

Chirurgie

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

Komplette Remission beim Ösophaguskarzinom
Lebensqualitätsmessung in der Chirurgie
Aufklärung aus Sicht des Sachverständigen



4|2023

Sehr geehrte Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH) und des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen (BÖC), Freund*innen der Chirurgie,

Ein Editorial im Sinn von Motivation, Mentorship und Leadership!

Das ganze Jahr leiden und klagen wir vor einem negativen Hintergrund, bestehend aus Krankheiten/Covid, Missständen/Pflegemangel, Zerwürfnissen/Ärztammer und Politischen Ver(w)irrungen / :- (

Zwei im Oktober/November dieses Jahres besuchte internationale Chirurgenkongresse haben andere Denkweisen generiert:

Der Amerikanische Chirurgenkongress/American College of Surgeons in Boston sowie der Lateinamerikanische Chirurgenkongress (gemeinsam mit Kolumbianischem Chirurgenkongress und International Federation of Societies of Endoscopic Surgery) in Cartagena/Kolumbien.

Selten so viele motivierte und mit ihrem Beruf scheinbar glückliche junge Chirurg*innen an einem Ort gesehen:



Abbildung 1: American College of Surgeons

.. Und eines kam deutlich zum Ausdruck, sowohl in Vorträgen als auch in Gesprächen: **Leadership** spielt für diese jungen Leute eine herausragende Rolle: Vorbildwirkung in Operationstechniken, Patientenbetreuung, fachlicher Diskussion, wissenschaftlicher Produktivität.



Abbildung 2: Lateinamerikanischer Chirurgenkongress

Selbst gegenwärtige Protagonisten der Chirurgie mussten bekennen „... ohne Professor NN als **Mentor** wäre nichts aus mir geworden ..!“ – **Leader** müssten in sich gereifte, das eigene „Ego“ hinterstellende Persönlichkeiten sein, um Leadership überhaupt ausüben zu können.

Junge Forscher*innen bzw. Chirurg*innen hätten Anspruch auf einen Mentor; ohne einen Mentor sei weder Forschung noch klinische Chirurgie rasch und folgerichtig umsetzbar. Andererseits wurde der chirurgische Nachwuchs angehalten, sich einen Mentor zu suchen.

Dieses Leadership ist in der **Ausbildung** zum/r Chirurgen/in sowie in der kontinuierlichen Fortbildung im Höchstmaß notwendig. Gemeinsam mit dem Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC) hat eben der 22. Österreichische Chirurgenkongress, ein Meilenstein der Fortbildung in der Chirurgie, sowie das 12. Forum Niedergelassener Chirurg*innen in Baden bei Wien stattgefunden, in Kürze folgt „Chirurgie Compact“ in Salzburg. Die **Fortbildung** in der Chirurgie hat neue Anforderungen



Abbildung 3: Prof. Hermann Kessler (rechts im Bild), Ehrenmitglied der ÖGCH und Beispiel eines Mentors, bei dem bereits einige ÖGCH-Stipendiat*innen waren.

(Robotik, ICG, Mikrobiom, neoadjuvante Therapien, u.v.a.m.) zu erfüllen und soll von ÖGCH in naher Zukunft neu aufgesetzt werden. Das Geschick, die Fortbildung effektiv zu gestalten, wird darin bestehen, die zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen, Kongresse, Kurse in der Chirurgie, etc. mit neuen Unterrichtsmöglichkeiten wie Webinare, Simulationstraining, künstlicher Intelligenz, etc. in Einklang zu bringen. Der Hauptfokus chirurgischer Aus- und Fortbildung wird die jeweilige Ausbildungsstätte und der/die Hauptverantwortliche/r (?Primarius/a) bleiben, womit wir wieder bei „Leadership“ angekommen sind.

In diesem Sinn sehen wir einem „spannenden“ Jahr 2024 entgegen, und der bangeren Frage, was sich zum Guten ändern wird, .. siehe obige Zeilen und Inhalte.

Ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein glückliches Neues Jahr 2024!

Wünscht Ihnen
Ihr
Albert Tuchmann

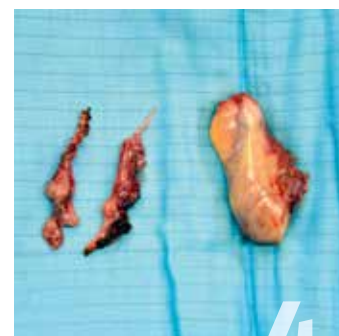
KORRESPONDENZADRESSE



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

Inhalt

- 2 Editorial
- 4 **Woher kommt das Ovarialkarzinom und was bedeutet das für die Chirurgie?**
AutorInnen: H. Sagmeister, S. F. Lax, K. Tamussino
- 6 **Komplette Remission beim Ösophaguskarzinom – was tun?**
AutorInnen: D. Kollmann, S.F. Schoppmann, Wien
- 8 **Postoperative Lebensqualität – Lebensqualitätsmessung in der Chirurgie**
AutorInnen: B. Holzner, L. Wintner; Innsbruck
- 11 **Themen der Zeit – Probleme des Chirurgen aus Sicht des Sachverständigen**
Thematik: Aufklärung
Autor: A. Shamiyeh, Linz
- 14 **Themen der Zeit – Supercoole neue Techniken für die Organtransplantation**
AutorInnen: F. Messner, G. Brandacher, Innsbruck
- 16 **Im Portrait: Der chirurgische Fragebogen**
Univ.-Prof. Dr. Gabriela Berlakovich
OA Dr. Sedat Ciftci
- 17 **Junge Chirurgie – „Die Rolle des Mentors in der chirurgischen Ausbildung“**
Autor: D. A. Salas Campos, St. Veit an der Glan
- 22 **BÖC Webinare**



4



11

ÖGCH

- 24 **ÖGCH Preise**
Theodor-Billroth-Preis der ÖGCH
Wissenschaftspreis der ÖGCH
Hans-Werner Waclawiczek-Preis der ÖGCH
- 26 **Bericht**
Hospitation an der Cleveland Clinic, Department of Colorectal Surgery
Autor: H. Schmölzer, Graz



20

Service

- 20 **Erfahrungsbericht vom 22. Österreichischen Chirurgentag und 12. Forum Niedergelassener Chirurgen des BÖC**
Autor: S. Roka, Wien
- 28 **Terminkalender**
- 29 **Impressum**
- 30 **Ihre Ansprechpartner**



Woher kommt das Ovarialkarzinom und was bedeutet das für die Chirurgie?

AutorInnen: H. Sagmeister, S. F. Lax, K. Tamussino

In Österreich ist das Ovarialkarzinom die fünft häufigste Krebstodesursache bei der Frau (hinter Lunge, Brust, Colon und Pankreas) (1). Trotz zytoreduktiver Chirurgie und verbesserten Systemtherapien sterben bei ca. 800 Neuerkrankungen etwa 500 Frauen jährlich an der Erkrankung (1). Das Ovarialkarzinom bleibt das ungelöste Problem in der Gynäkologischen Onkologie.

Früherkennung?

Die Erkrankung wird nach wie vor meist im fortgeschrittenen Stadium mit unspezifischen abdominellen Symptomen, als Ausdruck von Peritonealkarzinose und Ascites, diagnostiziert. Es gibt keine verlässliche Früherkennung. Auch der transvaginale Ultraschall, der in den deutschsprachigen Ländern zum Teil der gynäkologischen Untersuchung geworden ist, hat diesbezügliche Hoffnungen nicht erfüllt.

Belastete Familien und Angelina Jolie

Lange lag der Ursprung des Ovarialkarzinoms im Dunkeln. Bekannt war zwar, dass es Familien mit hohem Aufkommen von Brust- und Eierstockkrebs gibt, aber der dafür verantwortliche Mechanismus war unbekannt. Die Entwicklung von Technologien zur Sequenzierung des menschlichen Genoms in den 1980er Jahren, führte 1994

zur Entdeckung der BRCA 1 und 2 Gene. Mutationen in diesen Tumorsuppressor Genen, deren physiologische Funktion in der Reparatur der DNA besteht, erlaubt das vermehrte Entstehen von Karzinomen; bei BRCA 1 bevorzugt im Bereich der Mamma und der Ovarien, bei BRCA 2 daneben auch noch in einer Reihe anderer Organe wie Pankreas und Prostata. Angelina Jolie, deren Mutter 2007 mit 56 Jahren an Ovarialkarzinom starb, ist wahrscheinlich die weltweit prominenteste Trägerin einer BRCA Mutation. 2013 und 2018 hat sie in zwei Beiträgen in der *New York Times* ihre Entscheidungsfindung zur prophylaktischen Mastektomie bzw. prophylaktischen Adnexektomie sehr persönlich beschrieben und somit dem Themenkreis der genetischen Krebserkrankungen zu öffentlicher Aufmerksamkeit verholfen (2).

Woher kommt das Ovarialkarzinom? Gibt es eine Vorläuferläsion?

Nach der Entdeckung der BRCA Mutationen 1994 konnten bald betroffene Familien getestet werden. Ferner wurde Frauen mit nachgewiesener BRCA Mutation nach abgeschlossenem Kinderwunsch die prophylaktische Adnexektomie empfohlen. Pathologen hatten besonderes Interesse, diese prophylaktisch entfernten Adnexen auf mögliche Vorläuferläsionen zu untersuchen. Der Durchbruch kam 2001 mit der Beschreibung von dysplastische Epithelveränderungen im Bereich der Fimbrien von prophylaktisch entfernten Tuben von Frauen mit einer BRCA Mutation durch eine holländische Gruppe (3). Die damaligen „Dysplasien“ werden inzwischen als seröse in situ Karzinome (serous tubal intraepithelial carcinoma oder abgekürzt STIC) bezeichnet (Abb. 1). Heute gilt es als erwiesen, dass der bei weitem häufigste histologische Typ des Ovarialkarzinoms, das high grade seröse Karzinom in den Fimbrien der Tuben entsteht und sich erst sekundär ins Ovar ausbreitet (4).

Schützt eine Salpingektomie vor Ovarialkarzinom?

Analysen großer Gesundheitsregister in Dänemark und Schweden zeigten bei Frauen nach Salpingektomie eine ca. 75 %-ige Risikoreduktion in Bezug auf die Entstehung eines Ovarialkarzinoms (5). Später bestätigten prospektive (wenn auch nicht randomisierte) Daten aus Kanada ein beträchtlich reduziertes Risiko für Ovarialkarzinom bei Frauen nach Salpingektomie. In einer Kohorte von 25.889 Frauen, die im Rahmen einer Hysterektomie in der kanadischen Provinz British Columbia eine Salpingektomie erfuhren, entwickelte im Beobachtungszeitraum keine der Frauen ein seröses Ovarialkarzinom (6, 7).

