Lebermetastasen aus. Aufgrund des hohen Entartungspotentials ist beim Caroli-Syndrom eine Resektion in Erwägung zu ziehen. Von Meyenburg-Komplexe und Gallenwegsharmatome sind kleine fokale Läsionen, die aus unzähligen dilatierten Gallengängen mit dichtem kollagenem Stroma bestehen. Im Vergleich zur Caroli-Erkrankung kommunizieren die dilatierten Gallenwegen der von Meyenburg-Komplexe nicht mit dem Gallenwegssystem. Die Differentialdiagnose zwischen von Meyenburg-Komplexen und Gallenwegsharmatomen ist oftmals schwierig. Ultraschall, CT und MRI sind häufig nicht suffizient um das Harmatom abzugrenzen, sodass eine perkutane Biopsie zur Diagnosesicherung notwendig ist. ■

Korrespondenzadresse

Ao. Univ. Prof. Dr. R. Öllinger
Medizinische Universität Innsbruck
Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck
E-Mail: robert.oellinger@i-med.ac.at

Literaturhinweise

1. Chiche L et al. (2013): 33 (3): *Semin Liver Dis.* 236-47.
2. Garcea G et al. (2013): 83 (7-8): *ANZ J Surg.* E3-E20.
3. Latinga MA et al. (2013): 19 (23): 3543-54.
4. Martel G et al. (2013): 15 (8): 617-22.
5. Simo KA et al. (2012): *HPB* 14 (11): 725-40.
6. Kim HH et al. (2011): *World J Gastroenterol.* 17 (25): 3073-4.
7. Del Poggio P et al. (2008): *World J Gastroenterol.* 14 (23): 3616-20.
8. Russel RT et al. (2007): *World J Gastroenterol.* 13: 5052-59.
9. Lang H et al. (1997): *Transplant Proc.* 29: 2832-33.

Management von Viszeralarterienaneurysmen

Viszeralarterienaneurysmen (VAA) werden definiert als Aneurysmen, die Truncus coeliacus, Arteria mesenterica superior, Arteria mesenterica inferior und Nierenarterien sowie die Äste der genannten Arterien involvieren. Auf Grund der heute deutlich verbesserten Bildgebung und dem sehr breiten Einsatz der schnittbildgebenden Verfahren wie Ultraschall, CT und MRT jeweils mit 3D-Angiografie werden Viszeralarterienaneurysmen mit zunehmender Frequenz diagnostiziert. Die klassische Therapie bestand in der offen-chirurgischen Sanierung. Moderne Therapiestrategien platzieren heute interventionell-radiologische Verfahren an die Spitze des therapeutischen Algorithmus.

Epidemiologie, Pathophysiologie

Bei Viszeralarterienaneurysmen unterscheidet man echte Aneurysmen und falsche Aneurysmen. Ein echtes Aneurysma involviert alle 3 Gefäßwandschichten. Zugrundeliegende Ursachen sind die Arteriosklerose, die fibromuskuläre Dysplasie und Arteritiden. Die Prävalenz von echten VAA beträgt 0,1 – 2%; die meisten sind asymptomatisch; selten verursachen sie Beschwerden wie „unklare abdominale Schmerzen“. Falsche VAA oder Pseudoaneurysmen sind verursacht überwiegend durch Infektion/Inflammation oder Traumen. Mit 60% ist die Milzarterie am häufigsten betroffen; Frauen haben 4x häufiger ein Milzarterienaneurysma als Männer. Überwiegend handelt es sich um echte Aneurysmen. Bei Aneurysmen der Arteria hepatica handelt es sich in 50 – 70% um Pseudoaneurysmen, überwiegend verursacht durch chirurgische oder perkutan-radiologische Eingriffe.

Therapie-Prinzipien

Die Therapie der Wahl zur Behandlung von Viszeralarterienaneurysmen stellten über lange Zeit chirurgische Verfahren dar. Die Mortalität nach elektiver chirurgischer Sanierung von VAA beträgt 5%; sie steigt dramatisch, wenn eine akute chirurgische Inter-

vention bei Aneurysmaruptur erfolgt. Zum Beispiel betragen die publizierten Mortalitätsraten bei offen-chirurgischen Eingriffen nach Milzarterienaneurysmaruptur 10 – 25% und erreichen annähernd 100% bei rupturierten Aneurysmen des Truncus coeliacus (1,3,5,6,9). Somit besteht laut Literatur die Indikation jedes VAA ab 2 cm Durchmesser zu behandeln (1 – 4).

Zunehmend eingesetzt wurden in den letzten Jahren interventionell-radiologische Verfahren (3,4,9); mit der technischen Verbesserung der interventionell-radiologischen Methoden stellen diese heute in den meisten Zentren das Therapieverfahren der 1. Wahl zur Behandlung von VAA dar. Techniken zur Behandlung von Viszeralarterienaneurysmen umfassten zunächst vorwiegend die Embolisation der zuführenden und abführenden Arterie (so genannte „front and back door embolization“). Diese Technik ist zur Exklusion eines Milzarterienaneurysmas auch heute noch ein gängiges Verfahren zumal auf Grund der reichen Kollateralversorgung der Milz nur selten ausgedehntere Organinfarkte zu erwarten sind. Anzustreben ist jedoch die Embolisation des Aneurysmas wie unten näher beschrieben (Abb. 1a + 1b). Aneurysmen an Gefäßbifurkationen und Trifurkationen stell-

ten eine echte Herausforderung an Technik und Operateur dar. Praktisch konnten bis vor 2 – 3 Jahren Aneurysmen an Bifurkationen und Trifurkationen nur mit Embolisation des zuführenden Gefäßes und der 2 – 3 abführenden Arterien exkludiert werden mit konsekutiven distalen Infarkten unterschiedlicher Ausdehnung. Diese Technik konnte somit in einer Vielzahl von Aneurysmalokalisationen gar nicht angewendet werden. Mit



F. Karnel, Wien

Autor:
F. Karnel, Wien



Abb.1 a: 3cm im DM haltendes Milzarterienaneurysma (selektive Katheterangio vor Mikrokatheter-Coilembolisation); primär Zufallsbefund in CT bei unklaren Oberbauchschmerzen



Abb. 1b: Katheterangio-Kontrolle 3 Monate nach Coilembolisation: Aneurysma suffizient exkludiert und kleiner

Tabelle	Häufigkeit	eigene PatientInnen (echtes A./falsches A.)
Art.lienalis	60%	21/6
Art.hepatica	20%	3/4
Art.mes. sup.	5%	3
Art.mes.sup.-Äste	4%	9/4
Truncus coeliacus	4%	2
Nierenarterien	<1%	18/13

▶ der Übernahme und Adaptierung von Embolisierungstechniken aus der interventionellen Neuroradiologie für die Anwendung in peripheren Gefäßgebieten wie der „Ballon-remodeling-Technik“ und vor allem der „Stent-remodeling-Technik“ sowie

der technischen Verbesserung der Embolisierungsspiralen und der Entwicklung neuer Embolisierungsmaterialien, z.B. Onyx (ev3, Plymouth, MN, USA), verschiedene Plugs (Amplatzer Vascular Plug, St. Jude Medical, St. Paul, MN, USA) und der Einführung neuer Devices wie den „flow-diverting barestents“ (Flowdiverter, seit 2009) können nun Viszeralarterienaneurysmen in praktisch jeder Lokalisation, ohne den Verschluss wichtiger Äste zu riskieren, behandelt werden (1, 2). In seltenen Fällen können zur Ausschaltung eines Viszeralarterienaneurysmas bzw. Pseudoaneurysmas selbstexpandierende bzw. ballonexpandierende Stentgrafts eingesetzt werden (7, 8), (Abb. 2a, 2b).



Abb.2a: Schmerzen im Oberbauch 4 Wochen nach Whipple-OP; in CT grosses Pseudoaneurysma im Verlauf der Art.hepatica; Angiografie mit Darstellung des PA vor endovasculärer Therapie



Abb.2b: Angio-Kontrolle 8 Wochen nach überlappender Stentgraft-Implantation

des Aneurysmas nachweisen; sollte eine Restperfusion bestehen, kann in gleicher Sitzung interveniert werden. Anschließend sind Verlaufskontrollen in jährlichen Abständen empfehlenswert aber nicht zwingend notwendig. Möglich sind diese Kontrollen mittels Kontrastmittel-Sonografie, MRT bzw. CT mit 3D-Gefäßdarstellung.

Zusammenfassung

Viszeralarterienaneurysmen und Pseudoaneurysmen stellen bei Ruptur eine lebensbedrohliche Situation dar. Die elektive Behandlung, verbunden mit sehr niedriger Morbidität und Mortalität ist daher anzustreben. Pseudoaneurysmen sind unabhängig von Größe und Lokalisation in jedem Fall zu behandeln, echte Aneurysmen ab einem Durchmesser von 20 mm (15 mm). Die interventionell-radiologischen Techniken stellen heutzutage die Therapie der Wahl dar. Voraussetzung dafür sind neben der Kenntnis der anatomischen Gegebenheiten die Erfahrung in selektiver Angiografie der Viszeralarterien sowie ausreichende Kenntnisse und Erfahrung in der Durchführung der teils doch sehr komplexen Embolisierungstechniken. ■

Follow-up nach der Behandlung

Viele der verwendeten Embolisierungsmaterialien bzw. Devices verursachen deutliche Artefakte in der postinterventionellen Bildgebung. Deshalb gibt es kein empfohlenes Nachsorge-schema mittels Bildgebung (1, 2). Wir führen konsequent nach 3 – 4 Monaten eine selektive Kontrollangiografie durch. So können wir die komplette Exklusion und die Größenabnahme

Literatur:

1. Belli A.M. et al (2012) *Cardiovasc Intervent Radiol* 35:234-243
2. Spiliopoulos S. et al (2012) *Cardiovasc Intervent Radiol* 35:1315-1325
3. Abbas M.A. et al (2002) *Ann Vasc Surg* 16:442-449
4. Pasha S.F. et al (2007) *Mayo Clin Proc* 82:472-479
5. Huang Y.K. et al (2007) *Eur J Vasc Endovasc Surg* 33:293-301
6. Tulsyan N. et al (2007) *J Vasc Surg* 45:276-283
7. Rossi M. et al (2008) *Cardiovasc Intervent Radiol* 31:36-42
8. Waldenberger P. et al (2007) *J Vasc Surg* 46:655-661
9. Shanley C.J. et al (1996) *Ann Vasc Surg* 10:315-322

Korrespondenzadresse

Dr. F. Karnel
Zentralröntgen, Kaiser Franz Josef Spital
Kundratstrasse 3
1100 Wien

Pankreasverletzung beim Abdominaltrauma

Pankreasverletzungen treten meist im Rahmen von penetrierenden Abdominaltraumata mit Begleitverletzungen auf oder als Rupturen bei Dezelerationstraumata. Das Management von Pankreasverletzungen, deren Diagnostik und Therapie erfordern hohe chirurgische Expertise und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der oftmals notwendigen begleitenden interventionellen Therapien.

Geschichte

Die erste Beschreibung einer traumatischen Pankreasverletzung erfolgte durch Travers 1827 im Rahmen einer Autopsie. 1903 wurden von Mikulicz 24 Fälle berichtet, wobei 13 Patienten nicht operiert wurden und verstarben, 7 von 11 operierten und drainierten Patienten hingegen überlebten (Cowan, 1907). Erst Garré konnte 1904 eine erfolgreiche geplante Pankreasresektion bei traumatischer Transsektion des Pankreas verzeichnen (Blumgart, 2006).

Verletzungsmechanismus und Inzidenz

Die geschützte retroperitoneale Lage des Pankreas bedingt, dass Verletzungen sehr selten sind. Die Inzidenz im Gesamtkollektiv traumatologischer Patienten liegt bei etwa 0,7% (Asensio et al., 1999). Circa 80% der Pankreasverletzungen entstehen durch penetrierende Bauchtraumata und sind dann zu etwa 75% der Fälle mit Verletzungen großer Gefäße verbunden. Schussverletzungen spielen global gesehen eine wesentliche Rolle, sind jedoch im europäischen Bereich eher selten im Vergleich zu Dezelerationstraumata und penetrierenden Verletzungen im Zusammenhang mit

Unfällen. Die Lokalisation der Verletzungen ist homogen über das Organ verteilt, Rupturen des Pankreas treten in der Regel über dem Hypochondrium der Wirbelsäule im Zentralen Pankreasbereich auf. Bei Kindern treten seltener Pankreashauptgangverletzungen auf als bei Erwachsenen.

Klinik und Diagnostik

Die klinische Manifestation ist in der Regel unspezifisch und erfordert entsprechende Aufmerksamkeit und weitere Diagnostik. Unter den Laborwerten hat die Serumamylase-Aktivität eine Sensitivität und Spezifität von 48-89% und 64-81%, was vor allem in der Akutphase recht unzuverlässig ist (Blumgart, 2006). Verlaufsmessungen werden deshalb empfohlen. Zur Standarddiagnostik bei Verdacht auf Pankreasverletzung gehört neben der Ultraschalluntersuchung zur Verlaufsbeurteilung freier Flüssigkeit die kontrastmittelverstärkte Computertomografie, welche eine Sensitivität von 60-80% für Pankreasverletzungen hat, jedoch das Ausmaß der Verletzung in einem Drittel der Fälle unterschätzt. Zeichen einer schweren Pankreasverletzung sind z.B. Pankreasdissektion, -vergrößerung, -hämatom,

Flüssigkeit zwischen Milzarterie und Pankreas und peripankreane Fettgewebsimbibierung. Subtilere Zeichen sind freie intraabdominelle Flüssigkeit im Bereich der Bursa omentalis, Verdickung der Gerotafaszie und Verletzung von Nachbarorganen. Im Zweifelsfall der Genese freier Flüssigkeit an diesen Stellen nach Abdominaltrauma sollte daher wenn technisch möglich eine Punktion der Flüssigkeit mit Bestimmung von Amylase- oder Lipaseaktivität, bei Verdacht auf eine begleitende Dünndarmverletzung auch Bilirubin und Alkalische Phosphatase erfolgen. Zur Genauigkeit der CT in der Diagnose von Pankreashauptgangverletzungen existieren keine aussagekräftigen Daten. Es wurde jedoch gezeigt dass Verspätungen in der Diagnose von Hauptgangverletzungen einen unabhängigen Risikofaktor für schlechtes Outcome darstellen (Lee et al., 2012) Im Zweifelsfall ist deshalb immer eine MRCP oder ERCP mit Sensitivität von über 95% für den Nachweis von Parenchym- und Hauptgangverletzungen notwendig. Eine Klassifikation der Schweregrade der Pankreasverletzung sollte nach der Trauma Organ Injury Scale (TOIS) erfolgen (Moore et al., 1990) (Tabelle 1).

Nicht-operative Therapie

Bei hämodynamisch stabilen Patienten ohne Peritonitis ist die nicht-operative Therapie bei Verletzungen der TOIS Grade I bis II (ohne Hauptgangbeteiligung) indiziert. Diese Indikation wurde in den letzten Jahren von einzelnen Autoren bei Kindern ausgeweitet, da es hier deutlich seltener zu Verletzungen des Pankreashauptganges kommt (0.12% versus 15%) und maximaler Parenchymerhalt angestrebt wird. Ein Nachteil der konservativen Therapie ist die häufigere Entwicklung von Pankreaspseudozysten (10-80%), welche sekundär behandelt werden müssen (Blumgart, 2006). Peripankreane Flüssigkeitsverhalte müssen bei gleichzeitigen Infektzeichen wie



U. F. Wellner, Lübeck



T. Keck, Lübeck

Autoren:

U. F. Wellner, Lübeck;

T. Keck, Lübeck

Tabelle 1: Trauma Organ Injury Scale (TOIS) nach American Association for the Surgery of Trauma (AAST) für Pankreasverletzungen"

Grad	Beschreibung
I	geringe Kontusion und / oder oberflächliche Lazeration
II	ausgedehnte Kontusion und / oder grosse Lazeration keine Hauptgangverletzung oder Gewebeverlust
III	distale Durchtrennung oder Parenchymverletzung mit Hauptgangverletzung
IV	proximale Durchtrennung oder Parenchymverletzung mit Ampullenbeteiligung
V	Massive Destruktion des Pankreaskopfes

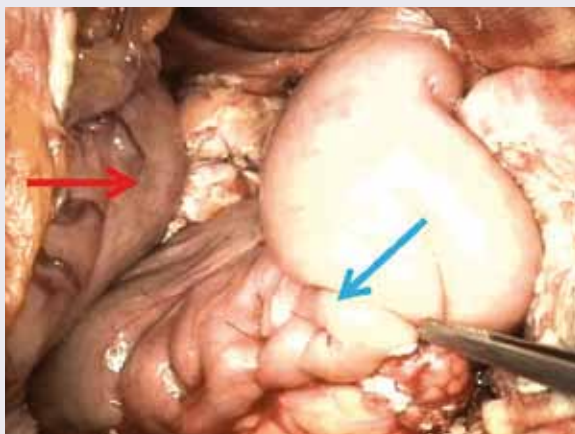


Abbildung 1: Situs nach Rekonstruktion bei parenchymsparender zentraler Pankreasresektion. Die sichere Versorgung des Restpankreas wurde erreicht durch Pankreato-Gastrostomie des Pankreasschwanzes (roter Pfeil) sowie Pankreasganganht und seromuskulärer Deckung des Schnitttrandes als Pankreato-Jejunopexie in invaginierender Blumgart-Technik (blauer Pfeil) am Pankreaskopf.“



Abbildung 2: Computertomografie bei Pankreasverletzung TOIS Grad V infolge von stumpfem Dezelerationstrauma. Zerreißung des Pankreaskopfes mit Abriss der A. duodenalis aus der A.gastroduodenalis und aktiver arterieller Blutung in den zerborstenen Pankreaskopf mit großem Hämatom.“

operativen Therapie nicht von allen Autoren empfohlen (Houben et al., 2007; Lawrence et al., 2008; Pearson et al., 2012)

(via Duodenotomie oder als Cholangiopankreatografie) oder intraoperative ERCP empfohlen. Nach unserer Ansicht sollten diese Verfahren nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden und die präoperative Bildgebung mittels MRT mit MRCP den Standard darstellen.

Aufgrund der häufigen Lage der Läsion im zentralen Pankreas ist die Läsion auch nur selten durch die eingebrachte Endoprothese zu überbrücken. Diese dient vielmehr nur der Reduktion des Druckgradienten im Pankreaskopf und Papillenbereich. Das funktionsfähige Pankreas im Pankreasschwanzbereich führt jedoch auch bei Einlage von Endoprothesen in den Hauptpankreasgang häufig zu Persistenz der Leckage.

Rekonstruktionen des Pankreasganges sind generell nicht zu empfehlen. Die Therapie der Wahl bei Hauptgangverletzungen ist die parenchymsparende Resektion im verletzten Bereich mit sicherer Versorgung des Restpankreas.

Bei distaler Durchtrennung des Hauptganges bietet sich eine parenchymsparende Pankreaslinksresektion an, welche bei fehlenden vaskulären Begleitverletzungen unter Milzerhalt durchgeführt werden kann. Ein sicherer Blindverschluss der Resektionsflache kann risikoadaptiert bei schlankem Pankreas mittels Stapler, bei dickem Pankreas mittels eines vitalen Serosapatches (Darmschlinge oder Ligamentum falciforme) erreicht werden (Hassenpflug et al., 2012; Wellner et al., 2012).

Bei zentraler Gangverletzung ist eine zentrale Pankreasresektion mit Blindverschluss des rechten und Pankreatoenterostomie des linksseitigen Pankreasrestes möglich (Efron et al., 2004; Johnson et al., 2006) (Abbildung 1). Insbesondere bei Läsionen an klassischer Stelle nach Dezelerationstrauma und stumpfem Bauchtrauma über der Wirbelsäule im Pankreas corpus empfiehlt sich dieses parenchymsparende Vorgehen. Die Pankreatoenterostomie ist als Pankreatogastro- oder jejunostomie möglich (Delcore et al., 1994; Strauch, 1972).

Operative Therapie

Die elaborierte Diagnostik des Pankreas nach Trauma sollte in der Regel zu einer fokussierten operativen

Luft einschlüssen oder progredienten systemischen Entzündungswerten drainiert werden.