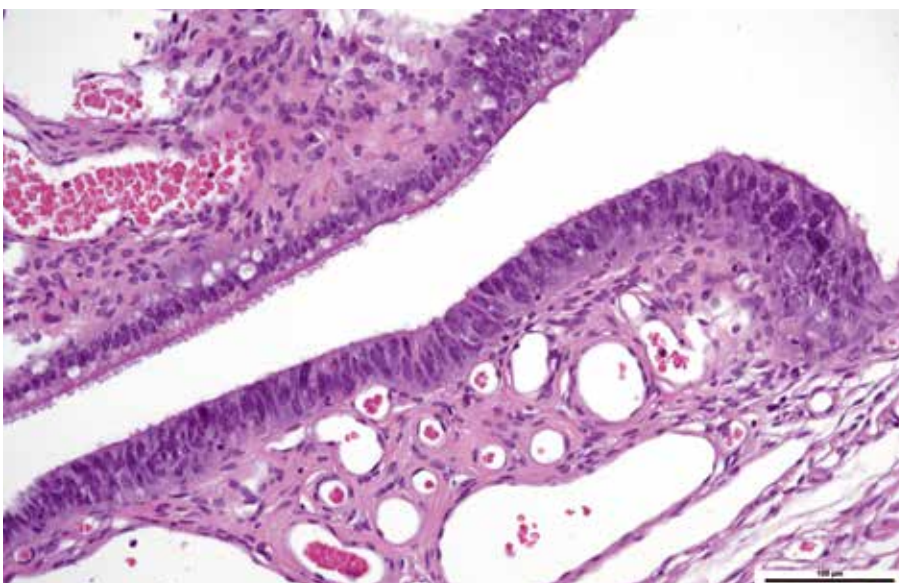


Abb. 1. Hochgradig atypisches Epithel entsprechend einer STIC (serous tubal intraepithelial carcinoma) in einer operativ entfernten Tube (Fimbriende). Im Vergleich dazu gegenüberliegend, normales Flimmerepithel der Tube. HE, Originalvergrößerung 200x.

Fachgesellschaften empfehlen die prophylaktische/opportunistische Salpingektomie

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Ursprung des Ovarialkarzinoms in der Tube und die epidemiologischen Daten aus Skandinavien führten bald zu Empfehlungen nationaler Fachgesellschaften zur sog. prophylaktischen (oder opportunistischen) Salpingektomie im Rahmen gynäkologischer Operationen (unter Belassung der Ovarien). Den Anfang machte 2011 die Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Bereits 2015 empfahl die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Pathologie (ÖGPath) die prophylaktische Entfernung der Tuben im Rahmen entsprechender gynäkologischer Operationen bei entsprechenden Frauen (8). Diese Empfehlungen, die für Frauen ohne bekannte BRCA Mutation gelten, wurden inzwischen in Österreich und anderen Ländern weitgehend umgesetzt (9).

Was bedeutet das für die Allgemein- und Viszeralchirurgie?

Die prophylaktische Salpingektomie im Rahmen gynäkologischer Eingriffe ist heute Evidenz-basiert, etabliert und empfohlen. Könnte als nächster Schritt die prophylaktische Salpingektomie auch entsprechenden Frauen bei gesetzten viszeral-chirurgischen Eingriffen angeboten und durchgeführt werden? So werden z.B. ca. 7.500 laparoskopische Cholezystektomien bei Frauen jährlich in Österreich durchgeführt.

Eine Pilotstudie bei 105 Frauen über 45 Jahren zeigte die Akzeptanz und Durchführbarkeit der prophylaktischen Salpingektomie im Rahmen einer gesetzten laparoskopischen Cholezystektomie (Abb. 2). Die durchschnittliche Operationszeit für die Salpingektomie betrug 12 Minuten und es mussten keine zusätzlichen Trokare gesetzt werden (10).

Um die prophylaktische Salpingektomie auch bei allgemein- und viszeral-chirurgischen Operationen anbieten zu können, gibt



Abb. 2. Gallenblase und prophylaktisch entfernte Tuben.

es noch einige Hausaufgaben zu machen bzw. Herausforderungen zu lösen. Es gibt einige offene Fragen: Bei welchen Operationen? Ab welchem Alter? Wer klärt für die Operation auf und wer führt sie durch? Die Finanzierung eines prophylaktischen Eingriffs ist im österreichischen Gesundheitssystem eigentlich nicht vorgesehen. Ein Modellierungsprojekt an der TU Graz erarbeitet gerade, wie viele Ovarialkarzinome durch eine prophylaktische Salpingektomie im Rahmen nicht-gynäkologischer Operationen verhindert werden könnten.

LITERATUR

1. Statistik Austria. www.statistik.at
2. Jolie A. <https://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html>
3. Piek JMJ et al. (2001): J Pathol 195:451-56.
4. Kurman RJ et al. (2011): Hum Pathol 42:918-31.
5. Falconer H et al. (2015): JNCI 107(2):dju410
6. Hanley GE et al. (2022) JAMA Network Open 1;5(2):e2147343. doi: 10.1001
7. Kahn RM et al. (2023) JAMA Surgery 158:1204-11.
8. OEGGG, ÖGPath Stellungnahme. www.oeggg.at
9. Ntoumanoglou-Schuiki A et al. (2018) EJOGRB 225:110-12.
10. Tomasch G et al. (2021) Br J Surg 107:519-24

Zusammenfassung

- Der häufigste histologische Typ des Ovarialkarzinoms, das high grade seröse Karzinom entsteht aus Vorläuferläsionen (STICs) in den Fimbrien der Tuben.
- Eine Salpingektomie reduziert das Risiko an einem Ovarialkarzinom zu erkranken beträchtlich.
- In der gynäkologischen Chirurgie ist die prophylaktische (opportunistische) Salpingektomie Evidenz-basiert, empfohlen und etabliert.
- Eine prophylaktische Salpingektomie im Rahmen allgemein- und viszeral-chirurgischer Eingriffe ist möglich.

KORRESPONDENZADRESSE

Univ.-Prof. Dr. Karl Tamussino, FACS
Medizinische Universität Graz
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Auenbruggerplatz 14
A-8036 Graz
karl.tamussino@medunigraz.at

Dr. Heidrun Sagmeister
Universitätsklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
LKH-Universitätsklinikum Graz
Auenbruggerplatz 14
A-8036 Graz

Prim. Univ.-Prof. Dr. Sigurd F. Lax
Institut für Pathologie
LKH Graz II, Standort West
Göstingerstraße 22
A-8020 Graz



Komplette Remission beim Ösophaguskarzinom – was tun?

AutorInnen: D. Kollmann, S.F. Schoppmann, Medizinische Universität Wien

Das Ösophaguskarzinom ist der weltweit 7. häufigste Tumor, mit 604 000 neu diagnostizierten Fällen im Jahr 2020, und die 6. häufigste tumorassoziierte Todesursache.¹ Die zwei Hauptentitäten sind das Plattenepithelkarzinom (PEC) und das Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs (AEG). In den letzten Jahren wurde eine dramatische Inzidenzsteigerung der AEG beobachtet. Während weltweit die PEC ca. 90 % ausmachen, hat in einigen Teilen Europas, Asiens und Nord Amerikas die Inzidenz der AEG die der PEC bereits überschritten.¹

Therapieoptionen beim Ösophaguskarzinom

Die Therapieentscheidung nach der Diagnose eines Ösophaguskarzinoms ist stadienabhängig. Die Abklärung von PatientInnen mit einem Ösophaguskarzinom inkludiert die körperliche Untersuchung, Endoskopie mit Biopsien (eventuell eine Endosonographie bei kleineren Tumoren), CT-Thorax-Abdomen sowie ggf. FDG-PET-CT. Nach wie vor stellt die chirurgische Resektion den essentiellen Teil für einen kurativen Ansatz beim lokal fortgeschrittenen Ösophaguskarzinom (cT2-T4a oder cN1-3) dar. Auch eine definitive CRT mit anschließender Nachsorge und ggf. „salvage“ Resektion ist eine mögliche Therapieoption beim PEC. Je nach Lokalisation des Karzinoms kann bezüglich des Resektionsausmaßes zwischen einer Ivor-Lewis-Resektion, McKeown-Resektion oder der mit weniger Morbidität allerdings geringerer Lymphadenektomie verbundenen transhiatal erweiterten Gastrektomie unterschieden werden.

Therapieansprechen beim lokal fortgeschrittenen Ösophaguskarzinom

Eine prä- und perioperative Chemotherapie (ChT) oder Chemotherapie kombiniert mit Strahlentherapie (CRT) sollte bei allen PatientInnen mit fortgeschrittenem lokalem Ösophaguskarzinom (auf jeden Fall ab N1, in Einzelfällen auch ab T2M0) in Betracht gezogen werden, da sie die Rate der R0 Resektionen erhöht und mit einem signifikant besseren Überleben verbunden ist.^{2,3} Aufgrund des unterschiedlichen Ansprechens von AEG vs. PEC auf die neoadjuvanten Therapiearten haben sich die Therapieempfehlungen für diese zwei histologischen Entitäten aufgeteilt. Beim PEC zählt eine CRT zum Standard für eine prä-operative

Therapie, vor allem seit sie in der CROSS Study (Chemoradiotherapy for Oesophageal Cancer Followed by Surgery – wöchentlich Carboplatin-Paclitaxel kombiniert mit Bestrahlung mit bis zu 41.4 Gy in 23 Teilen) mit 5-Jahres Überlebensraten von > 60 % deutlich bessere Ergebnisse erbrachte als Chirurgie alleine oder definitive CRT.²

Auch beim AEG konnten in der CROSS-Studie gute Ergebnisse mit einer CRT erzielt werden. Zusätzlich zählt, aufgrund von zahlreichenden Studien mit sehr guten Ergebnissen durch eine ChT, neben der CRT auch die ChT zu den Standardtherapien beim lokal fortgeschrittenen AEG. Allen voran ist hier eine Therapie mit 4 Zyklen prä- und 4 Zyklen postoperativer ChT nach dem FLOT-Schema (5-FU-leucovorin-oxaliplatin-docetaxel), welche in der Phase II/III FLOT4-AIO Studie ein verbessertes Überleben verglichen mit perioperativer Therapie mit ECF zeigen konnten, zu nennen.⁴ In der Phase III Neo-AEGIS Studie, welche das Outcome nach perioperativ CROSS vs. ChT verglich und im November 2023 publiziert wurde, konnte kein Unterschied im 3-Jahres Überleben, dem postoperativen Outcome oder der Lebensqualität gezeigt werden. In dieser Studie wurden zwischen Jänner 2013 und Dezember 2020 insgesamt 362 PatientInnen mit AEG (T2-3) eingeschlossen (n=178 – CROSS, n=184 – ChT (FLOT ab 2018 (n=27) oder modifiziertes MAGIC Regime vor 2018)).⁵ Obwohl in der CRT-Gruppe signifikant mehr PatientInnen eine pathologische komplette Remission (pCR) (12 % vs. 4 %, p=0.012) sowie gutes Ansprechen (TRG 1-2, p<0.0001) verglichen mit der ChT-Gruppe zeigten, beeinflusste dies das Gesamtüberleben nicht. Auch die Lokalrezidivrate bzw. Lokalisation eines möglichen Rezidivs war vergleichbar zwischen den Gruppen. Ähnliche Ergebnisse

wurden in zwei vorhergehenden randomisiert kontrollierten Studien, welche das Outcome nach perioperativer ChT vs. CRT verglichen (NeoRes – n=181; POET – n=119), berichtet.^{6,7} Eine höhere Rate der pCR hat nicht zu einem bessern Überleben bzw. postoperativen Outcome geführt. In einer internationalen Kohortenstudie wurde kürzlich das 5-Jahres-Überleben und Rezidiv-freie Überleben sowie die Art der Rezidive bei PatientInnen mit pCR der AEG nach neoadjuvanter ChT (n=132) oder CRT (n=333) untersucht.⁸ In der multivariaten Analyse war bei den PatientInnen mit pCR eine CRT ein Risikofaktor für ein reduziertes 5-Jahresüberleben verglichen mit ChT (HR=1.70, 95 % CI 1.22–2.99). Während es keinen Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. der Häufigkeit eines Lokalrezidives gab, war das Auftreten von Fernmetastasen innerhalb von 5 Jahren in der CRT-Gruppe signifikant erhöht (OR=2.50, 95 % CI 1.25–4.99). Diese Studie zeigt also relevante, erwartete, prognostischen Unterschiede in PatientInnen mit komplettem Tumoransprechen nach neoadjuvanter ChT vs. CRT auf.

Definitive CRT und komplette klinische Remission (cCR)

Eine pCR wurde je nach Studie in bis zu 32 % der behandelten PatientInnen beschrieben. Mit 3-Jahres Überlebensraten von bis zu 47.8 %, ist die CRT bei PatientInnen mit PEC auch als definitive Therapie erfolgreich etabliert worden.⁹ Allerdings konnte gezeigt werden, dass eine definitive CRT nach wie vor mit hohen Lokalrezidivraten verbunden ist, und in diesen Fällen eine technisch aufwendige und komplikationsträchtige salvage Resektion notwendig ist. Eine adjuvante Therapie mit dem Checkpointinhibitor Nivolumab (anti-PD1) in PatientInnen mit Tumorresiduen im Tumorresektat (³ypT1 und/oder ³ypN1) nach einer CRT verglichen

mit Placebo führte in der CheckMate 577 Studie zu einem signifikant längeren erkrankungsfreien Intervall (22.4 Monate) und ist bei diesen PatientInnen heute Standard.¹⁰ Derzeit findet außerhalb von Studien keine adjuvante PD-1 Therapie nach CRT und komplettem pathologischem Tumoransprechen statt, wobei hier weitere Studien laufen.

Eine aktive Surveillance in PatientInnen mit klinischer kompletter Remission (cCR) nach einer CRT stellt bei entsprechender hoher Morbidität und Mortalität der chirurgischen Therapie eine attraktiv erscheinende Alternative dar, die in zahlreichen Studien untersucht wird. Die laufenden SANO-Trials (Surgery As Needed for Oesophageal cancer) analysieren die Sicherheit, Compliance und Effektivität diesbezüglich.¹¹ In der 2018 erschienenen pre-SANO Studie wurden 219 PatientInnen mit einem histologisch verifizierten, lokal fortgeschrittenem, resektablem AEG oder PEC, einer CRT unterzogen. 4-6 Wochen nach dem Abschluss der neoadjuvanten CRT und vor der standardmäßigen chirurgischen Resektion wurden ausgiebige Biopsien sowie ein EUS durchgeführt. Bei Tumornachweis wurde sofort eine Resektion durchgeführt, in der anderen PatientInnengruppe wurde eine 2. Evaluierung der klinischen Response durchgeführt (EUS, bite-on-bite Biopsien, PET-CT) mit anschließender Resektion.¹² Das Ausmaß der regressiven Veränderungen nach neoadjuvanter Therapie wurde mit dem häufig verwendeten Tumorregressionsgrad (Tumorregressionsgrad – TRG) nach Mandard (TRG 1-5)¹³ beschrieben, wobei ypTON0 eine pCR darstellt (=TRG 1), und bei einem TRG 3 oder 4 noch >10 % Tumorgewebe im Resektat nachweisbar ist. In der pre-SANO Studie wurde gezeigt, dass mittels wiederholter Endoskopie mit EUS und Biopsien „nur“ 10 % (95 % CI 4-23) der TRG3 und TRG4 Tumoren nach CRT nicht detektiert wurden, und die AutorInnen beschreiben, dass eine aktive Surveillance damit sicher durchgeführt werden kann. Allerdings hängt eine erfolgreiche Diagnose einer cCR von vielen Faktoren ab. In einer kürzlich erschienenen Metaanalyse, welche die Übereinstimmung der bildgebende Diagnostik nach neoadjuvanter Therapie mit dem histopatholo-

gischen Ergebnissen nach der Resektion beschreibt (56 Studien mit insgesamt 3625 PatientInnen), konnte ein positiver Vorhersagewert für pCR von 0.47 für CT, 0.41 für PET-CT und 0.61 für MRT, gezeigt werden.¹⁴ Somit zeigt diese Studie, dass die derzeit zur Verfügung stehenden diagnostischen Tools nicht für die Diagnose einer cCR ausreichen. Die Ergebnisse aus der Phase 3 Studie (SANO-Trial) werden dahingehend mehr Informationen bringen.¹¹

Zusammenfassung

Der Ansatz, durch eine Selektion von PatientInnen die nach einer neoadjuvanten Therapie eine cCR ihres Tumors haben eine watch-and-wait Strategie zur etablieren, scheint bei steigenden Raten der Ansprechraten attraktiv. Insbesondere da trotz deutlicher Verbesserungen im perioperativen und auch operativen Bereich, als auch zunehmender Spezialisierung und Zentralisierung dieser Chirurgie die allgemeine Morbidität und auch Mortalität der Ösophagusresektion hoch bleibt. Dennoch sollte nach derzeitigem Wissensstand auch nach einer cCR nach neoadjuvanter CRT oder ChT eine Ösophagusresektion durchgeführt werden, da es nicht genügend Daten für eine watch-and-wait Strategie gibt. Die CRT führt erwartungsgemäß zu einer höheren Rate an pCR bzw. TRG 1-2 und R0-Resektionen. Diese Ergebnisse führten allerdings zu keinem verbesserten Überleben, weshalb eine radikale Resektion nach wie vor als Standard empfohlen wird.⁵ Eine definitive CRT beim Plattenepithelkarzinom (5-FU (or capecitabine) kombiniert mit Strahlentherapie mit Dosen bis zu 50.4 Gy in 28 Teilen) oder alternativ eine Therapie mit FOLFOX (6 Zyklen Folsäure, 5-FU, Oxaliplatin), eher beim AEG, ist nur für jene PatientInnen empfohlen, welche ein nicht resektables und lokal fortgeschrittenes Stadium haben oder eine chirurgische Therapie ablehnen.

Insbesondere die guten Ergebnisse von Checkpointinhibitoren im adjuvanten Bereich geben allerdings Hoffnung, dass es bei Verwendung dieser im präoperativen Bereich zu einer weiteren Steigerung der pCR mit einer Verbesserung des Überlebens kommen kann. □

LITERATUR

1. Obermannova, R., et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 33, 992-1004 (2022).
2. van Hagen, P., et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med* 366, 2074-2084 (2012).
3. Cunningham, D., et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 355, 11-20 (2006).
4. Al-Batran, S.E., et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet* 393, 1948-1957 (2019).
5. Reynolds, J.V., et al. Trimodality therapy versus perioperative chemotherapy in the management of locally advanced adenocarcinoma of the oesophagus and oesophagogastric junction (Neo-AEGIS): an open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 8, 1015-1027 (2023).
6. Klevebro, F., et al. A randomized clinical trial of neoadjuvant chemotherapy versus neoadjuvant chemoradiotherapy for cancer of the oesophagus or gastro-oesophageal junction. *Ann Oncol* 27, 660-667 (2016).
7. Stahl, M., et al. Phase III comparison of preoperative chemotherapy compared with chemoradiotherapy in patients with locally advanced adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *J Clin Oncol* 27, 851-856 (2009).
8. Cools-Lartigue, J., et al. An International Cohort Study of Prognosis Associated With Pathologically Complete Response Following Neoadjuvant Chemotherapy Versus Chemoradiotherapy of Surgical Treated Esophageal Adenocarcinoma. *Ann Surg* 276, 799-805 (2022).
9. Crosby, T., et al. Long-term results and recurrence patterns from SCOPE-1: a phase II/III randomised trial of definitive chemoradiotherapy +/- cetuximab in oesophageal cancer. *Br J Cancer* 116, 709-716 (2017).
10. Kelly, R.J., et al. Adjuvant Nivolumab in Resected Esophageal or Gastroesophageal Junction Cancer. *N Engl J Med* 384, 1191-1203 (2021).
11. van der Zijden, C.J., et al. A prospective cohort study on active surveillance after neoadjuvant chemoradiotherapy for esophageal cancer: protocol of Surgery As Needed for Oesophageal cancer-2. *BMC Cancer* 23, 327 (2023).
12. Noordman, B.J., et al. Detection of residual disease after neoadjuvant chemoradiotherapy for oesophageal cancer (preSANO): a prospective multicentre, diagnostic cohort study. *Lancet Oncol* 19, 965-974 (2018).
13. Mandard, A.M., et al. Pathologic assessment of tumor regression after preoperative chemoradiotherapy of esophageal carcinoma. Clinicopathologic correlations. *Cancer* 73, 2680-2686 (1994).
14. de Gouw, D., et al. Detecting Pathological Complete Response in Esophageal Cancer after Neoadjuvant Therapy Based on Imaging Techniques: A Diagnostic Systematic Review and Meta-Analysis. *J Thorac Oncol* 14, 1156-1171 (2019).

KORRESPONDENZADRESSEN



Univ. Prof. Dr. Sebastian F. Schoppmann
Leiter Upper-GI Service, Leiter CCC-GET,
Leiter Chirurgische Funktionsdiagnostik
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Allgemein Chirurgie
Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien



Priv. Doz. Dr. Dagmar Kollmann, PhD
Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie
UpperGI Service, CCC-GET
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Allgemein Chirurgie
Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien

Postoperative Lebensqualität – Lebensqualitätsmessung in der Chirurgie

AutorInnen: Bernhard Holzner, Lisa Wintner; Innsbruck

Für die Bewertung des Erfolgs chirurgischer Behandlungsleistungen spielen nicht nur objektive Parameter eine Rolle, sondern ebenso der Faktor der sogenannten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (LQ) der Patient:innen. Dabei sind die Patient:innen die Expert:innen für ihren subjektiven Gesundheitszustand und können wertvolle Informationen zur Verfügung stellen, welche die Beurteilungen durch Behandler:innen sinnvoll ergänzen. Beispielsweise ist aus der Patientenperspektive die postoperative Rekonvaleszenz erst mit Rückkehr des ursprünglichen Funktionsniveaus oder des Niveaus einer vergleichbaren Population abgeschlossen. Dies wird durch traditionelle Outcome-Parameter nicht erfasst, weshalb es rezente Ansätze gibt, durch den Einbezug von patientenberichteter LQ in die operative Medizin die Komplexität der postoperativen Rekonvaleszenz umfassender abzubilden¹.

Was versteht man unter LEBENSQUALITÄT?

In der Medizin wird unter LQ grundsätzlich ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, welches beschreibt, wie Patient:innen ihre Funktionsfähigkeit, Einschränkungen, Symptome und Belastungen einschätzen, die mit ihrer Erkrankung und/oder der Behandlung derselben zusammenhängen. LQ-Erfassungsinstrumente beinhalten daher meist physische, psychische

(Angst, Depression) und soziale Aspekte, fragen Symptome ab (bspw. Schmerzen, Schlafstörungen, Beeinträchtigung durch Gewichtszunahme/-verlust) und sollten idealerweise auch Themen berücksichtigen, die in der jeweiligen Patientengruppe eine besondere Relevanz aufweisen (z.B. veränderte Peristaltik und Geschmacksveränderungen nach Pankreas-OP, Drainagen-assoziierte Belastungen, Hygiene und soziale Aktivitäten bei Stoma-Patient:innen).

Wie kann Lebensqualität standardisiert erfasst werden?