Bei nicht-operativer Therapie von Patienten mit Pankreasgangverletzungen muss mit dem Auftreten eines sog. „Disconnected Pancreatic Duct Syndrome“, das heist einer kompletten Durchtrennung des Pankreashauptgangs mit Bildung von pankreatogenem Aszites gerechnet werden. In der Folge entstehen zum Teil ausgedehnte peripankreane Flüssigkeitsansammlungen und/oder interne oder externe Pankreasfisteln. Die endoskopische Therapie durch Einlage von Pankreasgangstents wird zugunsten der

Therapie von Pankreaslasionen ab TOIS Grad III führen. Für die seltene Indikation einer unklaren Läsion der Bauchspeicheldrüse und gleichzeitig bestehender Indikation zur operativen Exploration erfolgt die operative Exploration des Pankreas für den linken Teil durch Eröffnung der Bursa omentalis und gegebenenfalls Mobilisation von Magen und Milz sowie durch Kocher-Manöver für Pankreaskopf und Processus uncinatus.

Das erste Ziel der operativen Therapie sollte die Hämostase sein. Zur Diagnostik von Pankreasgangverletzungen wird von einzelnen Autoren die intraoperative Pankreatografie

Pankreashauptgangverletzungen oder Pankreaskopfverletzungen mit duodener Begleitverletzung oder Läsionen an der mesenterikoportalen Achse bei hämodynamisch instabilen Patienten (Abbildung 2) erfordern die Pankreatoduodenektomie.

Generell ist bei Pankreasresektionen in der Verletzungssituation aufgrund des in der Regel weichen und gesunden Restpankreas und des nicht erweiterten Gallengangs mit erschwerten operativen Bedingungen und einer erhohnten Pankreasfistelrate

zu rechnen. Falls keine sichere Expertise in der Pankreaschirurgie besteht, wird von einzelnen Autoren auch ein Verzicht auf Resektionen mit alleiniger externer Drainage empfohlen (Blumgart, 2006). Bei schweren Begleitverletzungen ist ein risikoadaptiertes zeitliches Vorgehen notwendig. Nach initialer Damage Control empfiehlt sich die Durchführung einer größeren Pankreasresektion erst nach intensivmedizinischer Stabilisierung für 24–48h.

Outcome

Die Mortalität im heterogenen Gesamtkollektiv von Patienten mit Pankreasverletzungen liegt bei ca. 12%, die Gesamtmorbidität bei 50%. Morbidität und Mortalität korrelieren mit dem Schweregrad der Pankreasverletzung nach TOIS (Kao et al., 2003). Häufigste spezifische Komplikation ist die Pankreasfistel (35%), welche jedoch in der Regel konservativ ausheilt.

Fazit

Pankreasverletzungen mit Beteiligung des Hauptganges erfordern Resektionen mit dem Ziel der maximalen Parenchymerhaltung bei gleichzeitig sicherer Versorgung des Restpankreas. Die Komplexität der Rekonstruktion und die technisch schwierige Situation mit zuweilen gleichzeitig bestehender Peritonitis erfordern eine hohe Expertise in der Pankreaschirurgie, weshalb eine primäre Verlegung in ein Zentrum für Pankreaschirurgie bei Verdacht auf eine Pankreasverletzung angestrebt werden sollte. ■

Literatur

- Asensio, J.A., Demetriades, D., Hanpeter, D.E., Gambaro, E., and Chahwan, S. (1999). Management of pancreatic injuries. *Curr. Probl. Surg.* 36, 325–419.
- Blumgart, L. (2006). *Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas* (Philadelphia: Saunders Elsevier).
- Cowen, G.H. (1907). Case of subcutaneous injury of the pancreas: operation: recovery. *Br. Med. J.* 1, 1048–1049.
- Delcore, R., Stauffer, J.S., Thomas, J.H., and Pierce, G.E. (1994). The role of pancreatogastrostomy following pancreatoduodenectomy for trauma. *The Journal of Trauma* 37, 395–400.
- Efron, D.T., Lillemoe, K.D., Cameron, J.L., and Yeo, C.J. (2004). Central pancreatectomy with pancreaticogastrostomy for benign pancreatic pathology. *J. Gastrointest. Surg. Off. J. Soc. Surg. Aliment. Tract* 8, 532–538.
- Hassenpflug, M., Hartwig, W., Strobel, O., Hinz, U., Hackert, T., Fritz, S., Büchler, M.W., and Werner, J. (2012). Decrease in clinically relevant pancreatic fistula by coverage of the pancreatic remnant after distal pancreatectomy. *Surgery* 152, S164–171.
- Houben, C.H., Ade-Ajayi, N., Patel, S., Kane, P., Karani, J., Devlin, J., Harrison, P., and Davenport, M. (2007). Traumatic pancreatic duct injury in children: minimally invasive approach to management. *J. Pediatr. Surg.* 42, 629–635.
- Johnson, M.A., Rajendran, S., Balachandar, T.G., Kannan, D.G., Jeswanth, S., Ravichandran, P., and Surendran, R. (2006). Central pancreatectomy for benign pancreatic pathology/trauma: is it a reasonable pancreas-preserving conservative surgical strategy alternative to standard major pancreatic resection? *ANZ J. Surg.* 76, 987–995.
- Kao, L.S., Bulger, E.M., Parks, D.L., Byrd, G.F., and Jurkovich, G.J. (2003). Predictors of morbidity after traumatic pancreatic injury. *J. Trauma* 55, 898–905.
- Lawrence, C., Howell, D.A., Stefan, A.M., Conklin, D.E., Lukens, F.J., Martin, R.F., Landes, A., and Benz, B. (2008). Disconnected pancreatic tail syndrome: potential for endoscopic therapy and results of long-term follow-up. *Gastrointest. Endosc.* 67, 673–679.
- Lee, P.H., Lee, S.K., Kim, G.U., Hong, S.-K., Kim, J.-H., Hyun, Y.-S., Park, D.H., Lee, S.S., Seo, D.W., and Kim, M.-H. (2012). Outcomes of hemodynamically stable patients with pancreatic injury after blunt abdominal trauma. *Pancreatol. Off. J. Int. Assoc. Pancreatol. IAPAI* 12, 487–492.
- Moore, E.E., Cogbill, T.H., Malangoni, M.A., Jurkovich, G.J., Champion, H.R., Gennarelli, T.A., McAninch, J.W., Pachter, H.L., Shackford, S.R., and Trafton, P.G. (1990). Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. *J. Trauma* 30, 1427–1429.
- Pearson, E.G., Scaife, C.L., Mulvihill, S.J., and Glasgow, R.E. (2012). Roux-en-Y drainage of a pancreatic fistula for disconnected pancreatic duct syndrome after acute necrotizing pancreatitis. *HPB* 14, 26–31.
- Strauch, G.O. (1972). The use of pancreatogastrostomy after blunt traumatic pancreatic transection: a complete and efficient operation. *Annals of Surgery* 176, 16–18.
- Wellner, U.F., Makowiec, F., Sick, O., Hopt, U.T., and Keck, T. (2012). Arguments for an individualized closure of the pancreatic remnant after distal pancreatic resection. *World J. Gastrointest. Surg.* 4, 114–120.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Tobias Keck, MBA, FACS

Direktor

Klinik für Chirurgie

Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck

Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

Email Tobias.Keck@uksh.de

How I do it: Embolektomie an der unteren Extremität

Diagnostik

Durch die Diagnostik darf keinesfalls eine relevante Verzögerung der Revascularisation herbeigeführt werden. Falls (z. B. im Nachtdienst) zeitnah keine bildgebende Diagnostik zur Verfügung steht, kann man bei kompletter Ischämie einen Eingriff auch auf Basis der klinischen Untersuchung und des Pulsstatus planen. In diesen Fällen sollte aber intraoperativ die Möglichkeit der Angiographie bestehen.

Ansonsten ist die Duplexsonographie das ideale Verfahren mit dem (ev. vom Operateur selbst) die Lokalisation eines Thrombus und das Ausmaß einer präexistenten Arteriosklerose bestimmt werden kann. Bei Patienten mit plötzlichem Verschluss einer Beckenetape ohne kardiale Arrhythmie muss immer auch eine Aortendissektion in die Differentialdiagnostik miteinbezogen werden. Bei schlechten Schallbedingungen in der Beckenetape (Adipositas, Meteorismus) muss hier die Diagnostik um eine CT Angiographie erweitert werden.

Eine DSA (Digitale Subtraktions Angiographie) ist nur bei Verdacht auf Verschluss der Unterschenkelgefäße angezeigt. Wenn sich in diesen Fällen die peripheren Unterschenkelverschlüsse bestätigen, ist eine intraarterielle Lyse über den liegenden Katheter einer chirurgischen Embolektomie vorzuziehen.

Lagerung

Es wird immer die gesamte Extremität bis in den Unterbauch zirkulär gewaschen. Dies, um einerseits den Eingriff von der Leiste jederzeit in die Peripherie ausdehnen zu können, andererseits kann so auch eventuell notwendiges Patchmaterial (Vena saphenea magna) vom Innenknöchel geborgen werden.

Zugang

Der chirurgische Zugang zum arteriellen System wird durch die Lokalisation des Thrombembolus bestimmt. Die typische Freilegung zur Femoralisgabel mit Hautschnitt in cranio – caudaler Richtung, scharfem Schnitt bis zur Fascie des Musculus

sartorius, kulissenartigem Ändern der Präparationsrichtung auf der Faszie nach medial und Inzision derselben direkt über der Arterie, ist ein rascher Zugang, der die Lymphgefäße in der Leiste möglichst schon. Es sollte die Arteria femoralis communis auf Höhe des Leistenbandes bis über den Abgang der Arteria profunda femoris hinweg freigelegt werden.

Hängt ein Thrombus im Bereich des Adduktorenkanals und erscheint es (z.B. bei Voroperationen) nicht günstig über die Leiste zuzugehen, kann man unter Wegdrängen des Musculus sartorius nach Inzision der Faszie die Arteria femoralis superficialis proximal der Adduktorenkanals leicht darstellen.

Beim Zugang über dem dritten Poplitealsegment ist oft ein Darstellen des Abgangs der Arteria tibialis anterior (ATA) sinnvoll, um nach Arteriotomie den Abgang der ATA direkt mit dem Fogartykatheter sondieren zu können. Um genügend Übersicht zu erzielen, empfiehlt sich hier nach partiellem Ablösen des Soleusbogens die Ligatur der kreuzenden Vena tibialis anterior. Sind die embolischen Verschlüsse weit in der Peripherie lokalisiert und eine Lyse nicht möglich, können die paramalleolären Arterien jeweils durch leicht geschwungene Hautschnitte direkt über dem Gefäß freigelegt werden. Der Zugang auf die Gefäße ist hier durch ihre relativ oberflächliche Lage leicht.

Arteriotomie

Vor Klemmen der Gefäße wird systemisch Heparin appliziert. Zumindest nach proximal macht es Sinn, das Gefäß vor der Arteriotomie anzuschlingen. Bei kräftigen Gefäßen (z. B. Arteria femoralis communis) ohne wesentliche Sklerose ist eine quere Arteriotomie möglich. Der Nachteil dieser Gefäßöffnung ist, dass es leichter zu accidentiellen iatrogenen Dissektionen durch den Fogartykatheter kommt. Der Vorteil ist der einfache Gefäßverschluss durch fortlaufende Naht.

Bei geringerem Gefäßdurchmesser und bei relevanter Sklerose arteriotomiere ich längs. Die Gefahr, durch den Fogarty Katheter das Gefäßlumen im Arteriotomiebereich zu schädigen, erscheint mir hier kleiner. Außerdem ist bei einer etwaigen lokalen Endarteriektomie die Erweiterung der Arte-

riektomie nach proximal oder distal leichter. Der Nachteil ist sicher, dass der Arteriotomieverschluss mit einem kleinen Patch (bevorzugt Vene) erfolgen muss.

Entfernen des Thrombus

Ein zusammenhängender Thrombus wölbt sich oft schon nach der Arteriotomie vor und kann manchmal mit der Pinzette in toto herausgezogen werden, was für das Endothel sicher die schonendste Variante darstellt. Ist dies nicht möglich, kommt der Fogartykatheter zum Einsatz. Dieser darf nie gegen größeren Widerstand eingeführt oder auch retrahiert werden, da sonst die Dissektion oder eine relevante Intimaläsion droht. Es müssen oft mehrere Fogartymanöver erfolgen bis von proximal ein spritzennder Inflow zu verzeichnen ist und von distal keine weiteren Thromben mehr entfernt werden können. Im Anschluß an das Fogartymanöver wird das Gefäß mit Heparin – Kochsalzlösung gespült und wieder geklemmt.

Falls Thromben in der ATA über einen Zugang in der Leiste entfernt werden sollen, muss der ATA Abgang mit einem Führungsdraht sondiert werden und der Fogartykatheter über diesen Führungsdraht in das Unterschenkelgefäß eingeführt werden, andernfalls droht eine Dissektion am Abgang der ATA.

Kontrollangiographie

Diese ist bis auf wenige Ausnahmen zwingend vorgesehen. Diese Ausnahmen betreffen vor allem Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion, bei denen es anhand des Situs (z.B. reitender Thrombus in der Leistengabel mit tastbarem Popliteapuls nach Embolektomie) sicher gelungen ist den Embolus zu entfernen.

Hat man Verdacht, dass in der Peripherie noch Restthromben stecken könnten, macht es Sinn, noch vor Arteriotomieverschluss über einen Through Lumen Ballon Katheter zu angiographieren. Man erspart sich so das eventuell notwendige, nochmalige Eröffnen der Arteriotomie. Ansonsten ist die Angiographie über einen nach Arteriotomieverschluss eingebrachten Venflon ein einfaches Verfahren, das den Operationserfolg dokumentiert. Die Darstellung der arteriellen Strombahn sollte bis in den Vorfußbereich erfolgen. ■



W. Hofmann, Feldkirch

Autor:

W. Hofmann, Feldkirch

Korrespondenzadresse

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

How I do it: Embolektomie an der unteren Extremität

Zugang

Mein Standardzugang zur Embolektomie der unteren Extremität ist die lateral konvexe Hautinzision caudal des Leistenbandes und lateral der Arteria femoralis communis (AFC). Nach Abschieben des subkutanen Lymph- und Fettgewebepaketes in toto nach medial inzidiere ich die Faszie ca. 1cm medial des M. sartorius und stelle die AFC ventral dar. Anschließend wird die AFC bis knapp dorsal des Leistenbandes präpariert und mit vessel loops doppelt angeschlungen. Weiters erfolgt von der AFC die Präparation zur Femoralisbifurkation mit Darstellung und doppeltem Anschlingen der proximalen Arteria femoralis superficialis (AFS). Sodann wird bis zur Arteria profunda femoris (APF), am Kalibersprung zu erkennen, präpariert und diese doppelt angeschlungen. Auf einen doppelten Abgang sollte geachtet werden. Nach i.v. Applikation von 70-100 I.E./kg KG unfraktioniertem Heparin palpiere ich die AFC und die proximale SFA und APF.

Arteriotomie

Bei weicher Gefäßwand und fehlendem Puls erfolgt eine quere Arteriotomie der AFC direkt über dem Abgang der APF ohne Gefäßklemmung. Bei tastbarem Puls und weicher Arterienwand erfolgt die Klemmung der AFC und die Okklusion der APF und SFA mittels vessel loops und anschließender querer Arteriotomie. Sollten sich harte Gefäßspangen bei der Palpation der AFC finden - bzw. in der präinterventionellen Abklärung Hinweise auf Stenosen vorliegen - so führe ich von der AFC beginnend eine Längsarteriotomie durch.

Fogartymanöver

Standardgemäß erfolgt nun das Fogartymanöver (mit Ch4 bzw. Ch3 Katheter) der SFA und APF mit Extrahierung

des embolischen Materials. Bei gutem arteriellem Backflow aus der AFS und APF werden die Gefäße mit den loops okkludiert und nach zentral fogartiert. Sämtliche Manöver werden sooft wiederholt, bis kein Embolusrest mehr entfernt werden kann.

Bei Verdacht auf inkomplette Embolusentfernung, Dissektion oder nicht passierbarer Okklusion wird über einen Venenkatheter oder eine 6F Schleuse angiographiert. Gegebenenfalls kann röntgengezielt mit einem Führungsdraht die Okklusion passiert werden und über einen steuerbaren Fogartykatheter die Embolektomie abgeschlossen werden.

Verschluss der Arteriotomie

Die quere Arteriotomie wird mit 5/0 bzw. 6/0 Prolenenähten – Stichrichtung distal innen außen – verschlossen.

Eine Längsarteriotomie wird – gegebenenfalls mit Thrombendarteriektomie der stenosierte Gefäßabschnitte – mittels Vena saphena magna bzw. Vsm accessoria Patchplastik (fortlaufende Naht, Stichrichtung Arterie innen nach außen und Vene außen nach innen mit 5/0 oder 6/0 Prolene) verschlossen.

Intraoperative Angiographie

Anschließend wird über eine Punktion der AFC bzw. der Patchplastik mit einem Venflon eine Angiographie in DSA-Technik durchgeführt. Dies erfolgt zur Dokumentation des Operationsergebnisses bzw. der Detektion eventueller alter kollateralisierter Verschlüsse oder Stenosen. Hämodynamisch relevante Stenosen werden von mir in selber Sitzung endovaskulär therapiert. Nach Einlage einer CH12 Redondrainage erfolgte der schichtweise fortlaufende Wundverschluss.

Ausnahme: infragenualer Zugang

Bei embolischen Verschlüssen der isolierten infragenualen Strombahn und vorliegender präinterventioneller Bildgebung führe ich die Embolektomie über einen medialen infragenualen Hautschnitt und Darstellung der distalen Arteria poplitea im Segment 3 (P3) durch. Hierbei wird nach zweifachem, doppeltem Anschlingen der P3 knapp proximal des Abganges der Arteria tibialis anterior grundsätzlich quer arteriotomiert. Die 3 Unterschenkelgefäße werden selektiv embolektomiert. Ebenso wird nach Verschluss der Arteriotomie mittels primärer Naht bzw. Venenpatchplastik nach Längsarteriotomie abgeschlossen und das Ergebnis angiographisch dokumentiert.



R. Zwrtek, St. Pölten

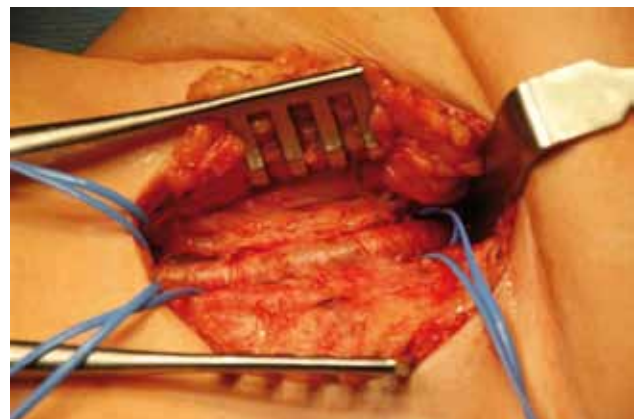
Postoperative Qualitätskontrolle

Am ersten postoperativen Tag führe ich eine Duplexsonographiekontrolle durch.

Die intraoperative radiologische Dokumentation des Operationsergebnisses stellt für mich einen unverzichtbaren Bestandteil einer qualitativ hochwertigen und nachhaltig erfolgreichen Revaskularisation dar. ■

Autor:

R. Zwrtek, St. Pölten



Korrespondenzadresse:

1.OA Dr. R. Zwrtek, MAS
Abteilung für Chirurgie
Landeskrankenhaus St. Pölten
Propst-Führer-Straße 4, A-3100 St. Pölten
E-Mail: ronald.zwrtek@stpoelten.lknoe.at

Literaturhinweise

- 1) Chiche L et al. (2013): 33 (3): Semin Liver Dis. 236-47.
- 2) Garcea G et al. (2013): 83 (7-8): ANZ J Surg. E3-E20.
- 3) Latinga MA et al. (2013): 19 (23): 3543-54.
- 4) Martel G et al. (2013): 15 (8): 617-22.
- 5) Simo KA et al. (2012): HPB 14 (11): 725-40.
- 6) Kim HH et al. (2011): World J Gastroenterol. 17 (25): 3073-4.
- 7) Del Poggio P et al. (2008): World J Gastroenterol. 14 (23): 3616-20.
- 8) Russel RT et al. (2007): World J Gastroenterol. 13: 5052-59.
- 9) Lang H et al. (1997): Transplant Proc 29: 2832-33.