Im Unterschied zur bisher gängigen Praxis der unstrukturierten Diskussion der LQ während des ärztlichen Gesprächs, bieten LQ-Instrumente die Möglichkeit, Daten zur LQ der Patient:innen standardisiert zu erfassen und gezielt anzusprechen. Üblicherweise wird die LQ mittels Fragebögen erhoben, welche die Patient:innen möglichst selbstständig ausfüllen.

Tabelle 1 Generische und erkrankungsspezifische LQ-Instrumente

GENERISCHE LQ-INSTRUMENTE		ERKRANKUNGSSPEZIFISCHE LQ-INSTRUMENTE		
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument	EORTC QLQ System	European Organisation of Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 Kernfragebogen, diagnosespez. Module	<i>Onkologie</i>
EQ-5D	Euro Quality of Life – 5 Dimensions)	FACIT System	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy FACT-G Kernfragebogen, diagnosespez. Module	
SF-36	Short-Form Health Survey 36	PROMIS-CANCER	Patient-Reported Outcomes Measurement Information System	
QoR-40/15	Quality of Recovery Score 40/15	GIQLI	Gastrointestinal Quality-of-Life Index	<i>GE-Chirurgie</i>
PSR	Postdischarge Recovery Scale	ASIS	Abdominal Surgery Impact Scale	<i>Abdominale Chirurgie</i>
WHODAS	WHO disability assessment schedule 2.0	OHIP	Oral Health Impact Profile	<i>Stomatologie</i>
RSCL	Rotterdam Symptom Checklist			<i>GE-Chirurgie ... Gastroenterologische Chirurgie</i>
SIP	Sickness Impact Profile			

Abbildung 1: LQ-Instrumente zur Erfassung der prä- und postoperativen LQ (adaptiert nach [3,8])

	Präoperativ	ICU-Transfer Normalstation	Stationär bis Entlassung	30 Tage nach Entlassung	30 Tage nach Entlassung
<i>Primäre Outcomes</i>	biologisch, physiolog., psychisch	biologisch, physiologisch, psychisch	Symptome, Funktionsniveau, Audit Measures	Symptome, Alltagsaktivitäten, Funktionsniveau, LQ (emotional, physisch, sozial)	
<i>LQ-Instrumente</i>	EORTC-QLQ PROMIS QoE-40/15	visuelle Analogskala (z.B. Schmerzerfassung)	QoR-40/15 ASIS	EORTC-QLQ, PROMIS, WHODAS, SF-36	

Grundsätzlich muss bei der Wahl eines Erfassungsinstrumentes auf dessen methodische und inhaltliche Qualität geachtet werden, weshalb im Vorhinein auch klar sein muss, welchen Zweck man mit der LQ-Erhebung verfolgt. Für ein allgemeines LQ-Screening sind andere Fragebögen geeignet, als für die Evaluation der LQ nach einem spezifischen chirurgischen Eingriff. Ebenso muss dem Zeitpunkt der Datenerhebung Beachtung geschenkt werden, da vor einer chirurgischen Intervention andere Bereiche von Relevanz sind, als kurz nach der Operation oder in der Langzeitnachsorge^{1,2}.

Neben der Wiederherstellung biologischer Funktionen liegt in der unmittelbaren postoperativen Phase der primäre Fokus auf Symptomen wie Übelkeit und einer eventuell deliranten Symptomatik. Dies verlagert sich in der intermediären Phase, nach Entlassung von der Intensivstation, auf Angst, Depression, physische Beeinträchtigung und kognitive Dysfunktionen. Nach der Entlassung spielen der Funktionsstatus und subjektive Gesundheitszustand eine entscheidende Rolle. Der Schmerzsymptomatik kann eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden, da sie zum jedem Zeitpunkt des Behandlungsverlaufs von großer Relevanz ist.

Instrumente zur LQ-Erfassung

Die Vielfalt verfügbarer LQ-Erfassungsinstrumente kann grob in solche eingeteilt werden, die bei jeder beliebigen Patientengruppe einsetzbar sind (generische LQ-Fragebögen) oder die besondere Rücksicht auf die Bedürfnisse von Patient:innen einer abgegrenzten Diagnosegruppe nehmen (bspw. onkologische Patient:innen).

Tabelle 1 bietet einen Überblick über ausgewählte LQ-Fragebögen bzw. Fragebogensysteme.

Die Entscheidung für einen generischen oder spezifischen Fragebogen sollte berücksichtigen, wie die erhobenen Daten verwendet werden sollen. Für Vergleiche mit bspw. einer Normstichprobe der allgemeinen Bevölkerung sind generische Instrumente von Vorteil, wobei jedoch krankheitsrelevante Bereiche oft vernachlässigt werden und deren Sensitivität für Veränderungen häufig gering ist³. Um den individuellen Verlauf der Patient:innen zu dokumentieren und Therapieentscheidungen in ihren Auswirkungen auf die LQ zu evaluieren, sind krankheits-/behandlungsspezifische Messverfahren daher zu bevorzugen. Die Kombination beider Typen ist möglich, allerdings sollte dabei beachtet werden, dass die zu beantwortende Gesamtanzahl der Fragen für die Patient:innen nicht zu groß wird. Nicht alle LQ-Instrumente sind gleichermaßen während jeder Behandlungsphase sinnvoll anwendbar. Abbildung 1 zeigt beispielhaft, welche Fragebögen zu welchem Zeitpunkt zur Erfassung der prä- und postoperativen LQ zum Einsatz kommen können.

Elektronische Erhebungsmethoden

Elektronisch gesammelte LQ Daten profitieren von einer unmittelbaren Speicherung, Datenverarbeitung und Auswertung, die den Behandler:innen sofort nach Abschluss des Fragebogens zur Verfügung steht. Norm- und Schwellenwerte können von entsprechenden Softwaresystemen automatisch angewandt werden, wodurch klinisch relevante Beeinträchtigungen identifiziert und optisch hervorgehoben werden

können. Im ärztlichen Gespräch können die LQ-Daten so bereits als Strukturierungsinstrument verwendet und relevante Bereiche vertieft behandelt werden.

Nutzen der Strukturierten Evaluation der LQ

Neben einer verbesserten Kommunikation zwischen Patient:innen und Behandler:innen hat die standardisierte Erfassung der LQ auch das Potential die LQ selbst zu verbessern, wobei dies voraussetzt, dass die erfassten Daten auch explizit von den Kliniker:innen verwendet werden⁴. Die routinemäßige Erhebung von LQ-Daten ermöglicht die Identifikation behandlungsbedürftiger Bereiche und die zeitnahe Überweisung der Patient:innen an geeignete Spezialist:innen, wodurch die Umsetzung einer patientenzentrierten und individuell abgestimmten Behandlung gefördert wird und eine Verbesserung des Symptommanagements erreicht werden kann.

LQ-Daten sind nicht nur für die klinische Routine von Interesse, sondern tragen sowohl mit Real-World-Daten, als auch solchen aus klinischen Studien zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn bei, können klinische Register ergänzen und für die Qualitätssicherung, Benchmarking und Health Technology Assessment Analysen herangezogen werden. Entsprechend definieren die Europäische Gesellschaft für Anästhesie (ESA) und Europäische Gesellschaft für Intensivmedizin LQ als Zielkriterium für perioperative Studien und betonen auch den Nutzen in der wissenschaftlichen Evaluierung von Enhanced Recovery Pathway-Behandlungspfade. □ ➤

REFERENZEN

1. Abola RE, et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on Patient-Reported Outcomes in an Enhanced Recovery Pathway. *Anesth Analg* 2018; 126(6): 1874-82.
2. Feldman LS, et al. What outcomes are important in the assessment of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathways? *Can J Anaesth* 2015; 62(2): 120-30.
3. Neville A, et al. Systematic review of outcomes used to evaluate enhanced recovery after surgery. *Br J Surg* 2014; 101(3): 159-70.
4. Velikova G, et al. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2004; 22(4): 714-24.

KORRESPONDENZADRESSE



Univ.-Prof. Dr. Bernhard Holzner
Department für Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatik und Medizinische Psychologie
Universitätsklinik für Psychiatrie I,II
Tirol Kliniken, Medizinische Universität Innsbruck
Anichstr. 35, A-6020 Innsbruck
Email: bernhard.holzner@tirol-kliniken.at

TachoSil[®] SEALANT MATRIX

EVERYDAY HERO

Das Zeug zum
echten Helden.

 corzamedical

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



corza.com

TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil[®] enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E.. **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebersiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 03/2023. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil[®] Versiegelungsmatrix.

2023/00164

Probleme des Chirurgen aus Sicht des Sachverständigen

Thematik: Aufklärung

Autor: Prim. Doz. Dr. Andreas Shamiyeh, Linz

Nach wie vor kommt es in Österreich zu zahlreichen Zivilrechtsprozessen in Arzthaftungsfragen.

Letztendlich fühlt sich ein Patient oder dessen Angehörige schlecht behandelt oder operiert und versucht, über den Rechtsweg zu „seinem Recht“ zu kommen bzw. Schadenersatz zu erlangen.

Üblicherweise läuft dies dann so ab, dass der Patient einen Rechtsanwalt beauftragt, der an die betroffenen Chirurgen / Chirurgeninnen ein Schreiben mit der Aufforderung zur Schadenersatz-Zahlung richtet.

Dann wird über die Krankenanstalt eine Entgegnung verfasst, das Verfahren eröffnet und ein Richter bestellt im Einvernehmen mit den Streitparteien einen Sachverständigen, der dann mit seinem Gutachten dem Richter in der Urteilsfindung hilft.

Trotz vieler Informationsveranstaltungen und breitem Wissen zum Thema „Aufklärung“ stellt die Aufklärung immer noch Angriffspunkte für einen Rechtsstreit oder das Verlieren eines Prozesses dar.

Das kann jedoch sehr leicht verhindert werden, wenn man einige Punkte beachtet.

Grundsätzlich gilt in der Rechtsmedizin Folgendes:

Die Aufklärung stellt eine Rechtsfrage dar und obliegt die Beweiswürdigung dem Gericht.

Als Sachverständiger kann man nur das Dokumentierte zusammentragen und schriftlich darlegen, ob eine Aufklärung stattgefunden hat, zeitgerecht war und inhaltlich dem Stand der Zeit entspricht.

Der Richter / die Richterin hat dann noch die Möglichkeit, durch Einvernahme des Arztes / der Ärztin bzw. des Patienten / der Patientin oder des Pflegepersonals sich ein Bild zu machen und ein Urteil zu fällen.

Welche leicht zu vermeidenden Fehler findet man als Sachverständiger bei der Aufarbeitung einer Krankengeschichte ?

- Keine Aufklärung oder
- Keine Dokumentation der Aufklärung.

Nachdem jeder Eingriff eine Körperverletzung strenggenommen darstellt, bedarf es des entsprechenden Einverständnisses des Patienten / der Patientin und dieses können sie nur geben, wenn sie die Tragweite des Eingriffes verstanden haben.

Diesbezüglich bedarf es einer *mündlichen* Aufklärung.

Das schriftliche Festhalten dieser Aufklärung dient letztendlich nur der Dokumentation.

Wenn nun die Aufklärung so erfolgt, dass das Pflegepersonal dem Patienten / der Patientin ein vorgefertigtes standardisiertes Aufklärungsblatt auf den Nachttisch legt und sagt, das muss unterschrieben werden, sonst darf er / sie nicht in den OP gebracht werden, dann ist dies *keine* Aufklärung, dann ist dies zu wenig.

Wenn auf dem Aufklärungsblatt keine Unterschrift des Arztes / der Ärztin oder des Patienten / der Patientin vorliegt, so ist dokumentiert, dass man nicht entsprechend aufgeklärt hat und würde es vor Gericht schwer sein, eine adäquate Aufklärung zu beweisen.

Wie sollte nun eine Aufklärung richtigerweise aussehen ?

Die Aufklärung sollte mit ausreichender Bedenkzeit zum operativen Eingriff stattfinden.

In der Allgemein- und Viszeralchirurgie wird vor kleinen Eingriffen – wie Lipomen in der

Ambulanz – die Aufklärung unmittelbar vor der Operation als adäquat angesehen; Standard-Eingriffe – wie laparoskopische Cholezystektomie oder Hernie – idealerweise – mindestens – 24 Stunden vor der Operation oder früher, bei ästhetischen Eingriffen drei Wochen.

Je komplexer oder komplikationsbehafteter oder folgeträchtiger ein Eingriff ist, desto länger sollte Bedenkzeit gegeben sein.

Wie könnte ein ideales Vorgehen aussehen ?

Der Patient / die Patientin kommt ja in die Ordination und / oder in die Ambulanz zwecks Besprechung seiner / ihrer Erkrankung – z. B. Darmkrebs, Gallensteine mit Koliken, symptomatischer Leistenbruch, etc.

Im Rahmen des Erstgespräches wird der Patient / die Patientin untersucht und die Indikation zur Operation gestellt und diese festgehalten.

Dem Patienten / der Patientin wird mitgeteilt, dass hier eine Operation empfohlen wird. Wenn er / sie sich dazu entschließt, kann idealerweise in derselben Sitzung eine Aufklärung erfolgen. Diese Aufklärung sollte anhand vorgefertigter / vorgedruckter Aufklärungsblätter erfolgen, die üblicherweise 4 – 6 Seiten umfassen.

Darin findet man üblicherweise erklärende Abbildungen oder Skizzen bzw. ein freies Textfeld für zusätzliche Einträge. Als Chirurg sollte man diese Felder nützen, um Zeichnungen zu editieren – z. B. bei der Cholezystektomie die Gallenblase durchstreichen....

Im freien Textfeld sollten dann typische Komplikationen noch einmal erwähnt werden.





Bei der Gallenblasenoperation wäre das klassischerweise die Choledochus-Läsion.

Typische Komplikationen sind unabhängig von der Frequenz zu sehen.

Nur weil eine Komplikation häufig ist, muss sie nicht typisch sein.

Die Choledochus-Läsion ist seit 30 Jahren bei der laparoskopischen Cholezystektomie in etwa 0,2%, also nicht sehr häufig, stellt aber letztendlich die klassische Komplikation bei dieser Operation dar und sollte herausgehoben werden.

Ebenso typische Komplikationen sind bei allen Eingriffen die Nachblutung mit Reoperation oder z. B. bei einer Colon-Resektion die Anastomoseninsuffizienz mit Reoperation und fakultativ Stoma.

Alle diese Komplikationen sind auch üblicherweise auf Seite 2/3 dieser Aufklärungsblätter ausführlich abgehandelt.

Idealerweise sollte man hier bei einzelnen Komplikationen Häkchen/Striche/Ringe anbringen, um hervorzuheben, dass man darüber gesprochen hat.

Zum Beispiel bewährt es sich bei Laparoskopien, den Absatz mit ‚Verletzung benachbarter Organe‘ anzukreuzen.

Je mehr auf einem Aufklärungsblatt edi-

tiert ist, desto mehr kann man belegen, dass man sich 1) mit dem Patienten / der Patientin zusammengesetzt hat, 2) sich Zeit genommen hat und auch auf typische Komplikationen eingegangen ist.

Zu beachten ist, dass das entsprechende Datum auf der letzten Seite eingetragen wird und eben Arzt / Ärztin und Patient / Patientin unterschrieben haben.

An der Kepler Universitätsklinik wurde die Situation insofern noch optimiert, dass dieses Aufklärungsblatt dem Patienten / der Patientin mitgeben – aber vorab eingescannt wird – um belegen zu können, dass es der Patient / die Patientin bekommen hat und wird im Ambulanz- oder Ordinationsdekurs schriftlich festgehalten, dass es ein entsprechendes Aufklärungsgespräch gegeben und der Patient / die Patientin das Aufklärungsblatt mit dem Hinweis mitbekommen hat, dieses zur Operation wieder mitzubringen.

Nicht alle Patienten bringen es wieder. In diesem Fall wird das bereits eingescannte vorgefertigte Aufklärungsblatt ausgedruckt und dem Patienten / der Patientin noch einmal zwecks Unterschrift zur Verfügung gestellt.

Vor der Operation erfolgt dann ein zweites kurzes Gespräch, der Arzt unterschreibt – mit Datum – noch einmal mit dem Vermerk, dass es keine weiteren Fragen mehr gibt.

Dann wird das Aufklärungsblatt noch einmal eingescannt und ist somit im Krankenakt – wie jeder andere Befund – abgespeichert.

Das hat zur Folge, dass eine „manipulierte“ Aufklärung ausgeschlossen werden kann.

Was versteht man unter „manipulierter“ Aufklärung?

Man operiert einen Patienten / eine Patientin; es kommt zu einer Komplikation – z. B. zu einer Anastomoseninsuffizienz beim Colon oder einer Recurrensparese bei der Schilddrüse, der Patient klagt, der Arzt sagt, es wurde aufgeklärt und der Patient behauptet vor Gericht, dass alles, was im freien Textfeld steht, nicht besprochen sondern nachträglich hingeschrieben worden ist.

Durch das Einscannen oder Mikroverfilmen des Aufklärungsblattes – bevor der Patient in den OP gebracht wird – kann dies verhindert und eine adäquate zeitgerechte Aufklärung bewiesen werden.

Besonders dumm ist es, wenn man als Chirurg im Falle einer Komplikation und eines nicht vorhandenen Aufklärungsblattes ein solches nachträglich editiert oder anlegt.

So ist es schon vorgekommen, dass bei einer Colon-Operation, bei der es postoperativ zu einer Femoralisläsion gekommen und der Patient durch Sturz zu Schaden gekommen ist, im freien Textfeld als erstes die Komplikation ‚Nervenschaden‘ angeführt worden ist.

Diese Komplikation stellt bei einer Colon-Operation sicherlich nicht die typische oder häufigste Komplikation dar. Es verringert eine derartige Situation nur definitiv die Glaubwürdigkeit des Chirurgen vor Gericht.

Das alternative Behandlungsverfahren:

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, die Möglichkeit eines alternativen Behandlungsverfahrens zu erwähnen.

Klassiker ist die Leistenhernie.

Akzeptiert sind sowohl eine offene Operationsmethode – z. B. eine Lichtenstein-Operation – oder die laparoskopische – z. B. TAPP.

Häufig berufen sich Patienten im Falle einer Komplikation darauf, dass – hätten sie gewusst, dass es eine andere, sicherere Möglichkeit gegeben hätte – sie dem vorgeschlagenen Operationsverfahren nie zugestimmt hätten.

Ähnliches gilt für häufige Eingriffe - wie Krampfader-Operationen.

Hierbei gibt es das klassische Stripping, als Alternative die endoluminalen, die Stammvenen erhaltenden Verfahren – wie Laser oder Radiowelle.

Man sollte den Patienten auf das alternative Behandlungsverfahren hinweisen und erklären, warum man ihm eine Technik vorschlägt und dies auch dokumentieren.

Wenn der Patient diesem Verfahren dann zustimmt, kann man nicht in die Situation kommen, dass es dann vor Gericht heißt: „Hätte ich das gewusst, dann...“.

Die Operationsindikation:

Grundsätzlich gilt: **Die Komplikation beginnt mit der schlechten Indikation.**

Sachverständige berufen sich in ihren Gutachten gerne auf Leitlinien.

Hier sind als besonderes Beispiel hervorzuheben die Refluxerkrankung und die notwendigen Schritte, bevor man zur Operation schreitet.

Handelt es sich um eine Refluxerkrankung ohne große Hiatushernie und ohne Verlagerung des Magens nach intrathoracal, so gibt es ganz klare, in der Literatur festgehaltene Spielregeln, wie vorzugehen ist.

Wenn eine Reflux-Operation nach einer ersten Gastroskopie angeboten und durchgeführt wird – ohne entsprechende konservative und diagnostische Schritte gesetzt zu haben, so hat man im Falle einer Komplikation eine schwere Argumentationsnot, die Operation zu rechtfertigen.

Es gilt hier, die Standards in der Diagnostik und in einem ersten konservativen Therapieschritt einzuhalten.

Ebenso wichtig, z. B. die sehr häufige und oftmals als banal bezeichnete Venenchirurgie zu erwähnen.

Standard ist die präoperative Diagnostik mittels bildgebender Verfahren, idealerweise die Duplexsonographie.

Wenn nun eine Venenoperation auf Basis einer Blick-Diagnostik durchgeführt wird, so ist es unmöglich, zu erkennen, ob es sich um eine Magna- oder Parva-Varicose handelt; es ist unmöglich, zu erkennen, wo der distale oder proximale Insuffizienzpunkt liegt und man kann auch auf Basis einer Blick-Diagnose nicht erkennen, ob vielleicht das endoluminale oder klassische Operationsverfahren das bessere / geeignetere gewesen wäre.

Es gilt – wie gesagt, die Standards in der Diagnostik und im präoperativen Set up einzuhalten.

Operationsbericht:

Der OP-Bericht sollte grundsätzlich so gestaltet sein, dass einzelne Schritte nachvollziehbar, einzelne OP-Schritte erkennbar sind und auch nachvollziehbar ist, warum eventuell was gemacht worden ist.

Dies klingt logisch, findet man aber leider in vielen OP-Berichten im Rahmen von Gerichtsprozessen nicht wieder.

Des Weiteren sollte ein OP-Bericht zeitnah diktiert werden.

Gerade im Falle von Komplikationen ist es wichtig, dass sowohl der erste OP-Bericht als auch der zweite OP-Bericht unmittelbar nach der Operation – zumindest innerhalb der nächsten 24 Stunden – verfasst wird.

Wenn OP-Berichte mehrere Wochen später diktiert werden und der Patient / die Patientin vielleicht schon nach Hause gegangen

ist, so kann dies Schwierigkeiten bei der Beweiswürdigung durch das Gericht darstellen.

Dokumentation des Aufenthaltes:

Aus der Erfahrung gesehen dokumentiert die Pflege sehr gut.

Wichtig ist, dass auch Ärzte / Ärztinnen Visite gehen und kurz zusammengefasst das Gesagte oder Besprochene oder den klinischen Status bei der Visite dokumentieren.

Grundsätzlich sollten 2023 schon alle Dokumentationen und die Fieberkurve elektronisch geführt werden, was letztendlich eine deutliche Erleichterung in der Nachvollziehbarkeit darstellt.

Nicht unterschätzen darf man oft die Diskrepanz, die man zwischen Pflegebericht und ärztlichem Dekurs findet:

So ist es nicht förderlich, wenn z. B. in der Pflegedokumentation dreimal festgehalten worden ist, dass ein Arzt aufgrund von Schmerzen oder Blutdruckschwierigkeiten verständigt worden, aber nicht gekommen ist und es keinerlei Dokumentation zur Visite gibt.

Grundsätzlich gilt: Was nicht dokumentiert ist, hat nicht stattgefunden.