Themen der Zeit: Familienfreundliches Krankenhaus: Return on Investment



J. Seifert, Berlin



N. Hennes, Duisburg



J. Ansorg, Berlin

Krankenhäuser, ehemals überwiegend kirchlich geführte Orte der Fürsorge für schwache, bedürftige und kranke Menschen, sind mittlerweile vor dem Hintergrund eines boomenden Gesundheitsmarktes zu erfolgreichen Wirtschaftsunternehmen gewachsen und partiell zu Großkonzernen fusioniert.

Dieser Wandel birgt Chancen, insbesondere im Bereich der Krankenhausmedizin: auf dem Boden einer professionalisierten Ökonomisierung hat auch die momentane Begrenztheit der Ressource „Arzt“ zu einem betriebsorientierten Umdenken hinsichtlich ärztlicher Arbeit, Struktur und Organisation geführt.

Krankenhäuser als sogenannte Gesundheitsunternehmen stehen im Wettbewerb um Ärzte, insbesondere Fachärzte, was sich eindrücklich im Umfang des Anzeigenteiles des Deutschen Ärzteblattes widerspiegelt. Immer häufiger werben Kliniken mit einer *leistungsgerechten und verhandelbaren Vergütung* (Stichwort AT-Verträge) sowie mit dem Versprechen von *Vereinbarkeit von Familie und Beruf*. Längst ist die Familie vom Bundesfamilienministerium zum „Erfolgsfaktor“ für Unternehmen benannt und ein Netzwerk ins Leben gerufen worden, dem bereits 3600 Unternehmen angehören, die sich verpflichtet haben, eine neue Balance zwischen Familie und Beruf zu erarbeiten (<http://www.erfolgsfaktor-familie.de/>)

Familienfreundliche Strukturen im Krankenhaus

Rechnet sich eine „familienbewusste Personalpolitik“?

Im „Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik“ der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und Steinbeis-Hochschule Berlin sind mittlerweile auch betriebswirtschaftliche Aspekte untersucht worden [1]. Familienbewusste Personalpolitik beeinflusst den Unternehmenserfolg positiv. Die Mitarbeiter sind motivierter, produktiver und seltener krank: Der sogenannte „Return on investment“ wird mit 23 % beziffert.

Konkrete und eindrucksvolle Berechnungen zur Effizienz einer Kinderbetreuung am Krankenhaus hat die BG-Klinik Murnau durchgeführt [2]. Die Personalfuktuation konnte von über 30 % auf unter 10 % reduziert werden, die Bindung der Mitarbeiter an das Krankenhaus wurde größer, die Teilzeitquote während der Elternzeit wurde mit etwa 17 % (gegenüber 0 % bei Betrieben ohne familienfreundliche Maßnahmen) gemessen. Fünfundneunzig Prozent der Mitarbeiter kehrten aus der Elternzeit wieder. In der Bilanz ergab sich so für das Jahr 2004 ein Gesamtaufwand von 522.000 Euro unter Abzug von Gebühreneinnahmen in Höhe von 80.000 Euro und damit ein Fehlbetrag von 442.000 Euro. Die Kosteneinsparungen wurden mit 525.000 Euro berechnet, sodass sich eine Kosten-Nutzen-Differenz zugunsten der Klinik errechnen ließ.

Familienfreundlichkeit ist mehr als Kinderbetreuung.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass immer mehr Frauen in den Arztberuf streben und Männer immer häufiger Teilhabe am Familienleben einfordern, haben wir uns dem Aspekt der Kinderbetreuung gewidmet und eine Umfrage unter deutschen Chirurgeninnen und Chirurgen durchgeführt. Unser Ziel war es, diesem Begriff einen möglichst konkreten Inhalt zu geben und eine „Internet-Deutschlandkarte“ zu erstellen, die stellensuchenden Ärzten und Ärztinnen die Möglichkeit bietet, per Mausklick möglichst umfangreiche Informationen über die Krankenhäuser hinsichtlich ihrer *Familienfreundlichkeit* zu gewinnen. Zweifelsohne kann aber „Familienfreundlichkeit“ nicht nur auf Kinderbetreuung reduziert werden. In Anlehnung an den Katalog des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) haben wir daher in unserer 2011 durchgeführten Umfrage vier Hauptkriterien benannt:

1. Kinderbetreuungsmöglichkeit
2. Flexible Arbeitszeitregelung
3. Abteilungs-/Klinikinterne Personalstruktur
4. Mitarbeiterkommunikation

Teilnehmerstruktur

Die Umfrage wurde von April 2011 bis September 2011 über BDC|Online durchgeführt. Dabei wurden alle BDC-Mitglieder per E-Mail eingeladen, sich an der Umfrage zu beteiligen und die Fragen online zu beantworten.

Die große Resonanz von 1.307 Teilnehmern zeigt uns das bestehende Interesse zum Thema Familie und Beruf. Dreiviertel der Umfrageteilnehmer (72,7 %) sind männlichen Geschlechts, sodass wir davon ausgehen können, dass Familie und Beruf längst nicht mehr nur ein weiblich besetztes Thema ist. Fast 70 % der Umfrageteilnehmer waren Ober- oder Chefärzte, 31 % Facharzt oder in Weiterbildung befindliche Kolleginnen und Kollegen. Das Durchschnittsalter der Antwortenden lag bei 44 Jahren. Wir müssen also festhalten, dass das Interesse bei den jungen Kolleginnen und Kollegen, für die wir diese Umfrage und Initiative initiiert haben, sich bei der Teilnahme eher zurück gehalten haben.

Kinderbetreuungsmöglichkeiten

Erstaunt und erfreut sind wir über den recht hohen Anteil von Kliniken mit Kita-Betreuung (39 %), von denen immerhin ein Drittel räumlich in das Krankenhaus integriert bzw. angegliedert sind. Ein Drittel der Befragten (33,8 %) gibt allerdings an, dass eine Bevorzugung bei Kindern von Pflege- und Verwaltungspersonal existiert. Differenziert man die Antworten nach den Kliniktypen der Teilnehmer, zeigt sich, dass die Möglichkeit zur Kinderbetreuung proportional zum Versorgungsgrad des Krankenhauses, und damit einhergehend der Mitarbeiteranzahl, steigt. Während nur für ein Fünftel (20,2 %) der Kollegen aus Häusern der Grund- und Regelversorgung eine Kinderbetreuung am eigenen Krankenhaus besteht, berichten Dreiviertel (77,5 %) aller Kollegen an Unikliniken, dass dort eine Kinderbetreuung angeboten wird (Abb. 1). Es zeigt sich weiterhin, dass aber gerade in Kindertagesstätten großer Häuser eine Bevorzugung von Kindern des Pflegepersonals sowie



Abb. 1: Kinderbetreuung nach Krankenhaus-Typ

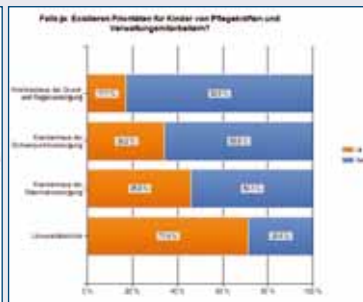


Abb. 2: Kinderbetreuung-Priorisierung nach Krankenhaus-Typ

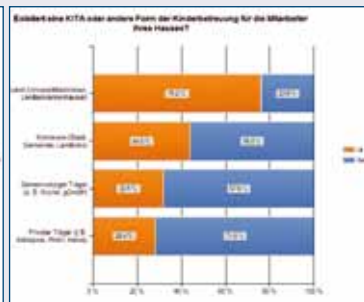


Abb. 3: Kinderbetreuung nach Krankenhaus-Träger

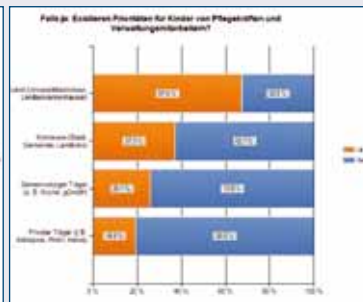


Abb. 4: Kinderbetreuung-Priorisierung nach Krankenhaus-Träger



Abb. 5: Teilzeit nach Krankenhaus-Typ

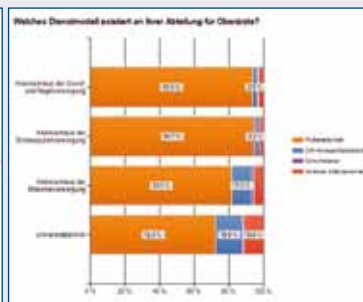


Abb. 6: Dienstmodell Assistenten nach Krankenhaus-Typ

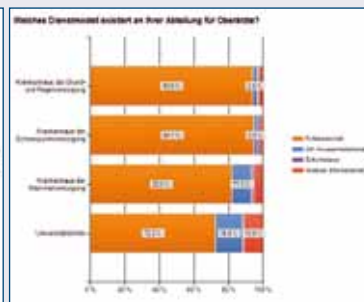


Abb. 7: Dienstmodell Oberarzt nach Krankenhaus-Typ



Abb. 8: Dienststellung männlich/weiblich

der Verwaltung existiert (Abb. 2). Kinder von Ärzten haben es in Unikliniken am schwersten, in eine Kindertagesstätte aufgenommen zu werden. Dies wird auch bei Auswertung der Freitextkommentare deutlich. Vergleicht man die Angebote zur Kinderbetreuung verschiedener Krankenhausträger, zeigt sich ein interessantes, aber folgerichtiges Bild. Während Häuser in Landesträgerschaft, wie Universitätskliniken, überwiegend Betreuungsmöglichkeiten anbieten (76 %), sind es nur knapp ein Drittel der Häuser in gemeinnütziger und privater Trägerschaft (Abb. 3 und Abb. 4). Eine Betreuung über 24 Stunden (1,1 %) oder die Betreuung am Wochenende (2,5 %) wird nur in Ausnahmefällen angeboten. Eine Altersbegrenzung besteht bei einem Drittel der Kitas (36,5 %), wobei die Kinder in der Regel ab dem 12. Lebensmonat aufgenommen werden.

Flexible Arbeitszeitregelung

Erfreulich ist, dass in 77 % der Abteilungen eine Teilzeitbeschäftigung möglich ist. Nur bei 23 % der Antwortenden existiert diese flexible Form der Arbeitszeitgestaltung nicht. Die Unterschiede zwischen den Versorgungstypen waren marginal (Abb. 5) und zwischen den Krankenhausträgern nicht feststellbar.

Das Dienstmodell variiert bei den Kolleginnen und Kollegen nach Dienststellung und Versorgungstyp des Hauses. Assistenzärzte arbeiten mehrheitlich im 24-Stundendienst (Abb. 6). Zwischen 10 und 20 Prozent der Antwortenden gibt an, im Schichtdienst zu arbeiten. Die Oberärzte arbeiten mehrheitlich im Rufdienst, wobei die Anwesenheitspflicht entsprechend der Dienstbelastung mit dem Versorgungstyp zunimmt und in Universitätskliniken ein Viertel der Oberärzte ihren Dienst im Haus versehen (Abb. 7).

Personalstruktur

Weibliche Vorbilder in Oberarzt- und Leitungsfunktion sind eher rar. Allerdings zeigt sich in den nachwachsenden Generationen eine Angleichung des zahlenmäßigen Verhältnisses zwischen Frauen und Männern in der Chirurgie. In den Reihen der Assistenzärzte ist das Geschlechterverhältnis bereits ausgeglichen (Abb. 8). Einschränkend muss hier beachtet werden, dass sich Assistenzärzte nur unterdurchschnittlich an dieser Umfrage beteiligt haben und die Frage leider nicht ganz eindeutig gestellt wurde. Die hier gefundenen Ergebnisse müssen bei einer Folgeumfrage durch eindeutige Fragestellung geprüft werden.

Mitarbeiterkommunikation

Zielvereinbarungsgespräche finden bei zwei Dritteln (63,4 %) der Kolleginnen und Kollegen regelmäßig statt, wobei am häufigsten ein Gespräch pro Jahr angeboten wird. Bei einem Viertel der Antwortenden (26,8 %) existieren außerdem Rückkehrgespräche nach Elternzeit, längerer Krankheit oder Abwesenheit. 77 % der Umfragebeteiligten gaben an, dass es keinen benannten Ansprechpartner für personal- und familienzusammenhängende Fragen gibt. Unterschiede zwischen den Krankenhausträgern und -trägern ergaben sich bei diesen Fragen nicht. Dass nur in einem Viertel der Abteilungen Ansprechpartner für Familienfragen existieren und ebenfalls nur in einem Viertel der Abteilungen Rückkehrgespräche nach längerer Abwesenheit zeigt, welches Verbesserungspotential in den Kliniken besteht, ohne dass dafür enorme Mittel aufgebracht werden müssten.

Fazit

Die Bedeutung von *Vereinbarkeit von Familie und Beruf* ist längst auch in den Krankenhausunternehmen angekommen. Inhalte und Qualität des Werbeslogans „Familienfreundlichkeit“ sind jedoch krankenhausspezifisch, d. h. individuell definiert, und waren bisher nicht transparent. Ein

▶ erstes Licht ins Dunkel konnten wir mit der hier vorgestellten anonymen Umfrage bringen. Je höher die Versorgungsstufe, desto wahrscheinlicher bietet das Krankenhaus Kinderbetreuungsmöglichkeiten an. Allerdings stehen diese Ärztekindern nur eingeschränkt zur Verfügung. Dreiviertel der Arbeitgeber bieten heute Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse an und reagieren damit flexibel auf die Anforderungen junger Familien, insbesondere von Ärztinnen mit Kindern. So wählen immer mehr

Frauen eine chirurgische Karriere, was sich in einer ausgeglichenen Geschlechterverteilung unter den Assistenzärzten widerspiegelt. Über die nächsten Jahre wird sich dieser Trend auch bei den höheren Dienststellungen fortsetzen. Die abteilungsinterne Kommunikation mit den Mitarbeitern lässt jedoch noch zu wünschen übrig und bietet erhebliches Verbesserungspotential. Dies gilt bekanntermaßen für die Zielvereinbarungs- und Weiterbildungsgespräche, aber auch für die Klärung personal-

und familienpezifischer Probleme. Durch Einrichtung eines permanenten Ansprechpartners in jeder Abteilung kann hier Abhilfe geschaffen werden.

Ausblick

Familienfreundliche Strukturen werden in den kommenden Jahren eine zunehmende Bedeutung beim Wettbewerb um motivierte ärztliche Mitarbeiter spielen. Um hier Transparenz für den chirurgischen Nachwuchs zu schaffen, wurden einige der im Rahmen dieser Erhebung abgefragten Strukturen in den Karrierebereich des Klinik- und Praxisportals „Chirurgie-Suche“ des BDC übernommen.

Unter www.chirurgie-suche.de können sich interessierte Medizinstudenten und Assistenzärzte gezielt über Weiterbildungsangebote und familienfreundliche Strukturen von Krankenhäusern informieren. Je breiter gefächert und je familienfreundlicher die Angebote einer Klinik sind, desto höher der „CS-Index Karriere“, der als roter Balken in der Trefferliste einer Suchanfrage die Kliniken vergleichbar macht.

Mit diesem Portal kommen wir unserer Idee einer Deutschlandkarte der familienfeindlichen Krankenhäuser bereits sehr nahe. In den kommenden Jahren wollen wir mit dem Portal „Chirurgie-Suche“ Transparenz im Markt schaffen und dem chirurgischen Nachwuchs eine sachliche Entscheidungsgrundlage für ihre Karriere- und Stellenwahl bieten (Abb. 9).

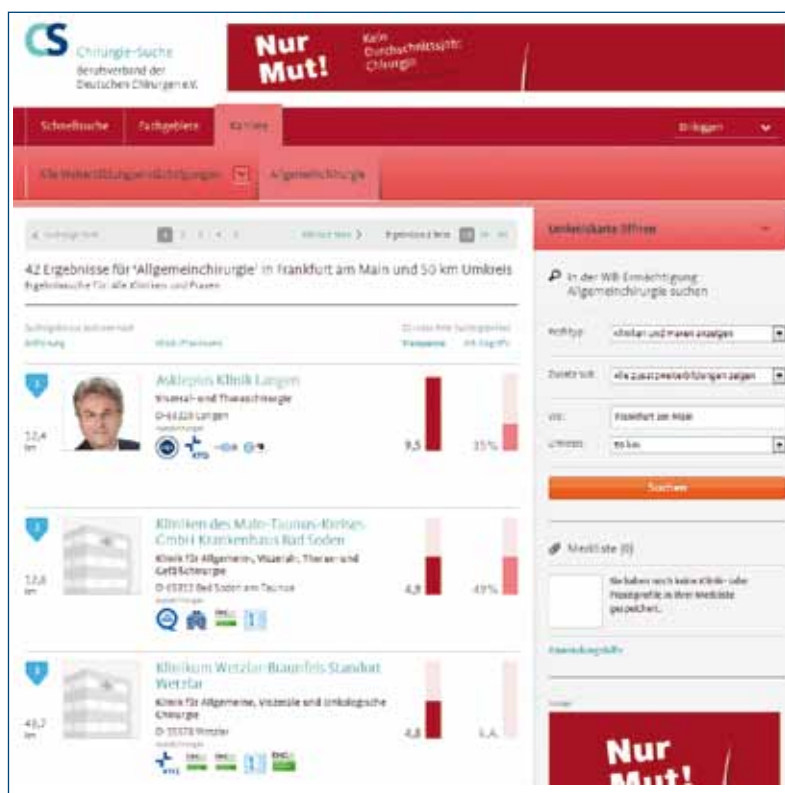


Abb. 9: Chirurgie-Suche „Karriere“

Literatur

- [1] H. Schneider, I. Gerlach, D. Juncke, J. Krieger: Betriebswirtschaftliche Ziele und Effekte einer familienbewussten Personalpolitik. Forschungszentrum familienbewusste Personalpolitik – Arbeitspapier Nr. 5, ISSN: 1861-5538
- [2] E.M. Kinateder: Kinderbetreuung in der Klinik – betriebswirtschaftlich eine gute Entscheidung. *Der Chirurg BDC* 12/2006, 370-371

Weiterführende Links

Webseite des Unternehmensprogramms 'Erfolgsfaktor Familie' des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:
<http://www.erfolgsfaktor-familie.de/>
 Klinikportal des BDC „Chirurgie-Suche“
<http://www.chirurgie-suche.de>

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Julia Seifert
 Vizepräsidentin des BDC
 Unfallkrankenhaus Berlin
 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
 Warener Straße 7
 12683 Berlin
julia.seifert@ukb.de

Radikalitätsprinzipien in der chirurgischen Therapie des GIST

Meist sind es unspezifische Symptome, die durch eine nachfolgende Untersuchungskaskade die Diagnose eines gastrointestinalen Stromatumors (GIST) detektieren. Ca. zwei Drittel werden im Rahmen einer Endoskopie als Zufallsbefund und eine nicht vernachlässigbare Anzahl wird bei notfallchirurgischen Eingriffen entdeckt.

Die unterschiedliche Organlokalisation des GIST und dessen Klassifikation ziehen ein variables erkrankungsfreies Intervall bzw. Risiko der Krankheitsprogression nach sich. Eine R0-Resektion, also mikroskopisch tumorfreie Resektionsränder, hat den größten Einfluss auf das Patientenüberleben.

Chirurgie

Nach Ausschluss einer lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Erkrankung ist die Kompletentfernung des GIST das kurative chirurgische Ziel. De Matteo hat an 127 Fällen eines primär resektablen GIST mit typischer Organverteilung über einen Beobachtungszeitraum von 4,7 Jahren gezeigt, dass das rezidiv-freie Intervall nach einem Jahr bei 83%, nach zwei Jahren bei 75% und bei 63% nach 5 und 60% nach 10 Jahren liegt, was eindeutig für ein radikal chirurgisches Procedere als Golden Standard im Falle eines primär resektablen GISTs spricht. Die R0-Resektion, mit oder ohne Multiviszeralresektion, ist Voraussetzung für diese Daten. Resektionsränder von 0,5 cm sind durchaus vertretbar, eine Ruptur der Tumorkapsel ist aber unbedingt zu vermeiden, da wir wegen der Tumorzellaussaat dann von einem metastasierten Stadium ausgehen müssten. Eine Lymphknotendissektion im onkologischen Sinne ist nicht gefordert, da die Metastasierungsrate nur bei 1 – 2 % liegt, - im Gegensatz zu den pädiatrischen und familiären GISTs.

Ösophagus

Ca. 25% aller im Ösophagus diagnostizierten Tumore sind GISTs. Die meisten sind im unteren Drittel und im gastro-ösophagealen Übergangsbereich lokalisiert. Endoskopie und Endosonographie, in Kombination mit der Feinnadelaspiration, helfen die korrekte chirurgische Strategie zu definieren. Unter 2 cm Durchmesser ist die Enukleation durchaus eine Therapie der Wahl. Bei größeren Tumoren ist wegen Adhäsionen mit der Lamina propria ein resektives Verfahren, sei es mittels transthorakaler Ösophagektomie nach Ivor-Lewis oder transhiataler Resektion des ösophagogastralen Überganges nach Merendino, zu bevorzugen.

Magen

Autopsiestudien berichten von einer hohen Inzidenz an „mikroskopischen“ GISTs, also kleiner oder gleich 1 cm im Durchmesser, variierend von 22,5 – 35%, lokalisiert im oberen Magenanteil, bzw. gastro-ösophagealen Übergang. 30% davon präsentieren sich multifokal, - keiner davon zeigt malignes Potential, solange sie keine Wachstumstendenz zeigen. Bis zu 2 cm im Durchmesser können gastrale GISTs verlaufs kontrolliert werden; bei größeren Tumoren ist allerdings die operative Entfernung ein „MUSS“. Ob die Resektion im Sinne einer Enukleation, wedge-Resektion oder gar einer Gastrektomie erfolgt, hängt von der Lokalisation des Tumors, aber auch dessen Größe ab. Ebenso richtet sich die Art des Vorgehens, laparoskopisch versus offen, nach diesen Kriterien. Gerade im Fundus und großkurvaturseits wird der laparoskopische Approach favorisiert.

Duodenum und Dünndarm

Im Gegensatz zu den GISTs des Magens haben jene des Duodenums meist eine höhere Mitoserate mit einer folglich höheren Progressionsrate ähnlich dem Dünndarm oder Rektum. Bei Tumorgrößen ≤ 1 cm und 2 cm Distanz von der Papilla Vateri kann mit einer wedge-Resektion das Auslangen gefunden werden, bei größeren Tumoren und weiterer Distanz zur Papille, lokalisiert in Region D3 und D4, ist häufig nur mehr mit einer Segmentresektion die entsprechende Radikalität zu erzielen. Große periampulläre Tumore, in Region D1 und D2, haben nicht selten eine partielle Duodenopanкреktomie zur Folge.

Etwa 25% aller GISTs sind im Dünndarm lokalisiert. 20 % sind bei der Erstdiagnose bereits metastasiert, rund 10% perforiert. Nur 70% können R0 reseziert werden, was die deutlich schlechtere Prognose erklärt. Die chirurgische Strategie reicht von der Segmentresektion bis zur Multiviszeralresektion, sei es mittels laparoskopischem oder offenem Approach.

Kolon und Rektum

Die Resektionsverfahren bei GISTs des Kolons sind in etwa 90% der Fälle die Hemikolektomie rechts oder links, ca. 10% werden mittels Segmentresektion entfernt. Die Strategie im Bereich des Rektums ist etwas anders. Um die 10% aller im Rektum lokalisierten GISTs zeigen eine mukosale Infiltration, allerdings zu nahezu 100% eine fehlende lymphatische Metastasierung. Sie sind alle CD-117 und in über 94% der Fälle CD-34 positiv, - zwei Drittel zeigen eine Exon 11 Deletion. Ausgedehnte Resektionen verbessern die Prognose nicht, weswegen eine TME nur äußerst selten gefordert ist.



E. Bareck, Wiener Neustadt

Autoren:

E. Bareck, Wr. Neustadt;
F. Längle, Wr. Neustadt



GIST des Duodenums

Die chirurgischen Verfahren reichen im Allgemeinen von der transrektalen endoskopischen Mukosektomie (TEM) bis hin zu den allgemein bekannten Resektionsverfahren der Rektumchi-

► rurgie. In Sphinkternähe sollte unbedingt eine neoadjuvante Therapie ins Behandlungskonzept miteinbezogen werden um primär mutilierende Eingriffe zu vermeiden.

Omentum und Mesenterium

In keiner der beiden anatomischen Regionen existieren Cajal Zellen, sodass die Existenz sogenannter EGISTs, also Extragastrintestinaler Stromatumore, anzuzweifeln ist. Meist findet man bei vorsichtiger Exploration feinste Verwachsungen zum Primärorgan. Miettinen et al. haben 95 Patienten mit derartigen GISTs aufgerollt. Jene mit unifokaler Metastasierung, niedriger Mitoserate und histologischer Ähnlichkeit mit den gastralen GISTs haben eine exzellente Prognose mit einem medianen Überleben von 129 Monaten. Jene mit multifokaler Metastasierung, Merkmalen der Dünndarm GISTs und hoher Mito-

sezahl sterben innerhalb der ersten 8 Monate. Ob EGISTs wirklich existieren kann nicht eindeutig beantwortet werden, den Daten nach dürften nur 1,5% wirklichen EGISTs entsprechen

R1-Resektion

Es ist klar, dass weite Resektionsgrenzen das Risiko eines Lokalrezidivs oder einer Metastasierung nicht reduzieren, aber was ist im Falle einer R1-Resektion zu tun? Einerseits gibt es keine evidenz-basierten Daten bezüglich einer Prognoseverbesserung durch Reoperation, andererseits bedeutet eine R1-Resektion für den Patienten eine lebenslange Gabe eines Tyrosinkinase-Inhibitors. Im Falle einer vertretbaren chirurgischen Morbidität und Sinnhaftigkeit eines Reeingriffes ist eine Nachresektion sicherlich sinnvoll um das Risiko eines Lokalrezidivs zu minimieren.

Conclusio

Es ist aber nicht nur die Chirurgie, die das Gesamtüberleben dieser Patienten bestimmt. Größe, Mitoseindex und das Primärorgan des Tumors bestimmen das Risiko der Krankheitsprogression.

Die Therapie des primär resektablen GIST endet aber, trotz Berücksichtigung aller dieser Faktoren nicht mit der Chirurgie. Zusätzlich zur Risikostatifizierung des Tumors ist die Mutationsanalyse eine wichtige Information in der adjuvanten Therapie.

Alle diese Informationen lassen die Notwendigkeit der Individualisierung in der Therapie des GIST in einem Tumorboard, gemeinsam mit Radiologen, Pathologen, Onkologen und Chirurgen erkennen. Nur so können wir die Therapie dieser Patienten an den letzten Stand der Wissenschaft anpassen oder sogar verbessern. ■

Literatur:

1. Evelyne Bareck, Ahmed Ba-Ssalamah, Thomas Brodowicz, Wolfgang Eisterer, Michael Häfner, Christoph Högenauer, Ulrike Kastner, et al. *Gastrointestinal stromal tumors: Diagnosis, therapy and follow-up care in Austria. Wiener Medizinische Wochenschrift. Wien Med Wochenschr* 2013 Jan; DOI 10.1007/s10354-013-0187-3
2. DeMatteo RP, Gold JS, Saran L, et al.; *Tumor mitotic rate, size and location independently predict recurrence after resection of primary gastrointestinal stromal tumor (GIST). Cancer* 2008 Feb 1;112(3):608-15.
3. Kawanowa K et al; *High incidence of microscopic gastrointestinal stromal tumors in the stomach. Hum Pathol* 2006 Dec; 37(12):1527-1535.
4. Miettinen M, Sobin LH, Lasota J; *Gastrointestinal stromal tumors presenting as omental masses-a clinicopathologic analysis of 95 cases. Am J Surg Pathol* 2009 Sep;33(9):1267-75.
5. Novitsky YW, Kercher KW, Sing RF, et al.; *Long term outcomes of laparoscopic resection of gastric gastrointestinal stromal tumors. Ann Surg* 2006 Jun;243(6):738-45; discussion 745-7.
6. Raut CP, Ashley SW; *How I do it: surgical management of gastrointestinal stromal tumors. J Gastrointest Surg* 2008 Sep;12(9):1592-9.Review

Korrespondenzadresse:

OA. Dr. Evelyne Bareck
 Facharzt für Allgemein, - Viszeralchirurgie
 Chirurgische Abteilung des LK Wiener Neustadt
 Corvinusring 3-5
 A-2700 Wiener Neustadt
 Email: Evelyne.Bareck@wienerneustadt.lknoe.at

Rückblick

54. Österreichischer Chirurgenkongress 2013

Funktionserhalt und Rekonstruktion fachbezogen und als interdisziplinäre Aufgabe

30. Mai – 1. Juni 2013, Messe Wien

Das Überthema der 54. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie „Funktionserhalt und Rekonstruktion fachbezogen und als interdisziplinäre Aufgabe“ konnte fast alle in der Gesellschaft vertretenen chirurgischen Fachrichtungen zur Mitarbeit bei der Erstellung des wissenschaftlichen Programms begeistern, wodurch vom 30. Mai bis 1. Juni 2013 ein für alle Mitglieder ausgewogen interessantes Programm in der Messe Wien veranstaltet werden konnte. Mit über 1100 Teilnehmern wurde dadurch ein absoluter Teilnehmerrekord erzielt.

Der aktuellen Beziehung von Kunst und Chirurgie wurde nicht nur in Form des Kompositionsauftrages zur Eröffnungsmusik und deren choreographischer Umsetzung bei der Chirurgen-Gala nachgegangen, sondern unter besonderem Augenmerk auf die Patientenebene durch die kongressbegleitende Ausstellung „Empathographie“. Letzere hatte zusätzlich direkten Bezug zum PatientInnentag am Vortag des Chirurgenkongresses und zum Festvortrag von Christina Lammer „DER HÄNDE WERK, poetische Augenblicke in der Chirurgie“.

Publikumstag der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie am 29. Mai 2013

Die Veranstaltung eines Publikumstages am 29. Mai 2013 in der Messe Wien, Congress Center, also am Vortag des Österreichischen Chirurgenkongresses sollte das Interesse der Öffentlichkeit, von PatientInnen, Betroffenen und Interessierten, insbesondere das der Medienvertreter auf das Kongresssthema richten, aber gleichzeitig die wesentliche Rolle der ChirurgInnen im interdisziplinären Therapiekonzept von Tumoren sichtbar machen und in ihrer Schlüsselrolle unterstreichen.

Unter dem Überthema „Chirurgie zum Begreifen“ und dem Unterthema „Moderne Krebsbehandlung ist ohne innovative Chirurgie nicht denkbar – Funktionserhalt und Rekonstruktion als zentrale Aufgaben“ führte der Kongresspräsident Manfred Frey zunächst in die Thematik ein, die Videoarbeit von Christina Lammer „Empathographie in der Chirurgie – Video I“ konnte eine besondere Kommunikationsebene für ChirurgInnen und Publikum aufbereiten. Der erste Diskussionsteil wurde durch Überblicksbeiträge von Michael Gnant über „Tumorchirurgische Erfolge – Strategien zum Organerhalt“ und von Gerhard Pierer über „Bedeutung und Organisation des interdisziplinären Zugangs“ vorbereitet, der zweite Diskussionsteil von Daniela Kandioler über „Chirurgische Krebsbehandlung heute – ein „Maßanzug“ für den einzelnen Patienten“ und von Rudolf Roka über „Was heißt Behandlungsrisiko und wie kann man es möglichst gering halten?“.

So konnte eine sehr gehaltvolle, differenzierte Diskussion stattfinden, welche anschließend noch mit den Medienvertretern im Pressegespräch vertieft wurde und auch entsprechenden Niederschlag im ORF und den Printmedien fand.



Autor:
Manfred Frey, Wien

Abb.1:
Kongresspräsident
Prof. Dr. Manfred Frey
bei der Eröffnungsrede

Ausstellung „EMPATHOGRAPHIE“

Die kongressbegleitende Ausstellung der beiden Künstlerinnen Christina Lammer und Barbara Graf wurde von Manfred Frey kuratiert und nahm Bezug auf wissenschaftliche Projekte mit an Brustkrebs erkrankten und am AKH Wien behandelten Patientinnen, welche unter der Leitung von Dr. Christina Lammer in enger Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Manfred Frey seit 2007 durchgeführt werden. In der in der Eingangshalle aufgebauten Ausstellung standen die Künstlerinnen bereits den BesucherInnen des Publikumstages, den Journalisten, und während des gesamten Kongresses den Kongressteilnehmern für angeregte Diskussionen zur Verfügung.

Kongresseröffnung

- Der Chirurgenkongress selbst wurde am 30. Mai 2013, von 9:00 bis 10:30 Uhr eröffnet. Der Kongresspräsident M. Frey verband seine Begrüßung gleich mit seiner Eröffnungsrede, in der er seine Überlegungen zum Amt des Präsidenten als Plastischer Chirurg und zur Wahl des Kongressthemas und das daraus entwickelte Kongressprogramm darstellte:

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, werte Festgäste!

Mit der Wahl zum Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und mit der damit verbundenen Aufgabe diesen Österreichischen Chirurgenkongress auszurichten habe ich heute als plastischer Chirurg das Privileg, Sie ganz herzlich zur Eröffnung dieses Kongresses zu begrüßen.

So manche von Ihnen hatte ich bereits die Gelegenheit persönlich zu begrüßen, am liebsten würde ich Sie das alle, aber erlauben Sie mir, dass ich mich auf einige wenige beschränke:

Herrn Professor Jauch, als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die sich Österreich dieses Jahr als Partnerland ausgesucht hatte, und die uns Vertreter dieses Landes beim gerade vor vier Wochen besonders erfolgreich in München abgehaltenen Deutschen Chirurgenkongress so herzlich empfangen hat. Mit ihm möchte ich alle Gäste aus Deutschland besonders herzlich begrüßen und hoffe, dass Sie unseren Kongress ebenso interessant finden und Ihren Aufenthalt hier in Wien in vergleichbar positiver Erinnerung behalten.

Als ich nach der Wahl zum Präsidenten über ein übergeordnetes Kongresssthema nachgedacht habe, war das Thema meiner Antrittsvorlesung hier in Wien 1996 bewusst oder

unbewusst für mich noch immer sehr virulent: „Leitbilder in der Plastischen Chirurgie: Interdisziplinarität und Patientenbezogenheit“. Mein Arbeitstitel war von diesen beiden, damals zugegebenerweise in der klinischen Praxis recht visionären Begriffen getragen. Es sollte ein Thema für alle Chirurgeninnen und Chirurgen werden. Von allen, die mich so kollegial und hilfreich bei der Themenwahl und den Vorbereitungen unterstützt haben, war es vor allem Rudolf Roka, der mich bestärkt hat, doch nicht meine tiefe Verwurzelung in der Plastischen, Ästhetischen und Rekonstruktiven Chirurgie zu verleugnen, auch wenn ich versuche alle assoziierten Gesellschaften und Arbeitsgruppen mit einem Thema unter ein gemeinsames chirurgisches Themen-Dach zu stellen.

Ja – Erhalt von Funktion muss Anliegen jedes Chirurgen sein, wenn es nur teilweise oder gar nicht gelingt, müssen die Interessen der Patientin, des Patienten bezüglich Rekonstruktion entweder sofort im gleichen Eingriff, oder zumindest sekundär bestmöglich vertreten werden. Das geht nur mit einem hohen Maß an selbstverständlicher Interdisziplinarität bereits im diagnostischen Vorfeld, bei Planung und bei Durchführung solcher Operationen. Sie werden sagen: Das ist doch klar, das mache ich seit Jahrzehnten! Nein, wir denken viel zu selten an das Potential von Inter- und Transdisziplinarität, und wir denken sehr oft zu spät daran, nach der operativen Behandlung, mit Bedauern. Aber wenn Sie dieses chirurgische Gewissen haben, dann fürchte ich keineswegs um eine positive Zukunft unserer Chirurgie, die einzig und allein die Patientin, den Patienten in das Zentrum aller Interessen und Bemühungen stellt.

Die Bereitschaft das Behandlungskonzept interdisziplinär zu erstellen und bei Bedarf interdisziplinär durchzuführen, oder gar bei Wahrnehmung der Behandlungszuständigkeit oder einer höheren Kompetenz in einem anderen Fachgebiet, manchmal auch in einem anderen chirurgischen Teilgebiet, die Behandlung an diese Disziplin abzutreten, also transdisziplinär vorzugehen. Dieses zurecht heute eingeforderte interdisziplinäre oder transdisziplinäre Vorgehen bedarf aber einerseits eines großen interdisziplinären Wissens um das konkrete Krankheitsbild, und andererseits einer weit entwickelten Kultur von Inter- und Transdisziplinarität. Nicht zu unterschätzen ist der damit verbundene logistische Aufwand und der zusätzliche Bedarf an Ressourcen. Der auf diese Weise primär gezielte Einsatz von Ressourcen kann aber durchaus bis zur Erreichung des Therapiezieles insgesamt Kosten sparen.

Der Farbfächer des Logos dieses Kongresses stellt das Zusammenwirken der vielen chirurgischen Fachdisziplinen gerade bei diesem Thema, von Funktionserhalt einerseits und Rekonstruktion andererseits, dar. Ich glaube, dass es uns gelungen ist ein Programm zusammenzustellen, das der Idee dieses Themas sehr gut gerecht geworden ist und tatsächlich Aktuelles aus den einzelnen Teilgebieten der Chirurgie in einem interdisziplinären bzw. transdisziplinären Zugang zu präsentieren. Bei der Gestaltung der einzelnen Sitzungen haben wir uns bemüht, möglichst einen aktuellen Standard der chirurgischen Therapie darzustellen und gleichzeitig alle Chirurgen, sei es in den akademischen Institutionen, in den chirurgischen Abteilungen



Abb. 2: Kongresslogo und Farbcodierung der assoziierten Gesellschaften

oder im niedergelassenen Bereich, zu interessieren. Es sollen interessante, aktuelle aber auch praktisch relevante Themen sein. Gemeinsame Themenschwerpunkte wie Interdisziplinarität, die ethischen und chirurgischen Grenzen von Resektion und Rekonstruktion, und die Chirurgie beim alten Patienten finden wir am Besten im Rahmen von Paneldiskussionen aufgehoben.

Die einzelnen Farben des Farbfächers finden sich in der Farbkodierung der wissenschaftlichen Sitzungen wieder, die Ihnen einerseits den Weg durch das sehr komplexe Hauptprogramm erleichtern soll, indem Sie die Farbe Ihrer Gesellschaft oder Arbeitsgruppe jeweils am Seitenrand wiederfinden. Andererseits erkennen Sie diesen Hinweis an den Eingängen zu den Sälen auf den Ankündigungspaketen mit den Sitzungsprogrammen wieder.



Abb 3: Standbild aus dem Video *Empathographie* von Christina Lammer, 2013, Teil des Ausstellungspaketes des Chirurgenkongresses

Patientenbezogenheit ist bereits ein etwas schwieriges Wort, Empathographie finden Sie weder im Österreichischen Wörterbuch noch im Duden. Es ist eine Wortschöpfung von Dr. Christina Lammer und bedeutet so viel wie bildliche Darstellung von Einfühlungsvermögen. Dr. Christina Lammer ist Soziologin, Kultur- und Kommunikationswissenschaftlerin, Autorin und Videomacherin in Wien. Seit acht Jahren habe ich die besondere Gelegenheit mit ihr in von ihr geleiteten künstlerischen Forschungsprojekten an unseren und mit unseren PatientInnen an der Klinik zusammenzuarbeiten.

In „Features – Wiener Gesichtsprojekt“ – geht es um die medizinische Erlebniswelt gesichtsgelähmter Patienten, wie sie den Eintritt der Lähmung und ihre chirurgische Behandlung bis zu ihrer möglichst weitgehenden Wiederherstellung emotionaler Kommunikation erleben. Mir geht es um die Entwicklung neuer, oder Adaptierung bewährter Operationsmethoden an den ans Tageslicht geförderten Bedürfnissen der Betroffenen, und dies jeweils aus ihrem Blickpunkt, aus ihrer Wahrnehmung und aus ihrer Beurteilung der Ergebnisqualität.