Abschließend darf ich festhalten, dass ich alle Patienten, die ich persönlich aufgrund eines Gutachtensauftrages einvernehmen und befragen muss, frage, warum sie eigentlich klagen und es in den allermeisten Fällen ein Kommunikationsproblem ist, wo sich der Patient mit einer Komplikation im Stich gelassen fühlt.

Es gilt daher im Falle einer Komplikation, sich besonders intensiv um diesen Patienten / diese Patientin zu kümmern und auch in der Kommunikation mit dem Patienten oder seiner nächsten Angehörigen, sofern dies gewünscht ist, Rede und Antwort zu stehen.

KORRESPONDENZADRESSE



Univ. Doz. Dr. med. Andreas Shamiyeh

Facharzt für Chirurgie
Allgemein gerichtlich beeideter und zertifizierter Sachverständiger
Vorstand der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des
Kepler Universitätsklinikums Linz
Krankenhausstraße 9, A-4020 Linz
Tel. 0(5)7680 83-2133

Supercoole neue Techniken für die Organtransplantation

AutorInnen: F. Messner, G. Brandacher, Innsbruck

Organtransplantationen können das Leben von Millionen von Menschen weltweit retten oder verbessern. Neue, insbesondere kryogene Ansätze in der Organpräservierung haben das Potential diesen Traum real werden zu lassen. Durch die Ermöglichung der Langzeitlagerung wären ein besseres Matching, ein potentiell globaler Organ austausch, innovative Therapiekonzepte, die eine Vorbehandlung des Empfängers benötigen, sowie die Erstellung von Organbanken zukünftig realisierbar.

Organverfügbarkeit und Utilisierung

Seit dem Beginn der klinischen Transplantationsmedizin in den 1950er Jahren haben eine stete Weiterentwicklung zum einen der chirurgischen Techniken als auch der immunsuppressiven Therapie zum übertragenden Erfolg der Organtransplantation beigetragen. In den letzten Jahren jedoch hat sich eine immer größer werdende Diskrepanz zwischen verfügbaren und benötigten Spenderorganen entwickelt. Im Eurotransplant (ET) Bereich warteten im Jahr 2022 insgesamt 15,718 PatientInnen auf eine lebensrettende Transplantation, aber nur 7,017 Organtransplantationen wurden im selben Jahr durchgeführt.¹ Trotz großer Bemühungen um eine frühest- und bestmögliche Organzuteilung führen logistische Hürden oft dazu, dass potentiell transplantable, lebensrettende Organe schlussendlich ihre Haltbarkeitsgrenze überschreiten und aufgrund von Zeitmangel nicht transplantiert werden.² Die statische kalte Lagerung ist der aktuelle Gold Standard in der Organpräservierung. Es wird dabei ausgenutzt, dass niedrige Temperaturen die metabolische Aktivität um den Faktor 1.5 bis 3 pro 10°C reduzieren können. Ein Herabkühlen von Spenderorganen auf +4°C führt so zu einer Reduktion der metabolischen Rate auf ca. 10% des Grundverbrauches.³ Dies ermöglicht zwar Spenderorgane insgesamt länger *ex-vivo* zu lagern, da es aber trotzdem zum Verbrauch von Energiesubstraten und Akkumulation von Schadstoffen kommt, ist diese Zeitspanne jedoch auf einige wenige Stunden begrenzt.³

Um sicherzustellen, dass alle transplantablen Organe schlussendlich auch transplantiert werden, braucht es daher dringend neue Strategien, um die Zeitspanne zwischen Entnahme und Transplantation zu verlängern. Idealerweise, sollte diese Technologie die Haltbarkeit von Organen so verlängern, dass

diese über lange Zeit gelagert werden können. Aus diesen Organbanken könnte dann jederzeit ein optimal kompatibles Organ zur Verfügung gestellt werden, welches ohne Wartezeit, assoziierter Wartezeitmortalität und im Rahmen eines planbaren Eingriffs transplantiert werden kann.³

Neue Strategien zur Organkonservierung

Neben der statischen kalten Lagerung sind in den letzten Jahren einige sehr vielversprechende neue Technologien zur Präservierung von Organen entwickelt worden. Einerseits die hypo- (HMP; +4°C) und normotherme (NMP; +37°C) Maschinenperfusion von Organen. Beide Verfahren haben zu einer besseren Utilisierung und einem verbesserten Ergebnis nach Transplantationen beigetragen. Auch logistische Hürden im Zuge der Organallokation konnten durch eine, vor allem bei der NMP, verlängerte Präservationszeit abgebaut werden. Insgesamt erlauben diese Technologien derzeit jedoch nur eine Verlängerung der *ex-vivo* Lagerung um Stunden bis maximal wenige Tage.⁴

Eine weitere Gruppe innovativer Präservierungstechniken wird unter dem Terminus der sogenannten „subzero“ Organpräservierung zusammengefasst. Darunter fallen verschiedene Techniken des Kühlens und Frierens von Organen bei Temperaturen unterhalb des Gefrierpunktes wie etwa die Vitrifikation oder das Supercooling.

Subzero-Präservierung: ein Überblick

Subzero Präservierungstechniken für die Transplantation sind Großteils von der Natur inspiriert. Ein bekanntes Beispiel stellt der Waldfrosch *Rana sylvatica* dar, der den Winter überlebt trotzdem, dass bis zu 65% seines Körperwassergehalts gefroren ist.⁵ Zusätzlich gibt es noch einige andere Insekten, Fischarten, und kleine

Säugetiere, die biologische Strategien entwickelt haben, um bei Temperaturen unterhalb des Gefrierpunktes zu überleben.⁶ Dazu zählen zum einen Toleranzstrategien, welche vor allem auf eine selektive und höchst orchestrierte Eisbildung abzielen, die auf den Extrazellulärraum unter Aussparung von lebenswichtigen Organen beschränkt ist.³ Andererseits findet man in den Körperflüssigkeiten einiger Tiere hohe Konzentrationen von kryoprotektiven Substanzen (z.B. Glycerin, verschiedene „anti-freeze“ Peptide [AFP]). Während beim ersteren die Bildung von Eiskristallen durch Interaktion mit der Wasserstoffbrückenbindung von Wassermolekülen unterdrückt wird, verhindern AFPs durch irreversible Bindung an entstehenden Eiskristallen, mit nachfolgender Reduktion des Gefrierpunktes auf Werte unterhalb des Schmelzpunktes, die weitere Eisbildung.^{6,7}

Organfrierung

Im Gegensatz zu Einzelzellsuspensionen wie Blutprodukten, Knochenmark, oder auch Eizellen und Embryonen, ist das Frieren von soliden Organen oder komplexen Gewebeverbänden weit schwieriger und risikoreicher.⁸ Das größte Hindernis dabei besteht in der Bildung von Eiskristallen, welche zum einen durch den expansiven Effekt zur Zellerreißung führen können. Zum anderen führt der Gefrierprozess zur Erhöhung der extrazellulären Elektrolytkonzentration mit nachfolgendem Flüssigkeitsefflux aus der Zelle mit Dehydration sowie Zellschrumpfung.⁹ Die ersten *in-vivo* Versuche der Organfrierung erfolgten in den 1960er Jahren mit Hundelebern unter Glycerinzugabe. Nach Frierung erfolgten erste leider wenig erfolgreiche Transplantationsversuche.¹⁰ Dieses negative Ergebnis verdeutlichte aber umso mehr die Notwendigkeit der Eisvermeidung, insbesondere der Eiskristallbildung.

Vitrifikation

Bei dieser Methode werden Organe oder Gewebeverbände sehr schnell auf ultratiefe Temperaturen ($< -150^{\circ}\text{C}$) heruntergekühlt, ohne dass es dabei zu einer Entstehung von Eiskristallen kommt.⁹ Dies wird durch die Zugabe von verschiedenen Kryoprotektiva in Kombination mit einer speziellen Gefriermethode, welche einen schnellen, aber höchst kontrollierten, Frierprozess einleitet, bewerkstelligt. Am Ende befinden sich die vitrifizierten Organe in einem amorphen, Glas-ähnlichem Zustand, der aufgrund der niedrigen Temperatur eine unbegrenzte Lagerung erlaubt.³ Es bleiben dabei allerdings die Bedenken um eine potentielle Toxizität von kryoprotektiven Stoffen, die vor allem bei systemischer Applikation nach Reperfusion im Empfänger zu Schäden führen könnten. Zudem ist die Wiedererwärmung nach Vitrifikation physikalisch höchst anspruchsvoll und kann bei zu schneller oder langsamer Erwärmung zur Eiskristallbildung mit nachfolgender Gewebeschädigung führen.³ Bisher wurde das Verfahren der Vitrifikation hauptsächlich bei kleinen und anatomisch einfachen Strukturen wie Blutgefäßen und reproduktiven Organen (Ovar) erfolgreich durchgeführt. Han et al.¹¹ gelang es jedoch ganz rezent Nieren erfolgreich zu vitrifizieren und nach >100 Tagen Lagerung bei kryogenen Temperaturen in einem lebenserhaltenden Modell in der Ratte erfolgreich zu transplantieren. Die Gruppe um Fahy haben im Kaninchen erstmals erfolgreich eine Nierenautotransplantation nach vorheriger Vitrifikation durchgeführt.¹² Auch im Bereich der vaskularisierten Gewebetransplantation wurden erste Erfolge verbucht. Zum einen konnten epigastrische Gewebelappen, zum anderen Hinterlauf-Transplantate mit dieser Methode konserviert und im Anschluss erfolgreich transplantiert werden.³

Supercooling

Ein weiteres sehr vielversprechendes Verfahren zur Organkonservierung im subzero Bereich sind die sogenannten Supercool-

ing Techniken. Im Gegensatz zur Vitrifikation werden dafür die Transplantate bei Temperaturen knapp unterhalb des Gefrierpunktes bei -5°C bis -10°C gelagert. Die Zugabe von Kryoprotektiva oder AFPs erlaubt dabei die Erniedrigung des Gefrierpunktes, sodass auch bei Minusgraden eine Eisbildung vermieden werden kann. Durch die zusätzliche Absenkung der Lagerungstemperatur kann der Substratverbrauch/Metabolismus im Gewebe noch weiter signifikant reduziert werden, sodass insgesamt eine längere Präservationszeit möglich ist.³ Berendsen et al.¹³ haben Lebern von Ratten mit dieser Technik für 72 und 96h bei -6°C mit Applikation von kryoprotektiven Substanzen mittels subnormothermer Maschinenperfusion perfundiert und gelagert. Nach 72h Lagerung lagen die Überlebensraten nach Transplantation bei 100% und nach 96h immerhin noch bei 58%. De Vries et al.¹⁴ konnten humane Lebern bei -4°C für insgesamt 27h *ex-vivo* lagern und mittels NMP erfolgreich reperfundieren, wobei für die Applikation der kryoprotektiven Lösung (UW-Lösung mit Zusatz von Trehalose, Polyethylenglycol, und Glycerin) mittels HMP erfolgte. Es zeigte sich dabei eine vergleichbare Leberfunktion und Verstoffwechslung sowie ein ähnliches Schadensmarkerprofil vor bzw. nach dem Supercooling. Unsere eigene Gruppe hat bereits erste erfolgreiche Pilotstudien mit Supercooling in Kleintiermodellen (Herztransplantation, vaskularisierte Gewebetransplantation in Mäusen und Ratten) sowie rezent in präklinischen Großtiermodellen (Nierentransplantation im Schwein) durchgeführt. Wir konnten dabei zeigen, dass eine Verlängerung der Organkonservierung, bei Temperaturen von -5°C , auf 120 Stunden oder 5 Tage mit ausgezeichneter Organfunktion erreicht werden kann.

Schlussfolgerung

Die klinische Umsetzung der hier diskutierten Methoden würde einen Paradigmenwechsel in der Organ- und Gewebetransplantation darstellen, da damit Zeit

nur mehr eine untergeordnete Rolle in der Transplantation spielt. Erste präklinische Ergebnisse sind sehr vielversprechend, auch wenn klar ist, dass es noch weitere Modifikationen, und zusätzliche Studien zur Optimierung der einzelnen Technologien brauchen wird. Was sich jedenfalls deutlich aus bisherigen Daten ableiten lässt, ist, dass unterschiedliche technische Verfahren in der Organpräservierung keinesfalls miteinander konkurrieren, sondern durchaus komplementär sind und sich gegenseitig sinnvoll ergänzen können. Somit darf man vorsichtig optimistisch sein, dass vielleicht die Kühlbox in der Transplantation schon bald der Vergangenheit angehören wird und wir die Vorteile von Supercooling und Organbanking kombiniert mit HMP oder NMP in der Klinik zum Wohle unserer PatientInnen realisieren können. □

REFERENZEN

1. Annual Reports | Eurotransplant.
2. Lewis JK et al. Cryobiology. 2016;72(2):169-182.
3. Messner F et al. Transplant International. 2019;32(7).
4. Bellini MI et al. Int J Mol Sci. 2021;22(3):1-16.
5. Storey KB American Journal of Physiology. 1990;258 (3 27-3):559-568.
6. Gharib G et al. Front Bioeng Biotechnol. 2022;9:770588.
7. Weng L et al. Journal of Physical Chemistry A. 2011;115(18):4729-4737.
8. Jang TH et al. Integr Med Res. 2017;6(1):12-18.
9. Finger EB et al. Curr Opin Organ Transplant. 2018;23(3):353-360.
10. Moss GS et al. Journal of Surgical Research. 1966;6(4):147-151.
11. Han Z et al. Nature Communications 2023 14:1. 2023;14(1):1-12.
12. Fahy GM et al. Organogenesis. 2009;5(3):167-175.
13. Berendsen TA et al. Nature Medicine. 2014;20(7): 790-793
14. de Vries RJ et al. Nature Biotechnology 2019 37:10. 2019;37(10):1131-1136.

KORRESPONDENZADRESSEN



Univ. Prof. Dr. Gerald Brandacher, FAST
 Professor für Translationale und Experimentelle
 Transplantationschirurgie · Co-Direktor und
 Wissenschaftlicher Leiter Abteilung für Viszeral,- Thoraxchirurgie
 Transplantations- und Medizinische Universität Innsbruck
 Anichstraße 35
 A-6020 Innsbruck
 E-Mail: gerald.brandacher@i-med.ac.at



Priv.-Doz. Dr. In Franka Messner, PhD
 Abteilung für Viszeral,- Transplantations-
 und Thoraxchirurgie
 Medizinische Universität Innsbruck
 Anichstraße 35
 A-6020 Innsbruck
 E-Mail: franka.messner@i-med.ac.at



Univ.-Prof. Dr. Gabriela Berlakovich

Klinische Abteilung für Transplantation
MedUni Wien

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Ich arbeite gerne manuell, im Rahmen von Famulaturen hat sich schon früh meine Begeisterung für die Chirurgie gezeigt.

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Univ.-Prof. Dr. Arnulf Fritsch (1. Chir. Univ. Klinik Wien)
Univ.-Prof. Dr. Xavier Rogiers (Univ. Klinik Hamburg-Eppendorf / Univ. Klinik Ghent)

Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?

Kenntnis über alle präoperativen Befunde, geplantes Vorgehen, flexible Reaktion und mentaler Zugang ist wichtiger als manuelle Geschicklichkeit

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

War nie ein Problem, verheiratet mit einem Chirurgen, keine Kinder

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Motivierte enthusiastische junge Chirurg*innen

Ihr Lebensmotto?

Being better



OA Dr. Sedat Ciftci

Allgemein-Viszeral- und Gefäßchirurgie,
Steyr

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Zufällig, ich habe im Rahmen der Turnusausbildung die mir angebotene Ausbildungsstelle für Chirurgie angenommen.

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Im Laufe meiner Facharztausbildung habe ich sehr gute Chirurgen kennengelernt. Insbesondere haben mich bei der Entscheidung für Chirurgie und am Anfang meiner Ausbildung Prim. Dr. Vischer Martin, danach sowohl während der Ausbildungszeit als auch als Facharzt Prim. Priv.-Doz. Dr. Dinnewitzer Adam sehr viel unterstützt.

Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?

- Reflexionsvermögen
- Ausdauer
- Flexibilität
- Selbstkritik
- Empathie
- Interesse und stetige Weiterentwicklung
- manuelle Geschicklichkeit

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Ein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben zu erschaffen ist ein Prozess, an dem man langfristig und vernünftig arbeiten muss.

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

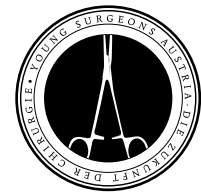
Mehr finanzielle Unterstützung für die Weiter- und Fortbildungen.

Weniger Bürokratie, damit mehr Zeit für die ärztlichen Tätigkeiten bleibt.

Ihr Lebensmotto?

Leben und leben lassen.

„Die Rolle des Mentors in der chirurgischen Ausbildung“



Autor: Diego A. Salas Campos, St. Veit an der Glan

Derzeit gibt es mehrere Studien, die zeigen, dass die Rolle eines Mentors in der Chirurgie von größter Bedeutung ist.

„Der Fortschritt lebt vom Austausch des Wissens“

A. Einstein

Ein Mentor ist per definitionem ein 'erfahrener Ratgeber, Helfer, Betreuer'. Der Begriff stammt ursprünglich aus dem Altgriechischen Μέντωρ 'denken, geistig erregt sein' (1). In Homers Odyssee war es der Name des vertrauten Freundes von Odysseus. Als

dieser entschloss an der Seite des griechischen Kriegsführers Agamemnon mit in den trojanischen Krieg zu ziehen, bat er Mentor die Erziehung seines Sohnes Telemachos zu übernehmen. Im alten Griechenland wurden Söhne, die zu charismatischen und erfolgreichen Kriegern ausgebildet werden sollten, immer von weisen und erfahrenen Lehrern angeleitet.

Der Mentor ist von grundlegender Bedeutung während des Aufbaus einer chirurgischen Karriere. Wissen und Erfahrung

sollten geteilt werden, somit wird die Produktivität der Kenntnisse multipliziert. Die Aufgabe des Mentors ist es sein Wissen und seine Erfahrung zu teilen, den jungen Chirurgen zu fördern und seine Entwicklung zu verbessern.

Kurzer Einblick in Europa

In Österreich setzt sich die Rolle des Mentors in der Chirurgie allmählich durch. Jedoch, aufgrund verschiedener Faktoren, ist es leider immer noch keine Selbstverständlichkeit eine Person zu treffen die diese Rolle übernimmt.

2012 zeigten Healy et al, dass auch Medizinstudenten in Großbritannien und Irland nur in geringem Maße von Mentoren betreut wurden und dass es an formellen Mentoren, Programmen für Studenten und Auszubildende der Chirurgie mangelt (2).

Internationale Erkenntnisse

Die amerikanische Studie von Mccor et al zeigte, wie wichtig die Beratung eines Mentors bei der Wahl der richtigen Ausbildung ist (3). Daher ist es besonders wichtig, schon von Anfang der Basisausbildung an einen Mentor zu haben, der die jungen Kollegen in der Welt der Chirurgie richtig anleitet. Wie sich gezeigt hat, führt die Einführung eines formellen Mentorenprogramms zu einer Verbesserung der Wahrnehmung der Ausbildung der Assistenzärzte.

Die Relevanz der Mentorenschaft für die chirurgische Ausbildung und Karriere wurde auch von einer afrikanischen Studie nachgewiesen (4).

Darüber hinaus ist die Anwesenheit eines Mentors nachweislich ein Schutzfaktor gegen Burnout, Ermüdung und Fluktuation (5), welcher bedeutsam in der Ausbildung ist.

Jedoch seltsamerweise in der Ausbildung für Gefäßchirurgie berichtete Smeds et al in 2016, dass zwischen Auszubildenden in der Chirurgie, die einen Mentor haben,

spine.at

Jetzt online anmelden

25. Symposium

der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie

„Akutfall Wirbelsäule“

27. Januar 2024
Technisches Museum Wien

spine.at/25-symposium

Neurochirurgie | Orthopädie und Traumatologie | Neurologie
Radiologie | Physikalische Medizin und Rehabilitation



und solchen, die keinen Mentor haben, es keine Unterschiede in Bezug auf die akademische Produktivität oder den Komfort bei der Behandlung von chirurgischen Fällen gibt. Zu den möglichen Vorteilen gehören professionelles Networking und bessere Forschungs- und Jobmöglichkeiten. (6)

Lösungsvorschlag, why not?

Eine interessante Möglichkeit könnte ein Mentorenprogramm für chirurgische Assistenzärzte bzw. junge Fachärzte sein. In der Universität von Michigan wird derzeit ein Programm mit chirurgischen Gruppen durchgeführt. Das Ziel ist es ein innovatives Konzept zu konstruieren, um kulturelle und anthropologische bzw. Herkunft issues der Assistenzärzte zu ignorieren und gleichzeitig Kameradschaft zu schaffen und alternative Perspektiven auf verschiedenen Ausbildungsebenen zu erlernen (7). Jede Gruppe besteht aus vier Beteiligten: einem Medizinstudenten, der sich für Allgemeinchirurgie interessiert, einem jungen Assistenzarzt, einem erfahrenen Assistenzarzt und einem Mitglied der Gesellschaft für Chirurgie. Dies bietet eine großartige Gelegenheit, alle Aspekte kennenzulernen und sich über die Erfahrungen nicht nur in der Ausbildung, sondern auch als Facharzt auszutauschen.