Ein zweites derzeit laufendes Projekt befasst sich mit der Bedeutung des Operationstheaters – der englische Ausdruck verdeutlicht vielleicht besser was mit theatre

gemeint ist –, es heißt „Surgical Wrappings“. Chirurgische Tücher in ihrer Notwendigkeit, aber auch als Requisiten und Metaphern dieses Operationstheaters finden wir in den textilen Arbeiten von Barbara Graf, die dann in ihren Fotoarbeiten in Bezug zum Körper treten und so einen Diskurs der beiden Künstlerinnen widerspiegeln, um die Besonderheit der chirurgischen Berührung des Körpers.

Brustkrebspatientinnen standen im Zentrum unseres ersten Projektes, wo es naturgemäß um Körperbild, Verlust und Wiederherstellung durch Brustrekonstruktion ging, aber letztlich um eine jahrelange Longitudinalstudie der Erlebnis- und Erfahrungswelt dieser Patientinnen zu ihrem Körper und zu ihrem psychosozialen Umfeld. Neben einer Optimierung unserer globalen Behandlungsqualität ging es mir auch hier ganz konkret um die Implikationen der Ergebnisse auf chirurgische Methodik.

Beide Projekte, das der Chirurgischen Tücher und das mit brustrekonstruierten Patientinnen begegnen sich in unserer kongressbegleitenden Ausstellung *Empathographie*.

Und schon wissen Sie nicht mehr, ob ich jetzt eigentlich über Kunst oder Chirurgie spreche. Über beides: Über künstlerische Aspekte der Chirurgie, über die Darstellung und Informationsvermittlung an die Patientin unter Verwendung künstlerischer Kommunikationsformen zur Verbesserung der Wahrnehmung, der Informationsaufnahme, der Verständlichkeit, des empathischen Grundtons oder auch –bildes. Viele weitere Bedeutungen könnte ich hier der Kunst im

diagnostischen und therapeutischen Prozess beimessen, ich möchte aber nur streiflichtartig die praktische Bedeutung unserer – ich möchte es „Kunstauffassung der Chirurgie“ nennen - angedeutet haben.

Es war mir ein besonderes persönliches Anliegen, im Rahmen dieses Kongresses einen Brückenschlag zwischen Chirurgie und Kunst zu vollziehen. Alleine deshalb, weil mir der Begriff Heilkunst für das was wir machen weitaus besser gefällt als der Begriff klinische Medizin, der kaum das mitschwingen lässt, was mitschwingen sollte.

Dort wo Ihnen also Kunst auf diesem Kongress begegnet, wollte ich sie als Auseinandersetzung mit unserer Zeit, in der wir leben sehen, also zeitgenössische Kunst. Auch die chirurgische Zukunft wird hoffentlich von der Gestaltung des Jetzt und nicht von einer gar nicht vorhandenen Gestaltbarkeit der Vergangenheit abhängen. Es geht mir eigentlich um die Erhaltung der Gestaltbarkeit der Zukunft der Chirurgie durch verantwortungsbewusste Interventionen in der Gegenwart.

Diese Interaktion zwischen Chirurgie und Kunst haben wir einerseits im Rahmen eines Kompositionsauftrages für die musikalische Umrahmung der Eröffnung, und im Rahmen des Festvortrages beziehungsweise der kongressbegleitenden Ausstellung *Empathographie* angestrebt. Selbst die graphische Gestaltung in den verschiedensten Bereichen dieses Kongresses, ja die Gestaltung der

▶ Papieroberfläche z.B. des Programmheftes, das Sie in Händen halten, soll Ihnen die Bedeutung der Ästhetik in der Chirurgie und hier nicht nur in der plastischen Chirurgie nahebringen, Christina Lammer wird es in ihrem Festvortrag morgen Nachmittag „poetische Momente in der Chirurgie“ nennen. Mit Moment erweitere ich ihre Poesie des Augenblicks um die Doppelbedeutung des erweiternden Synonyms Moment: Augenblick als die vom Menschen kleinste wahrnehmbare Zeiteinheit, die gerade noch eine Ja/Nein Information vergegenwärtigen lässt, einerseits, Moment als zusätzlicher physikalischer Begriff das Produkt zweier Größen, das eine Wirkung beschreibt, also Bewegung und Veränderung, andererseits.

Die Verständlichkeit zeitgenössischer Kunst bedarf meist einer Informationsbasis, darauf aufbauend kann sie oft erst für den ungeübten Hörer oder Seher das angestrebte Ziel in Reichweite bringen und ein Miterleben ermöglichen. Aus diesem Grund finden Sie zu den aufgeführten oder gezeigten Werken ausführliche Texte, welche ich Ihnen zur Einführung sehr empfehlen möchte.

Abb. 4: Uraufführung des Kompositionsauftrages an Thomas Wally „Resectio et reconstructio I-IV“ durch Thomas Frey, Flöte und das ensemble LUX bei der Kongresseröffnung

Bevor ich Sie auf diese zeitgenössische Reise schicke, möchte ich den Präsidenten der diesjährigen Partnergesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Herrn Universitätsprofessor Dr. Dr. Karl-Walter Jauch um sein Grußwort bitten.



Grußwort Prof. Dr. Dr. Karl-Walter Jauch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

In sehr spontaner und herzlicher Weise überbringt Prof. Jauch die Grußworte der Deutschen Partnergesellschaft und weist einerseits auf die mit zahlreichen Freundschaften begründeten traditionellen Verbundenheit der Deutschen und Österreichischen Chirurgen hin, andererseits aber auch auf die zahlreichen Herausforderungen des Faches Chirurgie in Gegenwart und Zukunft, die gerade in den beiden Nachbarländern viele Ähnlichkeiten aufweisen, ein gemeinsames Herangehen an die Problemstellungen und deren optimale Lösungsansätze mache entsprechend Sinn. „Wir können nur voneinander lernen“, meinte Prof. Jauch und in diesem Sinne freute er sich auf die bevorstehenden Kongresstage und den lebhaften Gedankenaustausch.



Die vier neuen Ehrenmitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie: G. Freilinger, E. Horcher, K.W. Jauch, R. Roka (von oben nach unten)

Uraufführung des Kompositionsauftrages anlässlich des 54. Österreichischen Chirurgenkongresses an Thomas Wally

Das Werk für Flöte und Streichquartett aus 2012 besteht aus 4 Teilen, in denen der Komponist auf unser Kongresssthema Bezug nimmt. In RESECTIO ET RECONSTRUCTIO reseziert Thomas Wally Teile des Urgewebes, rekonstruiert sie und ordnet sie anders an. Die Zahl der Sätze ist mit vier auf die Umrahmung der vier Teile des Programms der Kongresseröffnung abgestimmt.

Verleihung der Ehrenmitgliedschaften der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

Aufgrund einstimmigen Beschlusses des Präsidiums wurden vier Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie zu Ehrenmitgliedern ernannt:

Herr Univ.-Prof. Dr. Gerhard Freiling, in Würdigung seines internationalen akademischen Wirkens und humanitären Engagements in der Plastischen und Rekonstruktiven Chirurgie.

Herr Univ.-Prof. Dr. Ernst Horcher, in Würdigung seines akademischen Beitrages zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendchirurgie und seiner von Empathie getragenen klinischen Arbeit.

Herr Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl-Walter Jauch, in Würdigung seiner wissenschaftlichen und klinischen Vorrangstellung national und international sowie der freundschaftlichen Verbundenheit zur Österreichischen Chirurgengesellschaft.

Herr Univ.-Prof. Dr. Rudolf Roka, in Würdigung seiner Prägung der Österreichischen Chirurgie durch vier Jahrzehnte und der Repräsentanz der Österreichischen Chirurgengesellschaft als deren Generalsekretär und Präsident.

Verleihung der Ehrenmitgliedschaften der Österreichischen Gesellschaft für Thorax- und Herzchirurgie

Im Anschluss würdigte der Präsident der assoziierten Gesellschaft, Herr Prim. Dr. Wandschneider, das Wirken der drei neuen Ehrenmitglieder und ihre Verdienste um die Gesellschaft. Die feierliche Überreichung der Ehren-

urkunden erfolgte an Herrn Univ.-Prof. Dr. Peter Brücke, Herrn Univ.-Prof. Dr. Bruno Rigler und Herrn Univ.-Prof. Dr. Ernst Wolner.

Theodor Billroth Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

Wegen des exzellenten Niveaus der zum Billroth-Preis eingereichten Arbeiten hat sich die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie entschlossen die drei besten, praktisch in der Evaluation punktegleichen Arbeiten jeweils mit dem Billrothpreis 2013 auszuzeichnen:

- ▣ Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Clemens Aigner et al., Wien
Clinical ex vivo lung perfusion – pushing the limits.
- ▣ Priv.-Doz. Dr. Robert Sucher et al., Innsbruck
IDO and regulatory T cell support are critical for cytotoxic T lymphocyte-associated Ag-4 Ig-mediated long-term solid organ allograft survival.
- ▣ Dr. Patrick Starlinger et al., Wien
Neoadjuvant bevacizumab persistently inactivates VEGF at the time of surgery despite preoperative cessation.

Die Preisträger bzw. die Vertreter der Forschergruppen gaben einen kurzen Überblick über die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Arbeit und deren Implikationen für die klinische Praxis.

Schließlich wurden noch der Hans-Pichler-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der ACO-ASSO-Preis und der Wolfgang-Denk-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Thorax- und Herzchirurgie verliehen.

Industrierausstellung

Unmittelbar nach der Kongresseröffnung eröffnete Prof. Frey auch die Industrierausstellung mit Dankesworten an die so unentbehrlichen Aussteller der Industrie und einer Begehung der Ausstellung. Die Beteiligung von 43 Ausstellern 2013 gegenüber 47 im Jahr 2012 und 61 im Jahr 2011 zeigt den konjunkturabhängigen, unvermeidbaren Rückgang der Sponsoraktivitäten. Neben der reduzierten Zahl der Aussteller wurden heuer zusätzlich Reduktionsraten der Sponsorbeträge von durchschnittlich 20-25% schlagend. Durch

Abb. 6: Die drei neuen Ehrenmitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Thorax- und Herzchirurgie: E. Wolner, P. Brücke und B. Rigler (von links nach rechts)



- ▶ größtmögliches Entgegenkommen unserer Sponsoren, aber auch durch die besonders hohe Teilnehmerzahl ist voraussichtlich dennoch ein positiver Budgetabschluss zu erwarten.

Programm und Teilnehmer am 54. Österreichischen Chirurgenkongress

Auf eine sehr differenzierte Themenauswahl, die in Kooperation mit den assoziierten Gesellschaften jeweils auch das Hauptthema des Kongresses berücksichtigt hatte, wurden insgesamt 368 Abstrakte eingereicht, davon wurden 316 zu Vorträgen und 52 zu Poster angenommen. Dazu kamen 132 eingeladene Vorträge, mit deren Unterstützung und in Ergänzung mit den angemeldeten Vorträgen ein sehr umfassendes, themenspezifisches wissenschaftliches Programm auf sehr hohem Niveau zusammengestellt werden konnte. 63 wissenschaftliche Sitzungen, drei davon als Panelsitzungen, 1 Postersitzung und 3 Symposien.

Sehr erfreulich war auch, dass wieder ein Pflegesymposium mit drei Sitzungen in das Programm aufgenommen werden konnte.

26 Generalversammlungen, Vorstandssitzungen und Meetings konnten in das sehr komplexe Programm eingebaut werden.

Der praktischen Fortbildung diente das Hands on Training – Laparoskopische Chirurgie mit einem Anfängerkurs und einem Fortgeschrittenkurs.

566 Teilnehmer, davon 64 Pflegepersonal waren vorangemeldet, mit den Anmeldungen vor Ort erreichte die gesamte Teilnehmerzahl 1167! Davon waren 679 Fachärzte, 201 Assistenzärzte, 137 Studenten, 91 Pflegepersonal, 18 Ehrenmitglieder, 6 Pensionisten, 35 Presse bzw. Begleitpersonen.

Die Motivation insbesondere junger Kolleginnen und Kollegen zur Teilnahme konnte sicherlich durch die neuerliche und somit zweite Abhaltung des Young Surgeons Forum unter der Initiative und Koordination von Prof. Hans Waclawickczek wesentlich gesteigert werden und als logische Konsequenz soll dieses Young Surgeons Forum zum bleibenden Bestandteil der zukünftigen Österreichischen Chirurgenkongresse werden.

Festvortrag

Da die Beziehung Kunst und Chirurgie wichtiger Bestandteil des Veranstaltungskonzeptes des diesjährigen Chirurgenkongresses war, bot sich ein mehr der Methodik der Kunst verschriebenes Thema des Festvortrages zur Einbettung in das meist streng chirurgische wissenschaftliche Programm an. Am Freitag, 31. Mai 2013, sprach Frau Dr. Christina Lammer unter kunstvoller, multimedialer Unterstützung zum Thema: DER HÄNDE WERK poetische Augenblicke in der Chirurgie.

Rahmenprogramm

Traditionsgemäß hatte der Präsident am Mittwochabend, 29. Mai 2013, den Vorstand und die Präsidenten der assoziierten Gesellschaften, und die Ehrenmitglieder der Gesellschaft zu einem Abendempfang der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie geladen. Im stimmungsvollen Ambiente des renovierten Kuppelsaals der Technischen Universität Wien war sofort eine herzliche Stimmung für freundschaftliche Begegnungen unter exzellenter lukullischer und musikalischer Rahmung. In meiner Ansprache an die honorige Kollegenschaft adressierte ich vor allem meinen Dank an meine Förderer und Lehrer, die ja auch so zahlreich in der österreichischen Kollegenschaft vertreten sind. In einer sehr humorvollen und schwungvollen Dankesrede an mich als Präsidenten sprach Rudolf Roka offensichtlich mehr von meinen Vorzügen als von meinen Schwächen, jedenfalls sprach er in freundschaftlicher Zuneigung.

Der Festabend dieses Kongresses wurde als Chirurgen Gala am Freitag, den 31. Mai 2013 im festlichen Rahmen des großen Festsaals des Rathauses in Wien abgehalten. Die beiden Ballorchester erfreuten das tanzfreudige Publikum und niemand konnte sich der großartigen Stimmung dieses typischen Wiener Balls entziehen.

Bei der Schlussveranstaltung am Samstag wurden die AMIC-Preise und die Young-Surgeons-Forum-Preise vergeben und einerseits den zahlreichen Sponsoren gedankt, aber auch den vielen Helfern und Helferinnen, ohne deren unermüdlige Unterstützung dieser Kongress nicht zu einem solchen Erfolg hätte werden können. Ich bedanke mich besonders bei meinen MitarbeiterInnen an unserer Klinischen Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, allen





Abb. 7: Chirurgicalgala im Großen Festsaal des Wiener Rathauses

voran bei den KongresssekretärInnen Prof. Dr. Thomas Rath, Prof. Dr. Hugo Kitzinger und Dr. Julia Roka, für die höchst professionelle organisatorische Zusammenarbeit mit Frau Bianca Theuer und dem gesamten Team der Wiener Medizinischen Akademie, dem Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, und hier ganz besonders bei Herrn Prof. Dr. Rudolf Roka, der mich als Generalsekretär freundschaftlich bis zum Kongress begleitet hat und mir durch seine Unterstützung viele aktuelle Themen der Allgemeinchirurgie in mein Blickfeld gerückt hat, aber natürlich auch bei Frau Sigrid Ecker, die mit ihrer großen Erfahrung und Verlässlichkeit im Sekretariat unserer Gesellschaft keine Unsicherheiten aufkommen ließ.

Zum Abschluss erfolgte die symbolische Übergabe des Steuerrades der ÖGC an die nächste Präsidentin, Frau Prof. Dr. Freyja-Maria Smolle-Jüttner, die eine kurze Vorschau auf den 55. Chirurgenkongress 2014 in Graz gab. ■



Korrespondenzadresse

*o.Univ.-Prof. Dr. Manfred Frey
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (2012/13)
Leiter der Klin. Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
Chirurgische Universitätsklinik, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
E-Mail: manfred.frey@meduniwien.ac.at*



55. Österreichischer Chirurgenkongress

19. - 21. Juni 2014, Graz

*Chirurgie an den Grenzen der Möglichkeiten -
von Minimalinvasivität zu Maximalresektion*

Kongresspräsidentin
Univ.-Prof. Dr. Freyja-Maria Smolle-Jüttner

Organisation und Information
Wiener Medizinische Akademie, Bianca Theuer
1090 Wien, Alser Straße 4, T +43 1 4051383-12, F +43 1 4078274, bianca.theuer@medacad.org

www.chirurgenkongress.at



Protokoll der VOLLVERSAMMLUNG der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

vom Freitag, dem 31. Mai 2013, von 12:30 bis 14:30 Uhr,

im Saal Strauss 2, Messe Wien, Congress Center,

Messeplatz 1, 1020 Wien

(im Rahmen des 54. Österreichischen Chirurgenkongresses)

Der Präsident Prof. Dr. M. Frey eröffnet die Vollversammlung um 12:30 Uhr und begrüßt die Teilnehmer. Da weniger als ein Drittel der Mitglieder anwesend ist, wird statutengemäß 15 Minuten gewartet, bis

ad 1) Feststellung der Beschlussfähigkeit, Erweiterung der Tagesordnung

um 12:45 Uhr die Beschlussfähigkeit der Vollversammlung festgestellt werden kann.

Prof. Dr. M. Hermann hat ersucht einen kurzen Bericht über die Mediathek bringen zu dürfen, was ihm gerne gestattet wird. Sein Bericht soll nach dem Punkt des Schriftleiters ergänzt werden.

ad 2) Bericht des Präsidenten, Prof. Dr. Manfred Frey

Prof. Frey zeigt sich überaus zufrieden mit dem noch im Gange befindlichen Kongress. Das wissenschaftliche Programm mit 448 Vorträgen, 52 Posterpräsentationen und 3 Symposien hat viele angesprochen, sein Konzept hat sich als richtig erwiesen. Bis Freitag Mittag wurden 1.100 Besucher verzeichnet, der überwiegende Teil Fachärzte, rund 200 Assistenten sowie Pflegepersonal und Studenten. Es gab 26 administrative Sitzungen, an der Industrieausstellung haben sich 43 Firmen beteiligt. Es wird angestrebt den Österreichischen Chirurgenkongress zukünftig für in Ausbildung befindliche Kollegen und auch für Studenten noch attraktiver zu gestalten.

Der Präsident berichtet über das PR-Symposium vom November 2012, das mit einem Votum des Vorstandes zur Auftragserteilung an Fischill PR führte. Die Agentur leistet kontinuierliche PR-Arbeit auf Basis einer Monatspauschale mit dem Schwerpunkt der Aktivitäten zum Jahreskongress. Vor diesem Kongress wurde ein Publikumsstag zum Thema Krebs angeboten, der in ein Pressegespräch mit Medienvertretern überging. Neben einer ständigen Pressestelle wird auch die wichtige Funktion der Webseite betont, um die PR-Arbeit sichtbar zu machen.

ad 3) Bericht des Generalsekretärs, Prof. Dr. Rudolf Roka

Prof. Roka gibt eingangs den aktuellen Mitgliederstand bekannt: Für die Aufnahme als ordentliches Mitglied der ÖGC liegen 71 Anträge vor. Der Mitgliederstand in der ÖGC-Stammgesellschaft beträgt **2.128** Mitglieder. Stand in der Mitgliedergesamtheit (d.h. Stammgesellschaft + assoziierte Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften): **5.213** Mitglieder.

In seinem Jahresrückblick berichtet Prof. Roka eingangs über das neue Gesetz zur ästhetischen Chirurgie und die vorangegangenen Diskussionen. Es erscheint allgemein als akzeptabler Kompromiss, dass die Kerngebiete der plastischen Chirurgie dem Allgemeinchirurgen nicht mehr zugänglich sind.

Die DGAV-Update-Seminare finden vertraglich geregelt unter ÖGC-Patronanz statt und werden allgemein als qualitativ hochstehende Fortbildung anerkannt. In 14 Teilseminaren referiert und kommentiert das Expertenteam alles Neue des vergangenen Jahres, für das Thema bariatrische Chirurgie konnte Kollege Kriwanek gewonnen werden. Das Seminar 2013 verzeichnete 65 Teilnehmer aus Österreich. Bei noch stärkerer Akzeptanz durch die ÖGC-Mitglieder wäre auch ein Termin in Österreich vorgesehen.

Der Dachverband onkologisch tätiger Fachgesellschaften Österreichs (DONKO), ursprünglich gegründet als Reaktion auf die separatistischen Tendenzen der ÖGHO und damit verbundenem Gesamtanspruch auf Therapie und Leitlinien der Krebstherapie, nähert sich nun doch der ÖGHO an und es wird sogar eine Einbindung in den DONKO überlegt (Präsident Prof. Dr. P. Lukas, Innsbruck). Der DONKO versteht sich als Vertretung des Berufsstandes der in onkologischer Diagnostik, Therapie und Nachsorge tätigen Fachärzte. Der erste DONKO-Kongress wird Ende November in der Wiener Hofburg stattfinden.

Ein Vertrag zur Kooperation bei einem multizentrischen, interdisziplinären Benchmark-Projekt „Qualitätssicherung in der postoperativen Schmerztherapie“ (QUIPS) wurde unterzeichnet. Prof. Roka ruft zur Beteiligung auf.

ad 4) Bericht des Kassenverwalters, Prof. Dr. Heinrich Mächler

Prof. Mächler erläutert im Detail die Einnahmen und Ausgaben des Kassenberichtes 2012 und des Zwischenberichtes 2013. Der Kassenstand beträgt mit 15. Mai 2013 EUR 478,928,33,- (*Der detaillierte Kassenbericht kann von den Mitgliedern im ÖGC-Büro angefordert werden*). Die Finanzgebarung des Vereins wurde auch 2012 nicht nur von den beiden Rechnungsprüfern für in Ordnung befunden sondern auch einem Steuerberater vorgelegt der zu dem Ergebnis kam: Der Gebarungsabschluss wurde ordnungsgemäß aus dem Rechnungswesen ermittelt, das ordnungsgemäß geführt wird. Die im Rechnungsabschluss ausgewiesenen liquiden Mittel sind bestandsmäßig vorhanden, die Ausgaben wurden durch Belege nachgewiesen und entsprechen den Statuten.

Prof. Dr. W. Wayand regt eine Erhöhung der Beiträge für Fördernde Mitglieder bzw. eine Rundung auf einen vollen Eurobetrag an (dzt. EUR 726,72,- das entspricht ehem. ATS 10.000,-). Prof. Tuchmann berichtet von seinem Vorhaben zukünftig mehr Firmen für die Mitgliedschaft werben zu wollen und auch die Beiträge aufzurunden. Die Vollversammlung beschließt eine Anhebung der Mitgliedsbeiträge für Fördernde Mitglieder ab 2014 auf EUR 800,-

Die Mitgliedsbeiträge für die ordentlichen Mitglieder der ÖGC werden nicht angesprochen, d.h. die Beiträge, die seit dem Jahr 1996 nicht angehoben wurden, bleiben auch im Jahr 2014 unverändert.

ad 5) Bericht der Rechnungsprüfer, Entlastung des Kassenverwalters und des Vorstandes

Nach Abnahme der Jahresabrechnung stellt der Präsident den Antrag auf Entlastung des Kassenverwalters und des Vorstandes. Die Entlastung erfolgt einstimmig mit Dank und Applaus für die gute Arbeit.

ad 6) Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie, Prof. Dr. Hans-Werner Waclawiczek

Prof. Waclawiczek beginnt seinen Bericht mit einer Übersicht der Termine und Themen der Fortbildungsseminare im letzten Jahr:

111. Fortbildungsseminar, 21./22. September 2012, Themen: Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der Chirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie.

112. Fortbildungsseminar, 14./15. Dezember 2012, Themen: Bariatrike und metabolische Chirurgie, Akutes Abdomen.

Diese beiden Seminare waren mit durchschnittlich 185 Teilnehmern sehr gut besucht.

113. Fortbildungsseminar, 1./2. März 2013, Thema: Endokrine Chirurgie, gemeinsam mit der CAEK; 207 Teilnehmer.

Das nächste 114. Fortbildungsseminar wird am 27./28. September 2013 stattfinden und sich mit der Refluxkrankheit und Krankenhaushygiene beschäftigen.

Prof. Waclawiczek bedankt sich bei allen Referenten und bei den assoziierten Fachgesellschaften für die Unterstützung.

Zum zweiten Mal findet heuer ein Young Surgeons Forum im Rahmen des Kongresses statt. 40 junge KollegInnen präsentieren in drei Sitzungen, die von AssistentInnen selbst moderiert werden, ihre wissenschaftlichen Arbeiten. Die drei besten werden von einer Fachjury ausgewählt und erhalten die drei von der Gesellschaft als Kongressstipendien ausgeschriebenen Preise (EUR 2.500,-, EUR 1.000,- und EUR 500,-).

Die Ärztekammer hat eine neue Prüfungskommission für die Facharztprüfung Chirurgie eingesetzt, der unter dem Vorsitz von Prof. Waclawiczek Frau OA Mag. Dr. Katrin Bermoser, OA Dr. Martina Lemmerer, Prof. Dr. Dietmar Öfner, Doz. Dr. Andreas Shamiyeh und

Prof. Dr. Enrico Cosentini angehören. Es ist sehr erfreulich, dass der Kommission nun zwei Damen angehören, da bereits rund 50% der KandidatInnen weiblich sind. Neu ist auch, dass die Prüfung nur mehr maximal 5 Mal wiederholbar ist und dass man bereits ab dem 56. Ausbildungsmonat antreten kann. Vor der Prüfung erfolgt eine Evaluierung der Fragen durch Prof. Dr. Martin Lischka von der Besonderen Einrichtung für Medizinische Aus- und Weiterbildung (BEMAW) der Medizinischen Universität Wien; die Ergebnisse werden computerassistent ausgewertet und den Kandidaten nach 14 Tagen über Internet bekannt gegeben. Das Ergebnis der aktuell stattgefundenen Prüfung ist daher noch nicht bekannt. Dadurch entfällt leider die traditionelle Übergabe der Facharztdekrete der ÖGC im Rahmen der Eröffnung des Chirurgenkongresses. Verwiesen wird abschließend auf den ausführlichen Bericht in der Folge 2/2013 der Zeitschrift „Chirurgie“.

ad 7) Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees, Prof. Dr. Albert Tuchmann i. V. Prof. Dr. Hans-Jörg Mischinger

Bezüglich der neuen Ausbildungsstruktur schildert Prof. Tuchmann eingangs deren Eckpfeiler: Auf das Medizinstudium folgt die post-promotionelle Ausbildung bestehend aus dem für alle Mediziner gleichen allgemeinen Basisjahr (9 Monate), anschließend orientiert sich der Mediziner in Richtung Allgemeinmedizin oder wählt ein Sonderfach (die Facharztausbildung dauert 5 ¼ Jahre). Somit wird wie bisher für die Facharztausbildung ein Zeitraum von 6 Jahren anberaumt.

Die Facharztausbildung besteht aus dem Abschnitt 1, der fachspezifischen Basiskompetenz und dem Abschnitt 2, der fachspezifischen speziellen Kompetenz (Modulsystem).

ad Abschnitt 1: Die Basiskompetenz ist die Mindestanforderung für alle FachärztInnen im Sonderfach, sie muss an allen Ausbildungsstätten vermittelbar sein, internationalen Standards entsprechen und grundlegende KEF (d.h. Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten) des Sonderfaches beinhalten. Für den Abschnitt 1 sollen 4 Jahre aufgewendet werden.

ad Abschnitt 2: Die fachspezifische spezielle Kompetenz soll in den verbleibenden 1 ¼ Jahren in Form eines Modulsystems erworben werden. Insgesamt sind maximal rund 6 Module geplant. 3 dieser Module sind vom Auszubildenden verpflichtend zu wählen und zu absolvieren. Weitere Module können nach der Anerkennung als Facharzt im Rahmen der Fortbildung absolviert werden.

Bei der Auswahl der Module wurden vor allem jene Subspezialisierungen berücksichtigt, die EU-weit bereits als solche etabliert sind, es sind dies:

Modul 1: Endoskopie GI, Funktionsdiagnostik

Modul 2: Endokrinologie

Modul 3: Kolorektale Chirurgie

Modul 4: HPB-Chirurgie

Modul 5: Onkologie

Modul 6: Oberer GI-Trakt

zusätzlich

Modul 7: Wissenschaft

Modul 8 (?): Transplantation

ad 8) Bericht des Schriftleiters der „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“, Prof. Dr. Martin Riegler

Prof. Riegler dankt allen Editoren, Section-Editoren, Damen und Herren des Scientific Boards, den Gutachtern, der Industrie, den Damen und Herren des ÖGC-Vorstandes und dem Springer Verlag Wien für deren Beiträge und für die Unterstützung der Aktivitäten von ES · ACA, der offiziellen wissenschaftlichen Fachzeitschrift der ÖGC und 8 weiterer zentraleuropäischer Chirurgengesellschaften. Wichtig ist es weiterhin, in vermehrtem Maße und beständig darauf hinzuweisen, dass ES · ACA das offizielle Journal unserer Gesellschaft ist, sich Jung und Alt mit ES · ACA identifizieren und darin publizieren müssen.

Der IF 2010: 0.543; 2011: 0.283. Der von 2012 ist noch ausständig. Pro Jahr werden rund 300 Manuskripte eingereicht, die Ablehnungsrate liegt bei 82%.

Frau Prof. Smolle-Jüttner wird gebeten, den Abstract-Band des Kongresses 2014 wieder in ES · ACA herauszubringen.

Bericht über die Mediathek von ÖGC und DGCH, Prof. Dr. Michael Hermann

In der gemeinsamen Mediathek der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie steht ein didaktisch sehr wertvoller großer Wissenspool mit über 400 chirurgischen Lehrfilmen zur Verfügung, der noch stärker genutzt werden sollte. Prof. Hermann lädt zum Besuch des Mediathek-Standes ein, wo man sich über das Angebot an Filmen und über die für ÖGC-Mitglieder vergünstigten Abonnements informieren kann. Sehr erwünscht wären auch von österreichischen KollegInnen produzierte Filme zur Erweiterung des Mediathek-Angebotes. Für besonders geeignete Filme besteht auch die Möglichkeit einer Publikation im „Zentralblatt für Chirurgie“.

ad 9) Bericht des Assistentenvertreters, Dr. Christoph Sperker

Dr. Sperker bringt die Anliegen der in Ausbildung stehenden jungen KollegInnen vor:

Für die Vorbereitung auf die Facharztprüfung wird die Definition eines exakten Anforderungskatalogs gewünscht. Als weitere Hilfestellung sollten die Inhalte der ÖGC-Fortbildungsseminare online gestellt werden. Angeregt wird auch eine Senkung der Kongressgebühren für Assistenten auf jenes Niveau, das ÖGC-Mitglieder beim Deutschen Chirurgenkongress zu bezahlen haben.

Alle Vorschläge werden sehr positiv aufgenommen und die Realisierung in Aussicht gestellt.

Auch soll im kommenden Jahr die Assistentensitzung beim Kongress zur Erhöhung der Teilnehmerzahl noch besser kommuniziert werden.

ad 10) Bericht der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung (AQC), Prof. Dr. Sebastian Roka

Alle bisherigen Register (wie z.B. ungeplanter Reeingriff) wurden vom Ministerium geschlossen; die letzte Analyse stammt aus 2012. Da eine Kosten-Nutzen-Rechnung nicht aufgeht, soll eine Weiterführung nicht erfolgen.

Derzeit wird vom Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten, d.h. die bundesweite Umsetzungsstrategie von A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) in Angriff genommen. Die Besonderheit dieser österreichweiten Qualitätssicherungsmaßnahme besteht darin, dass sich alle im Gesundheitswesen relevanten Akteure durch einen Beschluss in der Bundesgesundheitskommission zur Teilnahme an A-IQI inklusive Peer-Reviews verpflichtet haben. Die ÖGC ist durch Prof. Öfner

und Prof. S.Roka im wissenschaftlichen Beirat von A-IQI vertreten. Ein ausführlicher Bericht über A-IQI ist in der aktuellen Ausgabe 2/2013 der Zeitschrift „Chirurgie“ nachzulesen.

ad 11) Bericht zum Studienzentrum, Prof. Dr. Andreas Salat

Prof. Salat berichtet, dass alle technischen Vorarbeiten für das Hämorrhoidenregister der ÖGC nun abgeschlossen sind. Zwei Wochen vor dem Kongress erfolgte eine Aussendung an alle chirurgischen Abteilungsvorstände Österreichs mit der Bitte um Beteiligung. Das Ziel des Hämorrhoidenregisters ist es, auf freiwilliger Basis österreichweit möglichst alle chirurgischen Eingriffe, die wegen eines Hämorrhoidalleidens durchgeführt werden, und deren Ergebnisse zu dokumentieren. Erfasst werden hierbei obligat nur Routineparameter (Anamnese, Vortherapie, Grade, OP-Technik, etc.), optional auch zusätzliche Parameter wie Manometrie und Nachsorgedaten. 12 Primarii haben ihre Mitarbeit bereits zugesagt und ihre Zugangsdaten angefordert.

Andere projektierte Register (wie z.B. Colonring-Register) mussten wegen Problemen mit der Ethikkommission aufgegeben werden. In Diskussion ist derzeit ein Register über sakrale Nervenstimulation, SNS-Register. Da die von der ÖGC für das Studienzentrum erworbene Software grundsätzlich für jedes Register adaptierbar ist, endet Prof. Salat mit der Einladung an die Mitglieder zur Schaffung eigener Register.

ad 12) Wahl der 2. stv. Präsidenten 2013/14 und 2014/15, d.h. Präsidenten der Kongresse 2015 und 2016, Neu- oder Wiederwahl von Vorstandsmitgliedern für das Geschäftsjahr 2013/14, Neuwahl eines Mitglieds des Ehrenrates

Prof. Frey ersucht eingangs Frau Prof. Smolle-Jüttner, die bereits im Vorjahr gewählte ÖGC-Präsidentin 2013/14, um eine kurze Vorschau auf den nächsten Chirurgenkongress: Der 55. Österreichische Chirurgenkongress wird vom 19. bis 21. Juni 2014 in der Messe Graz stattfinden. Als Leitthema wurde gewählt: Chirurgie an den Grenzen der Möglichkeiten – von Minimalinvasivität zu Maximalresektion. Eine erste Ankündigung liegt bereits auf bzw. wurde auch in das Kongressprogramm 2013 aufgenommen. Der Kongress soll wieder alle assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften mit ihren eigenen Themen vereinen, er soll vermehrt den chirurgischen Nachwuchs ansprechen, geplant ist auch ein Forum für Studenten.

Der Präsident Prof. Frey legt der Vollversammlung die Anträge des Vorstandes für die Neu- bzw. Wiederwahl vakanter Vorstandsfunktionen zur Abstimmung vor:

- Wahl des 2.stv.Präsidenten 2013/14: Vorschlag des Vorstandes: Prof. Dr. Reinhold **Függer**, Linz – dies wird einstimmig angenommen.
- Wahl des 2.stv.Präsidenten 2014/15: Vorschlag des Vorstandes: Prof. Dr. Dietmar **Öfner**, Salzburg – einstimmige Befürwortung. Prof. Függer und Prof. Öfner bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl gerne an. Beide werden sich um erfolgreiche Kongresse bemühen.
- Wahl des Schriftleiters der European Surgery/ACA: mit Dank und Applaus wird Herr Prof. Dr. Martin **Riegler** für eine weitere Funktionsperiode gewählt.
- Vertreter der Primarii von Standardkrankenhäusern: einstimmige Wiederwahl von Prim. Dr. Bernhard **Spechtenhauser**
- Vertreter der Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern: einstimmige Wiederwahl von Prim. Prof. Dr. Étienne **Wenzl**

- Wahl des Vertreters des Mittelbaus der Universitätskliniken: Vorschlag Wiederwahl Prof. Dr. Robert **Öllinger**, dies wird einstimmig angenommen.
- Wahl des Vertreters des Mittelbaus der Krankenhäuser: Vorschlag Wiederwahl Doz. Dr. Tanja **Bammer**, einstimmige Befürwortung.
- Wahl des Assistentenvertreters: Dr. Christoph **Sperker** wird für eine weitere Periode bestätigt.

Bekannt gegeben wird, dass die Senatoren in ihrer Sitzung Herrn Prof. Dr. Wolfgang **Wayand** als zweiten Vertreter neben Prof. Dr. Gerhard Szinicz in den Vorstand gewählt haben.

Nachdem Prof. Függer im nächsten Geschäftsjahr dem Vorstand angehören wird, kann er seine Funktion im Ehrenrat nicht mehr ausüben. Seine Stelle als aktiver Chirurg im Ehrenrat soll Herr Prof. Dr. M. Grabenwöger einnehmen – dies wird einstimmig befürwortet.

Übergabe des Amtes des Generalsekretärs von Prof. Dr. Rudolf Roka an Prof. Dr. Albert Tuchmann:

Prof. Dr. R. Roka meldet sich zu Wort mit der Mitteilung, dass er wie im Vorjahr gewählt und vereinbart ab dem Kongress 2013 sein Amt an Prof. Dr. A. Tuchmann übergibt.

Zum Abschied aus dem Vorstand bringt der nun scheidende Generalsekretär einen kurzen Rückblick auf die 12 Jahre seiner Amtsperiode, in der er mit großer Freude für die ÖGC tätig war. Prof. R. Roka fasst die wichtigsten Punkte des von ihm zum Amtsantritt erstellten Zielplans zusammen: Ein besonderes Anliegen war ihm die Osterweiterung und die verstärkte Einbindung der neuen EU-Länder sowie die Qualitätskontrolle, was durch die Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC) verwirklicht wurde. Wichtig war ihm auch Akzente und Initiativen im Bereich der Wissenschaft zu setzen, es folgte die Gründung des ÖGC-Studienzentrums. Gute Kontakte und Kooperationen mit anderen Fachrichtungen und mit dem Ausland (v.a. DGCH) wurden gepflegt und vorangetrieben (z.B. DONKO).

Prof. R. Roka verabschiedet sich mit seinem herzlichsten Dank an den Vorstand und mit seinen besten Erfolgswünschen an seinen Nachfolger.

Prof. Tuchmann freut sich auf die Herausforderungen als Generalsekretär und präsentiert zu Beginn seiner Tätigkeit sein 8-Punkte-Programm:

1. Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) mit ihren assoziierten Fachgesellschaften ist eine wissenschaftliche Gesellschaft. Ihre Säulen sind der Jahreskongress sowie die European Surgery/ACA (Prof. Martin Riegler) und die Zeitschrift „Chirurgie“.
2. Um das Ausbildungscurriculum wird sich die ÖGC intensiv kümmern müssen, bis zu seinem Abschluss und Inkrafttreten 2014 (Prof. Mischinger).

3. Eine kontinuierliche PR-Arbeit ist wichtig und wurde bei der letzten Vorstandssitzung beschlossen, einen monatlichen Jour fixe (Prof. Frey, Prof. S. Roka, Prof. Tuchmann) mit der PR-Agentur sieht er auch als allgemeines Tool für optimale Kommunikation.
4. Internationalität steht ebenfalls auf Tuchmanns Programm. Es bestehen ausgezeichnete Beziehungen zu Deutschland, Schweiz und USA. Prof. Tuchmann ist Governor des Austrian-Hungarian Chapters des American College of Surgeons (ACS). Homepage www.facs.org
5. Der Standespolitik kann sich die ÖGC nicht mehr entziehen. Beim diesjährigen Deutschen Chirurgenkongress hatten bereits rund 30% der Vorträge politische Themen, wie Ausbildung, Qualitätssicherung, Mindestmengen, usw. Der Berufsverband (Prof. S. Roka) ist dabei ein wertvoller Partner. Ebenso sollen Akzente hinsichtlich einer Einheit der österreichischen Chirurgie gesetzt werden.
6. Auch die Ökonomie ist Prof. Tuchmann ein Anliegen. Er wird in Kürze Firmenmitgliedschaften von Medizintechnik und Pharmaindustrie einfordern und gleichzeitig darauf hinweisen, Kongresssponsoring in den Österreichischen Chirurgenkongress einfließen zu lassen und nicht in Ski- und Strandkongresse.
7. Als Mensch ist Prof. Tuchmann maximal konsensbedürftig, er will ein Generalsekretär mit Ecken und Kanten für alle sein. Jede „andere“ Meinung ist in der Demokratie willkommen.
8. Prof. Tuchmann ist ein großer Verfechter von Kommunikation, mit dem Mail steht ein hervorragendes Medium zur Verfügung. Demnächst wird er ein Sommergespräch mit Vertretern der Industrie führen zu den Themen: Reflexion des letzten Österreichischen Chirurgenkongresses sowie Perspektiven und Vorstellungen für die nahe Zukunft.

ad 13) Gedenken der verstorbenen Mitglieder

Das Auditorium erhebt sich zu einer Gedenkminute an die im letzten Jahr verstorbenen Mitglieder, deren Namen und Fotos eingespielt werden. Die Gesellschaft hat 24 Mitglieder verloren.

ad 14) Neuaufnahme von Mitgliedern

71 Anträge auf die ordentliche Mitgliedschaft liegen vor. Die Namen und Arbeitsstätten der Aufnahmewerber werden der Vollversammlung in einer Präsentation vorgestellt. Die Aufnahme aller neuen Mitglieder wird einstimmig durch die Vollversammlung bestätigt.

ad 15) Allfälliges erfolgt keine weitere Wortmeldung.

Die Vollversammlung wird um 14:30 Uhr geschlossen.

Für die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Roka
Generalsekretär

Univ.-Prof. Dr. Manfred Frey
Präsident



Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

Die **Österreichische Gesellschaft für Chirurgie** schreibt hiermit auch für **das Jahr 2014** wieder den Theodor-Billroth-Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen Chirurgie und deren Grenzgebiete aus. Der Preis ist mit **EUR 6.000,-** dotiert.

Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Bestimmungen:

1. Der Autor der einzureichenden Arbeit muss Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie bzw. einer ihr assoziierten Fachgesellschaft sein.
2. Vorstände, Abteilungsleiter und Primarii sind von der Bewerbung insofern ausgeschlossen, als sie wohl als Mitautoren aufscheinen können, bei der Verteilung des Geldbetrages aber nicht berücksichtigt werden dürfen.
3. Der Einreicher muss Erstautor der eingereichten Arbeit sein. Die Einreichung von Gemeinschaftsarbeiten ist möglich, wobei der zuerkannte Preis auf die im Titel genannten Autoren gleichmäßig verteilt wird.
4. Die eingereichte Arbeit darf nach dem Datum der Publikation nicht älter als zwei Jahre sein und darf nur für den Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie eingereicht werden. Es ist nicht gestattet, dieselbe Arbeit für Preise anderer Institutionen einzureichen, auch ein nochmaliges Einreichen im Folgejahr ist nicht statthaft.
5. Noch nicht publizierte Arbeiten können nur eingereicht werden, wenn ein druckfertiges, von einer Zeitschrift angenommenes Manuskript vorliegt.
6. Die unter Punkt 3 und 4 genannten Sonderdrucke oder Manuskripte müssen **bis zum 6. Dezember 2013 in vierfacher Ausführung** beim Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Prim. Univ.-Prof. Dr. **Albert Tuchmann**, Frankgasse 8, Postfach 80, 1096 Wien, eingereicht werden. (Nicht deutsch oder englisch verfassten Publikationen ist eine deutsche Übersetzung – ebenfalls vierfach – beizulegen!).
7. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury. Diese Jury wird vom Präsidium der Gesellschaft bestimmt und bleibt anonym.
8. Die eingereichten Arbeiten werden nummeriert und ohne Namen der Autoren zur Begutachtung den Mitgliedern der Jury übergeben. Die Begutachtung der Arbeiten erfolgt von den einzelnen Juroren völlig unabhängig.
9. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 6 Punkten.
10. Wenn keine der Arbeiten von den Juroren als preiswürdig erachtet wird, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
11. Werden von den Juroren mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
12. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses.

Univ.-Prof. Dr. **Albert Tuchmann**
Generalsekretär

Univ.-Prof. Dr. **Freyja-Maria Smolle-Jüttner**
Präsidentin 2013/14

Termine der BöC Akademie

Veranstaltung	Termine	Ort
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische OP Techniken	18. – 19.10.2013	Innsbruck
BöC Nahtkurs Gefäßchirurgie	13.11.2013	Wien
BöC Nahtkurs Viszeralchirurgie	13.11.2013	Wien
ACP Grundkurs: Proktologische Dermatologie / STD / Onkologie	13. – 14.11.2013	Wien
13. Österreichischer Chirurgetag	15. – 16.11.2013	Baden bei Wien
3. Forum Niedergelassener Chirurgen	16.11.2013	Baden bei Wien
ACP Grundkurs: Interdisziplinärer Beckenbodenkurs	09. – 10.04.2014	Innsbruck
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische OP Techniken	02. – 03.05.2014	Innsbruck
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische OP Techniken	17. – 18.10.2014	Innsbruck

Informationen und Anmeldung unter www.boec.at

3. Anatomisch Chirurgische Woche

Von 3.6.–7.6.2013 fand die 3. Anatomisch Chirurgische Woche am Anatomischen Institut der Medizinischen Universität Graz statt. Obwohl der Kurs heuer erstmals organisatorisch zum Teil in anderen Händen lag, blieb der altbewährte Kursinhalt unverändert: Der Kurs bestand neuerlich aus zwei Teilen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, welche auch separat absolviert werden konnten.

In den ersten drei Tagen (Teil I der Anatomisch Chirurgischen Woche) lag das Hauptaugenmerk auf Präparations- und Operationsübungen in Körperregionen, welche sowohl für Unfall- als auch für Allgemeinchirurgen äußerst relevant sind. Der Schwerpunkt lag hier auf thoraxchirurgischen Grundlagen, universell einsetzbaren plastischen Techniken und schließlich der Anatomie des Oberbauchs. Nebenbei blieb aber stets ausreichend Zeit um die perfekten Bedingungen zu nutzen, um – je nach persönlichem Interesse – andere Regionen zu präparieren und so sein anatomisches Wissen aufzufrischen.

Donnerstag und Freitag (Teil II der Anatomisch Chirurgischen Woche) standen natürlich wieder ganz im Zeichen coloproktologischer Themen. Dieser Kursteil ist ja integraler Bestandteil des Ausbildungspasses der Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (ACP). Hier bietet die Arbeit in Kleingruppen (2 Sekanten pro Leiche) unschätzbare Vorteile: Die Excision des Mesorektums ist heute klinischer Standard, jedoch bestand an der Leiche die Möglichkeit, gefahrlos bewusst zu weit nach lateral zu präparieren und so die Strukturen an der lateralen Beckenwand zu studieren. Das Aufsuchen der Sakralnerven von dorsal, die Darstellung des Alcock'schen Kanals und anderer „hot spots“ waren weitere Höhepunkte, welche – selbst bei erfahrenen Chirurgen – zur Vertiefung des anatomischen Verständnisses beitrugen. Durch die intensive Kooperation mit unseren Partnern aus der Industrie war es uns darüber hinaus möglich, unter anderem maschinelle Anastomosentechniken zu vergleichen und dopplergestützte Hämorrhoidenoperationen durchzuführen.

Um die Voraussetzung für eine internationale Anerkennung des Kurses als Zulassungskriterium für die europäische Facharztausbildung zu erfüllen, schloss Kurs II mit einer Abschlussprüfung ab, welche alle 15 Kandidaten mit Erfolg bestanden.



Zum Ausklang durften wir als Überraschungsgast Univ. Prof. Dr. Max Wunderlich begrüßen, welcher in einem gewohnt pointierten Vortrag zur Therapie der Analfistel praktische Aspekte beleuchtete.

Die äußerst motivierten Teilnehmer, welche die Sezierungsmöglichkeiten voll ausschöpften und sogar die Kaffeepausen hartnäckig ignorierten, haben neuerlich bestätigt, wie relevant diese postpromotionelle Ausbildung für Chirurgen ist. Obwohl sich die Durchführung eines derartigen Kurses auf Grund der Kleingruppen organisatorisch und finanziell sehr aufwendig gestaltet, werden wir hier weiterhin innovativ neue Wege suchen, um den Kurs auszubauen.

Entsprechend dem Motto „nach dem Kurs ist vor dem Kurs“ hat die Planung für die 4. Anatomisch – Chirurgische Woche vom 2.6. – 6.6.2014 bereits begonnen. Bei Interesse bitten wir Sie schon jetzt um Anmeldung per e-mail an bernd.hoefler@klinikum-graz.at ■

Autor:
B. Höfler, Graz



Gruppen-Sonderklasse Ärztekrankenversicherung

Mit bester Versorgung gesund werden!

NEU! Die umfassende und kostengünstige Sonderklasse Krankenversicherung für Ärzte, Zahnärzte und Ihre Familien.

- » Keine Gesundheitsprüfung
- » Sonderklasse Einbettzimmer ist Standard
- » Österreichdeckung ist Standard
- » Beitritt unabhängig von der Ärztekammer/Zahnärztekammer, bei der Sie ordentliches Mitglied sind
- » Wechsel der Ärztekammer/Zahnärztekammer hat keinen Einfluss auf Vertrag



ärzteservice

Telefon: 01/402 68 34 · krankenversicherung@aerzteservice.com

www.aerzteservice.com/krankenversicherung



ärzteservice

Gesundheitsvorsorge

Ärztenservice Gesundheitsvorsorge GmbH

Ferstelgasse 6 | 1090 Wien | T: 01 402 68 34 | F: 01 402 68 34 25

www.aerzteservice.com | krankenversicherung@aerzteservice.com

www.facebook.com/aerzteservice

Sonderklasse Ärztekrankeversicherung für ChirurgInnen und Familie

Die Ärzteservice Gruppe bietet seit 2007 Gesamtlösungen für den Versicherungsbedarf der österreichischen Ärzteschaft an. Der Erfolg des Unternehmens ist auf die laufende Weiterentwicklung der Versicherungsprodukte zurückzuführen. Das umfassende Know-how des Teams ermöglicht es, Trends und Entwicklungen nicht nur frühzeitig zu erkennen, sondern auch aufzugreifen und entsprechend umzusetzen. Seit Mai 2013 bietet die Gruppe eine Sonderklasse Krankenversicherungen an, die auf die Bedürfnisse von Ärzten und Ärztinnen abgestimmt ist. Versicherer ist die Donau-Versicherung AG.

Abgestimmt auf Mediziner – IFES Fokusgruppe

„Für uns lag es nahe Ärzte zu befragen, die aus ihrem Arbeitsalltag wissen, welche Leistungen eine Sonderklasse Ärztekrankeversicherung enthalten muss.“ so Gerhard Ulmer Sprecher der Ärzteservice Gruppe. Laut Ulmer wurden die Ansprüche von Ärzten an eine Sonderklasse Krankenversicherung vor der Tarifgestaltung durch eine IFES Fokusgruppe ermittelt. „Daraus haben wir ein Produkt entwickelt, das auf die besonderen Bedürfnisse von Ärzten in der Sonderklasse Krankenversicherung abgestimmt ist.“

Die befragten Ärzte/Ärztinnen stimmten bei den grundlegenden Leistungen deutlich überein:

Sonderklasse Einbettzimmer als Standard

„Das Sonderklasse Einbettzimmer wurde von den befragten Ärzten und Ärztinnen einstimmig als wichtigster Bestandteil einer privaten Krankenversicherung bezeichnet.“ so Ulmer. „Wir haben deshalb das Einbettzimmer standardmäßig in unser Produkt aufgenommen um Ruhe und Privatsphäre gewährleisten zu können, die nur in einem Einbettzimmer möglich sind.“

Österreich bzw. weltweite Deckung

Die Österreich Deckung übernimmt die Kosten in allen Vertragskrankenhäusern unabhängig vom Wohnsitz bzw. der zuständigen Ärztekammer. Im Falle des Falles müssen zusätzliche Kosten bei der Wahl des für die notwendige Behandlung geeignetsten Krankenhauses nicht berücksichtigt werden. Bei der Erweiterung um weltweite Deckung sind stationäre Krankenhausaufenthalte in allen Staaten der Welt gedeckt – während einer Tagung oder während des Familienurlaubes. Sollte die Behandlung aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht möglich sein, werden der medizinisch notwendige, stationäre Aufenthalt sowie die Transportkosten ins Ausland übernommen.

Günstige Konditionen für die gesamte Familie

Der Beitritt zum Gruppenvertrag ist unabhängig davon, bei welcher Ärztekammer die ordentliche Mitgliedschaft besteht, d.h. ein Wechsel der Ärztekammer z.B. durch Praxisgründung oder Umzug, hat keinen Einfluss auf den Vertrag. Die besonderen Konditionen der Sonderklasse Ärztekrankeversicherung gelten auch für Ehe-, Lebenspartner und Kinder. Die Kosten einer Begleitperson werden bei Krankenhausaufenthalten von versicherten Kindern ebenfalls gedeckt. Kinder können bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres im Tarif bleiben. Wenn der Arzt in Pension geht, kann die Familie im Vertrag bleiben, solange der Arzt ordentliches Mitglied einer Ärztekammer/Zahnärztekammer bleibt.

Sonderklasse ist nicht gleich Sonderklasse

Ein Vergleich der Angebote am Markt ist sinnvoll, nicht alle Sonderklasse Versicherungen bieten die gleichen Leistungen. In einer Sonderklasse Versicherung sollte das Sonderklasse Einbettzimmer, nicht optional, sondern als Standardleistung inkludiert sein. Die Behandlungsmöglichkeit in einem anderen Bundesland oder im Ausland (z.B. Spezialkliniken) kann im Falle des Falles ausschlaggebend für den weiteren Verlauf der Genesung sein. Das Einholen einer zweiten Fachmeinung kann ebenfalls entscheidend für den Behandlungsplan sein. Als zusätzliche Bausteine bietet die Sonderklasse Ärztekrankeversicherung einen ambulanten Tarif, ambulante Zahnbehandlung und den Baustein Kur- und Erholungsaufenthalte. Diese Zusatzbausteine sind innerhalb der Familie individuell wählbar.

Einfacher Abschluss

Für den Abschluss der Sonderklasse Ärztekrankeversicherung ist es nicht notwendig ausführliche Fragen zur bisherigen Krankengeschichte zu beantworten. Der Beitritt ist für alle ordentlichen Mitglieder einer österreichischen Ärzte- bzw. Zahnärztekammer, bis Eintrittsalter 50 möglich. Alle Informationen zum Tarif finden Sie unter www.aerzteservice.com. Selbstverständlich können Sie auch den Versicherungsmakler Ihres Vertrauens kontaktieren. Dieser wird sie beraten und alle weiteren Schritte für Sie erledigen.



Gerhard Ulmer
© Fotograf Wilke

Informationen erhalten Sie von:

ÄrzteService

Gesundheitsvorsorge GmbH
Ferstelgasse 6
1090 Wien
Tel: 01/402 68 34
Fax: 01/402 68 34 -25
office@aerzteservice.com
www.aerzteservice.com



Berufsverband
Österreichischer
Chirurgen



BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.



13. Österreichischer Chirurgentag

15. und 16. November 2013

3. Forum Niedergelassener Chirurgen

16. November 2013

in Kooperation mit der **Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie**
und dem **Berufsverband der Deutschen Chirurgen**

VORLÄUFIGES PROGRAMM
Änderungen vorbehalten



13. Österreichischer Chirurgentag 2013

15. und 16. November 2013 in Baden bei Wien

Proktologie

Freitag, 15. November 2013

08:45 – 09:00 Eröffnung

09:00 – 10:30 Allgemeines

Chirurgische Anatomie des Anorektums
Radiologische Anatomie des Anorektums
Bewertung von Funktionstests
Diätetische Maßnahmen bei proktologischen Erkrankungen
Pfleßmaßnahmen bei proktologischen Erkrankungen
Perioperative Schmerztherapie
Anästhesieverfahren bei proktologischen Eingriffen

10:30 – 11:00 Kaffeepause

11:00 – 12:30 Perianale Sepsis / Fisteln

Pathogenese der perianalen Sepsis
Perianale Sepsis und Fisteln – Radiologische Anatomie für Chirurgen
Die anale Sepsis im Nachtdienst – eine Eingriff für „junge“ Chirurgen?
Das Konzept der primären Fistelspaltung mit Sphinkterrekonstruktion
Flap-Verfahren – Wie gut sind sie wirklich?
Was kann der Fistelplug?
Neue Ansätze bei Analfisteln: OTSC, LIFT, ...
Diskussion

12:30 – 13:30 Mittagspause

13:30 – 15:00 Analfissur

Pathogenese der Analfissur
Was tun bei atypischer Lage der Fissur
Medikamentöse Therapie
Botulinumtoxin
Fissurektomie
Sphinkterotomie
Diskussion

15:00 – 15:30 Kaffeepause

15:30 – 16:30 Proktologische Dermatologie

Differentialdiagnostik des perianalen Ekzems
Woran ich bei rektalen Symptomen noch denken muss
Anale HPV-Infektion und Prävention
Präkanzerosen und maligne Veränderungen

16:30 – 18:00 Fallpräsentationen und Diskussion im Expertenpanel

18:00 – 20:00 Chill-out Cocktail in der Ausstellung ▶



Berufsverband
Österreichischer
Chirurgen



BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.



► 13. Österreichischer Chirurgentag 2013

15. und 16. November 2013 in Baden bei Wien

Proktologie

Samstag, 16. November 2013

08:00 – 08:30 Generalversammlung

08:30 – 10:00 Hämorrhoiden

Wirkungsmechanismus topischer und systemischer Medikationen
Ambulante Therapien
Ligaturbasierte Verfahren: Video
Staplerverfahren: Video
Milligan-Morgan/Parks: Video
Fansler-Arnold: Video
Hämorrhoidoplastie (MISSH)
Diskussion

10:00 – 10:30 Kaffeepause

10:30 – 11:30 Prolaps

Perineale Verfahren
STARR
Rektopexie - mit oder ohne Resektion?
Einbringen von alloplastischem Material

11:30 – 12:00 Kaffeepause

12:00 – 13:30 Inkontinenz

Rationale Diagnostik
Konservative Therapiemaßnahmen: Stuhlregulierung
Konservative Therapiemaßnahmen: Physikalische Therapie
Stellenwert und Indikation zur Verwendung von „bulking agents“
Sphinkterrekonstruktion
Neuromodulationstechniken
Dynamische Muskelplastiken
Künstlicher Schließmuskel
Wer profitiert von einer Stomaanlage?

**Registrieren Sie sich JETZT
auf www.boec.at
Frühbucherbonus bis 06.10.2013**

3. Forum Niedergelassener Chirurgen

16. November 2013 in Baden bei Wien

Rechte – Pflichten – Empfehlungen

Samstag, 16. November 2013

14:00 – 16:00 Rechte – Pflichten – Empfehlungen I

Vorsitz: F.-A. Weiser, Wien; K.-F. Wollein, Wien

Aufklärung in der Ordination (*M. Haag, St. Pölten*)

Umgang mit der neuen Hygieneverordnung (*M. Sturm, Wien*)

Was bedeutet das Ordinationshilfengesetz für unsere Angestellten in der Praxis? (*M.-L. Plank, Wien*)

16:00 – 16:30 Kaffeepause

16:30 – 19:00 Rechte – Pflichten – Empfehlungen II

Vorsitz: F.-A. Weiser, Wien; K.-F. Wollein, Wien

Sedoanalgesie (*F.-A. Weiser, Wien*)

Welche Versicherungen brauche ich als selbstständiger Chirurg? (*A. Tayenthal, Wien*)

Tipps und Tricks vom Steuerberater (*A. Staribacher, Wien*)

Diskussion

Registrieren Sie sich **JETZT**
auf www.boec.at

ÖGC-VERANSTALTUNGEN & ASSOZIIERTE FACHGESELLSCHAFTEN/ ARBEITSGEMEINSCHAFTEN

Fortbildungsakademie der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Leitung: Univ.-Prof.Dr.Hans Werner Waclawiczek
Die Fortbildungsseminare werden den Mitgliedern der ÖGC kostenlos angeboten. Jedes Seminar ist mit 11 DFP-Punkten approbiert, keine Voranmeldung erforderlich!

Kostenlos auch für Studenten (mit Ausweis).

Für Nicht-Mitglieder EUR 70,-

Veranstaltungsort: Salzburg, Hörsaalzentrum der Universitätskliniken (PMU), Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg

Info: Sekretariat der ÖGC, Frankgasse 8,

Billroth-Haus, A-1096 Wien,

Fon +43 1 408 79 20

E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at

Web: www.chirurgie-ges.at

Termine und Themen:

■ 12. bis 14. Dezember 2013

115. Fortbildungsseminar der ÖGC – St.Mark's London meets Salzburg

Thema: Updates in der Chirurgie

■ 14. und 15. März 2014

116. Fortbildungsseminar der ÖGC

■ 19. und 20. September 2014

117. Fortbildungsseminar der ÖGC

■ 12. und 13. Dezember 2014

118. Fortbildungsseminar der ÖGC

■ 03. bis 05. Oktober 2013

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

Thema: Metastasen Chirurgie

Ort: St.Wolfgang

Kongresspräsidenten: Univ.-Prof.Dr.Thomas

Bachleitner-Hofmann, Univ.-Prof.Dr.Thomas

Grünberger

Info: www.aco-asso.at/jahrestagung2013

■ 03. bis 05. Oktober 2013

49. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)

Thema: Verletzungen der Hand- und Fußwurzel

Ort: Salzburg

Info: www.unfallchirurgen.at

■ 03. bis 05. Oktober 2013

51. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie

Ort: Velden

Kongresspräsident:

Prim.Priv.-Doz.Dr.Matthias Rab

Info: www.plastkongress2013.at

■ 10. bis 12. Oktober 2013

49. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Neurochirurgie (ÖGNC)

Thema: Funktionserhalt

Ort: Innsbruck

Kongresspräsident: Univ.-Prof.Dr.Claudius Thomé

Info: www.oegnc-jahrestagung.at

■ 15. bis 16. November 2013

**13. Österreichischer Chirurgetag
Thema: Proktologie**

Ort: Baden, Congress Casino

Kongresspräsident:

a.o.Univ.-Prof.Dr.Sebastian Roka

Info: www.boec.at

Fon +43 1 533 35 42

E-Mail: chirurgie@aon.at

■ 16. November 2013

3. Forum Niedergelassener Chirurgen

Ort: Baden, Congress Casino

Leiter: OA Dr.Karl Franz Wollein

Info: www.boec.at

Fon +43 1 533 35 42

E-Mail: chirurgie@aon.at

■ 25. Jänner 2014

15. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie

Ort: Wien, Naturhistorisches Museum

Info: www.spine.at

■ 27. bis 31. Jänner 2014

18. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Thema: Traumatologie im Gesichtsbereich

Ort: Mayrhofen-Zillertal

Kongresspräsident:

Univ.-Prof.Dr.Dr.Michael Rasse

Info: www.mkg-kongress.at

■ 28. Februar bis 01. März 2014

Frühjahrsklausurtagung der Österreichischen Gesellschaft für Handchirurgie (ÖGH)

Thema: Nervenverletzungen an der Hand und

Handgelenk und deren Folgeerscheinungen

Ort: Hainburg

Kongresspräsident: Prim.Dr.Thomas Hausner

Info: www.handchirurgen.at

■ 19. bis 21. Juni 2014

55. Österreichischer Chirurgenkongress (ÖGC-Jahrestagung)

Leitthema: Chirurgie an den Grenzen der

Möglichkeiten – von Minimalinvasivität zu

Maximalresektion

Ort: Graz, Messe

Kongresspräsidentin:

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

Info: Wiener Medizinische Akademie, Bianca

Theuer, Alser Straße 4, A-1090 Wien,

Fon +43 1 405 13 83 12

E-Mail: bianca.theuer@medacad.org

Web: www.chirurgenkongress.at

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

■ 06. bis 10. Oktober 2013

99th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons

Ort: Washington

Info: www.facs.org

■ 10. bis 11. Oktober 2013

Eurotransplant Annual Meeting

Ort: Leiden, Niederlande

Info: www.eurotransplant.org

■ 10. bis 12. Oktober 2013

1. Wund – D-A-CH Dreiländerkongress

Ort: Friedrichshafen

Info: www.wund-dach.org

■ 10. bis 12. Oktober 2013

54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie

Ort: Düsseldorf

Info: www.dgh-kongress.de

■ 11. bis 12. Oktober 2013

21. Jahrestagung der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie

Ort: Tübingen

Info: www.gsb-kongress.de

■ 12. bis 16. Oktober 2013

United European Gastroenterology Week

Ort: Berlin

Info: www.ueg.eu/week

■ 13. bis 16. Oktober 2013

4th World Congress of Pediatric Surgery

Ort: Berlin

Info: www.wofaps2013.com

■ 18. bis 19. Oktober 2013

14. Jahrestagung der Österreichischen Adipositas Gesellschaft

Ort: Schloss Seggau

Info: www.adipositas-austria.org

■ 18. bis 20. Oktober 2013

6. Wachauer Venensymposium

Ort: Melk

Info: www.venensymposium.org

■ 22. bis 25. Oktober 2013

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2013)

Ort: Berlin

Info: www.dkou.de

■ 23. bis 25. Oktober 2013

Austrotransplant 2013

Ort: Mayrhofen

Info: www.austrotransplant2013.at

■ 23. bis 26. Oktober 2013

7th Meeting of the International Endohernia Society (IEHS)

Ort: Windhoek, Namibia

Info: www.iehs.de

■ 24. bis 26. Oktober 2013

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DACH 2013)

Ort: Basel

Info: www.dach2013.ch

■ 24. bis 26. Oktober 2013

22. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)

Ort: Frankfurt

Info: www.dtg2013.de

■ 30. Oktober bis 01. November 2013

ESSO Advanced Course on the Treatment of Peritoneal Metastases

Ort: Izmir

Info: www.essoweb.org

■ 31. Oktober bis 02. November 2013

Congress of the European Society for Diseases of the Esophagus (ESDE)

Ort: Rotterdam

Info: www.isde.net/esde

■ 01. bis 02. November 2013

21. Endo Club Nord

Ort: Hamburg

Info: www.endoclubnord.de

■ 04. bis 07. November 2013

10. Proktologiekurs mit Live Operationen

Ort: Zürich

Info: www.proktokurs.eu



- 06. bis 09. November 2013
**3rd Biennial ECTA-Meeting :
New Technologies in Colorectal Surgery**
Ort : Singapur
Info : www.ecta2013.com
- 07. bis 09. November 2013
**32. Arbeitstagung der Chirurgischen
Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie (CAEK)**
Ort : Wuppertal
Info : www.caek2013.de
- 07. bis 09. November 2013
**8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft
Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin**
Ort : Hamburg
Info : www.dgina-kongress.de
- 07. bis 09. November 2013
Gefäßmedizinisches Symposium
Ort : Berlin
Info : www.gefaessmedizinisches-symposium-berlin.com
- 11. bis 16. November 2013
Obesity Week 2013
Ort : Atlanta, Georgia
Info : www.obesityweek.com
- 21. bis 23. November 2013
**XVII. Annual Meeting of the European Society of
Surgery (ESS)**
Ort : Malta
Info : www.essurg.org
- 26. bis 27. November 2013
Chirurgie Update Refresher
Ort : Zürich
Info : www.fomf.ch
- 28. bis 30. November 2013
**12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Computer- und Roboter assistierte Chirurgie (CURAC)**
Ort : Innsbruck
Info : www.curac.org
- 29. bis 30. November 2013
**Jahreskongress des Dachverbandes onkologisch
tätiger Fachgesellschaften Österreichs (DONKO)
Gemeinsam gegen Krebs**
Ort : Wien
Info : www.donko.or.at
- 29. bis 30. November 2013
**Laparoskopie Workshop für ChirurgInnen :
Intensives Standard und Single-Port hands-on
Training an Organen**
Ort : Burg Güssing
Info : www.bmmc.cc/chirurgie
- 29. bis 30. November 2013
2. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft
Ort : Hamburg
Info : www.knie-komplex.de
- 29. bis 30. November 2013
XIII. Bogenhausener Schultersymposium
Ort : München
Info : www.schulterorthopaedie.de
- 29. bis 30. November 2013
Endo-Update 2013
Ort : Augsburg
Info : www.endoupdate.de
- 29. bis 30. November 2013
3rd Aortic & Carotid Conference
Ort : München
Info : www.mac-conference.com
- 01. bis 05. Dezember 2013
European Colorectal Cancer
Ort : St. Gallen
Info : www.colorectalsurgery.eu
- 05. bis 07. Dezember 2013
8. Deutscher Wirbelsäulenkongress
Ort : Frankfurt am Main
Info : www.dwg-kongress.de
- 12. bis 14. Dezember 2013
**Vienna Interdisciplinary Symposium on Aortic
Repair (VISAR)**
Ort : Wien
Info : www.visar.at
- 19. bis 21. Dezember 2013
Trauma Imaging Symposium
Ort : Leogang
Info : www.traumaimaging.at
- 18. bis 25. Jänner 2014
**XVII. Viszeralchirurgische Woche, Winter-
Meeting der Qualitätssicherungsgruppe
Herniamed, International Endohermia Society,
Konsensuskonferenz – Chirurgische Infektionen
unter Patronanz der ÖGC-Fortbildungsakademie**
Ort : Wagrain
Info : www.med-online.com/wagrain
- 24. bis 25. Jänner 2014
ENDO Linz 2014
Ort : Linz
Info : www.endolinz.at
- 13. bis 15. Februar 2014
7. Endoprothetikongress
Ort : Berlin
Info : www.endokongress.de
- 14. bis 15. Februar 2014
**DGAV-Chirurgie-Update-Seminar
(unter ÖGC-Patronanz)**
Ort : Wiesbaden
Info : www.chirurgie-update.com
- 21. bis 22. Februar 2014
**DGAV-Chirurgie-Update-Seminar
(unter ÖGC-Patronanz)**
Ort : Berlin
Info : www.chirurgie-update.com
- 07. bis 08. März 2014
Kieler Arthroskopiekurs
Ort : Kiel
Info : www.kieler-arthroskopiekurs.de
- 09. bis 11. März 2014
**12th International Expert Meeting for the Surgery
for Obesity and Metabolic Disorders**
Ort : Salzburg
Info : www.obesity-online.com
- 14. bis 15. März 2014
Management of Laryngotracheal Problems
Ort : Wien
Info : www.laryngotrachealvienna2014.com
- 19. bis 22. März 2014
**57. Symposium der Deutschen Gesellschaft für
Endokrinologie (DGE)**
Ort : Dresden
Info : www.dge2014.de
- 22. bis 27. März 2014
**11th World Congress of the International Hepato-
Pancreato-Biliary Association (IHPBA)**
Ort : Seoul
Info : www.ihpba2014seoul.com
- 25. bis 28. März 2014
**131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie**
Ort : Berlin
Info : www.chirurgie2014.de
- 28. bis 29. März 2014
28. Internationaler Workshop für Phlebologie
Ort : Frankfurt/Main
Info : www.venenlinik-frankfurt.de
- 03. bis 05. April 2014
40. Deutscher Koloproktologen-Kongress
Ort : München
Info : www.mcn-nuernberg.de/DGK2014
- 03. bis 05. April 2014
**44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für
Endoskopie und Bildgebende Verfahren**
Ort : Hamburg
Info : www.dge-bv.de
- 08. bis 10. Mai 2014
**55. Symposium der Deutschsprachigen
Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH)**
Ort : Bad Ischl
Info : www.dah.at
- 11. bis 14. Mai 2014
**65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Neurochirurgie (DGNC)**
Ort : Dresden
Info : www.dgnc.de
- 21. bis 23. Mai 2014
**101. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft
für Chirurgie**
Ort : Bern
Info : www.chirurgiekongress.ch
- 24. bis 27. Mai 2014
**15th European Congress of Trauma & Emergency
Surgery**
Ort : Frankfurt
Info : www.estesonline.org
- n 28. bis 31. Mai 2014
**36th Annual International Congress of the
European Endohermia Society (EHS)**
Ort : Edinburgh
Info : www.ehs2014edinburgh.org
- 25. bis 28. Juni 2014
**14th World Congress of the European Association
for Endoscopic Surgery (EAES)**
Ort : Paris
Info : www.eaes.eu
- 27. bis 28. Juni 2014
**9. Saale-Unstrut-Symposium für Klinische
Chirurgie**
Ort : Freyburg/Unstrut
Info : www.saale-unstrut-symposium.de
- 23. bis 25. Juli 2014
**91. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen
Chirurgen**
Ort : Bad Kissingen
Info : www.vbc2014.de
- 05. bis 08. September 2014
**Congress 2014 of the International Society of
University Colon and Rectal Surgeons (ISUCRS)**
Ort : Kapstadt
Info : www.isucrs2014.co.za
- 23. bis 26. September 2014
**XXII. Congress of the European Association for
Cranio-Maxillo-Facial Surgery (EACMFS 2014)**
Ort : Prag
Info : www.eacmfs2014.com
- 01. bis 04. Oktober 2014
**24th World Congress of the International
Association of Surgeons, Gastroenterologists and
Oncologists (IASGO)**
Ort : Wien
Info : www.iasgo.org
- 16. bis 18. Oktober 2014
**23. Jahrestagung der Deutschen
Transplantationsgesellschaft**
Ort : Mannheim
Info : www.dtg2014.de
- 26. bis 30. Oktober 2014
**100th Clinical Congress of the American College of
Surgeons (ACS)**
Ort : San Francisco
Info : www.facs.org

Impressum

CHIRURGIE

Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

HERAUSGEBER

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)



Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)



CHEFREDAKTEUR

Ao. Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka

REDAKTION

BÖC Geschäftsstelle:
Sonja Niederkofler, BA

REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG

Berufsverband Österreichischer Chirurgen
Zeitschrift „Chirurgie“
c/o vereint: Vereins- und Konferenzmanagement GmbH
Hollandstraße 14/Mezzanin · A – 1020 Wien
Tel: +43 (1) 533 35 42 · Fax: +43 (1) 533 35 42 19
E-Mail: chirurgie@aon.at · URL: www.boec.at

REDAKTIONSTEAM

Prim. Univ.-Prof. Dr. Stefan Kriwanek
SMZO Donauespital, Wien

A.o. Univ. Prof. Dr. Franz Martin Riegler
Medizinische Universität, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Roka,
Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien

Ao. Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka,
Medizinische Universität, Wien

Ao. Univ. Prof. Dr. Andreas Salat,
Medizinische Universität, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann,
SMZ Floridsdorf, Wien

Univ.-Prof. Dr. Selman Uranüs,
Medizinische Universität, Graz

Univ.-Prof. Dr. Hans Werner Waclawiczek,
Univ.-Klinik für Chirurgie, Salzburg

BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT

vereint: Vereins- und Konferenzmanagement GmbH
Hollandstraße 14/Mezzanin · A-1020 Wien
Tel: +43 (1) 533 35 42 · Fax: +43 (1) 533 35 42 19
E-Mail: office@vereint.com · URL: www.vereint.com



vereint GmbH ist Lizenznehmer des Österreichischen Umweltzeichens für „Green Meetings und Green Events“

GRAFIK

kreativ Mag. Evelyne Sacher-Toporek
Linzer Straße 358a/1/7 · A – 1140 Wien
Tel: +43 (1) 416 52 27 · Fax: +43 (1) 416 85 26
E-Mail: office@kreativ-sacher.at
URL: www.kreativ-sacher.at



Mag. Evelyne Sacher-Toporek

DRUCK

print&smile druck-gesellschaft m.b.H.
Hubert Jaud
Michael-Rottmayr-Strasse 46, 5110 Oberndorf, Austria
Phone: +43-(0)6272-7135 426 | Fax: +43-(0)6272-7135 499
Email: hubert.jaud@printandsmile.co.at



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

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Hollandstrasse 14, A-1020 Wien, Tel: +43-(0)1-533 35 42, Fax: +43-(0)1-533 35 42-19
E-Mail: chirurgie@aon.at, URL: www.boec.at

Geschäftsführendes Präsidium

Präsident	S. Roka, Wien	sebastian.roka@meduniwien.ac.at
Vizepräsident	R. Maier, Baden	maier.richard@aon.at
Generalsekretär und Schriftführer	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
Finanzreferent	C. Ausch, Wien	christoph.ausch@gespag.at
Leiter der BÖC Akademie	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@akh.linz.at
Referent für NL Chirurgen	K. Wollein, Wien	karl.wollein@khgh.at

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Frankgasse 8 (Billroth-Haus), 1096 Wien, Pf. 80, Fon 01/4087920, Fax 01/4081328
E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at, Websites: www.chirurgie-ges.at und www.chirurgenkongress.at

Präsidium 2013/14

Präsidentin:	F.-M. Smolle-Jüttner, Graz	freya.smolle@medunigraz.at
Past President:	M. Frey, Wien	manfred.frey@meduniwien.ac.at
President Elect:	R. Függer, Linz	reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at
Generalsekretär:	A. Tuchmann, Wien	albert.tuchmann@wienkav.at
1.Kassenverwalter:	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
Vorsitz Aktionskomitee:	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie:	H. W. Waclawiczek, Salzburg	h.w.waclawiczek@salk.at

Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2013/14:

ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE):	Ch. Scheuba, Wien	christian.scheuba@meduniwien.ac.at
ARGE für Coloproctologie (ACP):	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC) :	C. Profanter, Innsbruck	christoph.profanter@i-med.ac.at
ARGE für Hernienchirurgie (AHC):	R. Fortelny, Wien	rene.fortelny@wienkav.at
ARGE für Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	A. Klaus, Wien	alexander.klaus@bhs.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AOTrauma Austria):	M. Wagner, Wien	michael.wagner@wienkav.at
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@meduniwien.ac.at
Austria-Hungarian Chapter des American College of Surgeons (ACS)	A. Tuchmann, Wien	albert.tuchmann@wienkav.at
Gesellschaft der Chirurgen in Wien:	F. Herbst, Wien	friedrich.herbst@bbwien.at
Ges. für Implantologie und gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP)	K. Vinzenz, Wien	kurt.vinzenz@aon.at
I.S.D.S. (Int.Society for Digestive Surgery)/österreich. Sektion	K. Glaser, Wien	karl.glaser@wienkav.at
Österr.Ges.f.Adipositaschirurgie:	K. Miller, Hallein	karl.miller@kh-hallein.at
Österr.Ges.f.Chirurgische Forschung:	R. Öllinger, Innsbruck	robert.oellinger@i-med.ac.at
Österr.Ges.f.Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO):	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@medunigraz.at
Österr.Ges.f.Gefäßchirurgie (ÖGG):	F. Hinterreiter, Linz	franz.hinterreiter@aon.at
Österr.Ges.f.Handchirurgie (ÖGH):	M. Leixnering, Wien	m.leixnering@aon.at
Österr.Ges.f.Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG):	I. Watzke, Wien	ingeborg.watzke@wienkav.at
Österr.Ges.f.Kinder- und Jugendchirurgie:	J. Schalamon, Graz	johannes.schalamon@medunigraz.at
Österr.Ges.f.Medizinische Videographie:	M. Hermann, Wien	michael.hermann@wienkav.at
Österr.Ges.f.Neurochirurgie (ÖGNC):	M. Mühlbauer, Wien	manfred.muehlbauer@wienkav.at
Österr.Ges.f.Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO):	S. Nehrer, Krets	stefan.nehrer@donau-uni.ac.at
Österr.Ges.f.Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie:	W. Jungwirth, Salzburg	w.jungwirth@plastische-chirurgie.com
Österr.Ges.f.Thorax- und Herzchirurgie:	KH. Tscheliessnigg, Graz	karlheinz.tscheliessnigg@kages.at
Österr.Ges.f.Unfallchirurgie (ÖGU):	A. Kröpfl, Linz	albert.kroepfl@auva.at
Österr.Ges.f.Wirbelsäulenchirurgie	M. Ogon, Wien	michael.ogon@oss.at

Now in surgical stapling

GREATER PRECISION, CONSISTENCY AND CONTROL

[AT YOUR FINGERTIP]



Introducing the Covidien iDrive™ Ultra Powered Stapling System



Powered,
push-button
performance

The first and only reusable fully powered endostapler is here.

Compatible with Covidien's market-leading portfolio of Tri-Staple™ technology reloads, the new iDrive™ Ultra powered handle offers one-handed, push-button operation that eliminates manual firing force and improves maneuverability. And that means greater precision, consistency and control for every procedure.