Fazit

Wir erleben derzeit in Österreich eine kritische Situation aufgrund des Ärztemangels. Davon sind wir auch im Bereich der Chirurgie stark betroffen - mit einer Verschlechterungstendenz. Wir müssen von jedem unserer Kollegen profitieren, der seine chirurgischen Techniken demonstriert, ebenso wie auf dem Gebiet der Forschung, falls man keinen Mentor hat, so dass jeder von uns seine eigene chirurgische Technik oder Methode personalisieren können und sie auf einem hohen Niveau der Chirurgie zum Wohle des Patienten durchführen kann. Eine hervorragende Lösung für die Zukunft wäre die Schaffung von Mentorenprogrammen in Österreich, um die neue Generation der jungen Chirurgen zu motivieren und zu fördern. □

BIBLIOGRAPHIE:

1. <https://www.dwds.de/wb/Mentor>
2. Healy NA, Glynn RW, Malone C, Cantillon P, Kerin MJ. Surgical mentors and role models: prevalence, importance and associated traits. J Surg Educ. 2012 Sep-Oct;69(5):633-7. doi: 10.1016/j.jsurg.2012.04.015. Epub 2012 May 30. PMID: 22910162.
3. McCord JH, McDonald R, Sippel RS, Levenson G, Mahvi DM, Weber SM. Surgical career choices: the vital impact of mentoring. J Surg Res. 2009 Jul;155(1):136-41. doi: 10.1016/j.jsurg.2008.06.048. Epub 2008 Aug 13. PMID: 19041099.
4. Naidu P, Buccimazza I. Surgery in South Africa - the attitudes toward mentorship in facilitating general surgical training. S Afr J Surg. 2021 Sep;59(3):82-85. PMID: 34515421.
5. Bingmer K, Wojnarski CM, Brady JT, Stein SL, Ho VP, Steinhagen E. A Model for a Formal Mentorship Program in Surgical Residency. J Surg Res. 2019 Nov;243:64-70. doi: 10.1016/j.jsurg.2019.04.068. Epub 2019 May 30. PMID: 31154135.
6. Smeds MR, Huynh C, Thrush CR, Moursi MM, Amankwah KS. Effects of Mentorship on Graduating Vascular Surgery Trainees. Ann Vasc Surg. 2017 Oct;44:234-240. doi: 10.1016/j.avsg.2017.03.173. Epub 2017 May 11. PMID: 28501657.
7. Shen MR, Zhuo L, Madison K, Bredbeck BC, Kemp MT, Santos-Parker JR, Sandhu G, George BC, Gauger PG, Hughes DT, Dimick JB, Kwakye G. How We Do It: An Innovative General Surgery Mentoring Program. J Surg Educ. 2022 Sep-Oct;79(5):1088-1092. doi: 10.1016/j.jsurg.2022.04.004. Epub 2022 May 14. PMID: 35581113.

KORRESPONDENZADRESSE



Dr. med. univ. Diego A. Salas Campos
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan
Chirurgische Abteilung
Spitalgasse 26
9300 St. Veit an der Glan
E-Mail: dr.diegoasalas@gmail.com



65. KONGRESS DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

05. - 07. Juni 2024, Salzburg www.chirurgiekongress.at

Kongresspräsident: Univ. Prof. Dr. Stephan Kriwanek
Kongresssekretäre: Dr. Benjamin Glaser
Dr. Viktor Justin

Organisation: con:concept e.u., Mag. Birgit Kamolz
Stiftingtalstraße 14, 8010 Graz, Austria
chirurgiekongress@conconcept.at

22. Österreichischer Chirurtag

und 12. Forum Niedergelassener Chirurgen des BÖC

am 9. - 11. November 2023 in Baden

Autor: S. Roka, Wien

Auch in diesem Jahr versprach der Chirurtag in Baden ein spannendes Programm mit hochkarätigen Referenten, das die gesamte Bandbreite aktueller Themen der Allgemein- und Viszeralchirurgie umfasste. Unter dem Titel „Cutting Edge Chirurgie“ wurden die Standards in der Chirurgie an der Schnittstelle zu Innovationen und zukünftigen Behandlungstechniken und Strategien besprochen. Die zweitägige Veranstaltung bot neben einer Fülle an Informationen für die Teilnehmer auch Platz für Diskussion und interkollegialen Austausch. Die Veranstaltung war wie in den Jahren zuvor exzellent organisiert. Die Atmosphäre war von Professionalität und Engagement geprägt, was zu einem produktiven Austausch zwischen den Teilnehmern führte.



Willkommen beim ÖCT 2023



Networking @ ÖCT 2023

Am ersten Tag lag der Fokus auf der Behandlung von Tumoren der Leber – im Speziellen auf der Erweiterbarkeit der Resektabilität durch den Einsatz multidisziplinärer Therapieprinzipien. Dabei spielen neben der neoadjuvanten Therapie auch Augmentationsstechniken eine besondere Rolle. Betont wurde immer wieder die Notwendigkeit der Beurteilung der Resektabilität durch einen erfahrenen Chirurgen. Für die perioperative Komplikationsrate spielen aber auch weitere Themen wie präoperatives „Leberfasten“, perioperatives Management und Navigation in der Leberchirurgie eine wesentliche Rolle. Die stereotaktische RFA als Ersatz für die Leberchirurgie wurde ebenso behandelt. Thomas Grünberger (Wien) sprach über die Standardtherapie des cholangiozellulären Karzinoms.

Im Bereich der kolorektalen Chirurgie gibt es interessante Innovationen bei der Anastomosenheilung, deren Einsatz durch Bernhard Dauser (Wien) kritisch bewertet wurde. Andreas Shamiyeh (Linz) demonstrierte wie die CME an einem Zentrum standardisiert umgesetzt werden kann. Eine Reise in die Vergangenheit und Gegenwart des Einsatzes von Pouches zur Rekonstruktion nach Eingriffen am Rektum durch Friedrich Herbst (Wien) kam zum Schluss, dass die erhoffte funktionelle Verbesserung überschätzt wurde. Der Abschluss der Sitzung erfolgte durch Adrian Frick (Wien), der einen interessanten Einblick in das Mikrobiom des menschlichen Darms und die möglichen therapeutischen Anwendungen gab.

Der zweite Tag war in behandelte Pankreaschirurgie, den oberen Gastrointestinaltrakt und akute Chirurgie aufgeteilt.

Im Bereich der Pankreaschirurgie sind die neuen Erkenntnisse zu ausgedehnten (vaskulären) Resektionen hervorzuheben. Oliver Strobel (Wien) präsentierte eindrucksvoll die Indikationen und die Einbettung in multimodale Therapiekonzepte. Helwig Wundsam (Linz) gab einen Ausblick auf den Einsatz der Robotik in der Pankreaschirurgie. Die robotische Chirurgie scheint vor allem in diesem Segment herkömmliche minimal invasive Operationstechniken zu ersetzen. Neben den chirurgischen Standards in der Einschätzung der Resektabilität (Sebastian Roka, Wien) und (neo-)adjuvanten Therapie (Thamer Sliwa, Wien) zeigte Holger Rumpold (Linz) einen Ausblick wie zirkulierende Tumor DNA und andere molekularbiologische Tests das Monitoring der Chemotherapie in Zukunft ergänzen können.

Im Bereich des oberen GI-Traktes stand der Fokus ganz klar im onkologischen Bereich. Alexander Ziachehabi (Linz) referierte über Reflux und Karzinomrisiko und erklärte klar die Empfehlungen zur Nachsorge bei Barrett. Bei Frühstadien des Ösophaguskarzinoms stehen interventionelle Techniken bereits an erster Stelle des Therapiealgorithmus. Georg Spaun (Linz) zeigte die eindrucksvollen Möglichkeiten der interventionellen Endoskopie im oberen GI-Trakt auf. Die funktionellen Defizite nach Gastrektomie können mit neuen Rekonstruktionstechniken (double tract) verbessert werden (Johannes Zacherl, Wien).

Im Bereich der akuten Chirurgie stellte Alexander Perathoner (Innsbruck) neuerlich sein Konzept der „damage control“ bei sterkoraler Peritonitis und die neuesten beeindruckenden Ergebnisse vor. Auch der Stellenwert der Laparoskopie in der aku-



Tagen in den schönen Räumlichkeiten des Congress Center Baden

Networking @ ÖCT 2023



ten Chirurgie, der immer mehr Bedeutung erlangt, wurde beleuchtet (Martina Lemmerer, Villach). Gallengangskomplikationen bei Cholezystektomien sind zwar ein seltenes, aber schwerwiegendes Ereignis. Stefan Schneeberger (Innsbruck) zeigte eindrucksvoll, wie wichtig die Expertise eines hepatobiliären Chirurgen in der Behandlung ist. Alle Optionen – bis zur Lebertransplantation – müssen in der Behandlung in Erwägung gezogen werden können.

Als Abschluss präsentierten Thomas Grünberger (Wien), Andreas Shamiyeh (Linz) und Helwig Wundsam (Linz) eindrucksvolle Kasuistiken, die mit einem Expertenpanel (Oliver Strobel (Wien), Matthias Biebl (Linz), Robert Sucher (Graz) und Stefan Schneeberger (Innsbruck)) diskutiert wurden.

Das Forum Niedergelassener Chirurgen stand im Fokus rechtlicher Aspekte und der Endoskopie. Martina Haag (St. Pölten) zeigte, dass das Sprichwort „Vor Gericht und hoher See ist man in Gottes Hand“ nach wie vor gültig ist. Selbst unter Einhaltung aller „Vorsichtsmaßnahmen“ können gerichtliche Entscheidungen überraschend sein. Es ist daher für Chirurgen immer wichtiger, ein „Rechtsbewusstsein“ zu entwickeln um

mögliche Implikationen vorherzusehen. Im Bereich der Endoskopie wurde die Diskussion durch das geplante Screeningprogramm in Wien und die damit einhergehenden Implikationen für niedergelassene Chirurgen überschattet (Anton Weiser, Wien).

Der 22. Österreichische Chirurgenstag war eine äußerst gelungene Veranstaltung, die tiefe Einblicke in aktuelle Entwicklungen der Chirurgie bot. Die Vielfalt der Themen und Referenten, hat für Chirurgen in jedem Ausbildungsstand dazu beigetragen, den Horizont zu erweitern und neue Impulse für die berufliche Praxis zu setzen. Neuerlich konnten wir am Österreichischen Chirurgenstag mehr als 300 Teilnehmer begrüßen und bedanken uns über das außerordentlich positive Feedback. Wir bedanken uns ausdrücklich bei der Wiener Medizinischen Akademie und dem Congress Center Baden für die reibungslose und professionelle Organisation.

Merken Sie sich schon jetzt den Termin für den 23. Österreichischen Chirurgenstag und das 13. Forum Niedergelassener Chirurgen am 7. – 9. November 2024 vor. Das Kongressprogramm wird in Kürze zur Verfügung stehen.

KORRESPONDENZADRESSE



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



BÖC Webinare

Wir freuen uns, Ihnen weiterhin spannende Webinare bieten zu können. Hier ein Überblick über die geplanten Themen.

Weitere Details zu Referent*innen und den Terminen kündigen wir ehestmöglich auf der Website www.boec.at an.



Webinar 62:

Donnerstag, 14. Dezember 2023

18.00 – 19.00 Uhr

Joint Webinar with the UEMS Section of Surgery (in englischer Sprache)



Webinar 63:

Donnerstag, 25. Jänner 2024

18.00 – 19.00 Uhr

Thema: Sinn und Unsinn von Antibiotika in der Chirurgie

Referent: Prof. Dr. Florian Thalhammer, Wien



2.Österreichische Hernientage

**Rezidivhernienchirurgie -
eine Domäne für Experten!**

**Prävention -
das Schlagwort der Zukunft!**

**21. – 22. März 2024
Salzburg Congress**



www.hernien.at



Berufsverband
Österreichischer
Chirurgen



23. Österreichischer **Chirurgentag**

07. und 08. November 2024

Congress Center Baden



Save the dates

09. November 2024

13. Forum Niedergelassener Chirurgen

gemeinsam mit:



Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

www.boec.at



ÖGCH Preise

Theodor-Billroth-Preis der ÖGCH

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie und ihre assoziierten Fachgesellschaften schreibt den **Theodor-Billroth-Preis** für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der *klinischen und experimentellen Chirurgie (eher Grundlagenwissenschaft)* 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 muss eine in internationalen Journalen publizierte oder zur Publikation vom Verlag bestätigte Originalarbeit sein.
5. 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.
6. Die unter Punkt 3 bis 5 genannten Sonderdrucke oder Kopien der Originalarbeit müssen **bis zum 01. März des Jahres in einfacher Ausführung** in elektronischer Form per E-Mail an chirurgie@oegch.at eingereicht werden.
7. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury.
8. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 100 Punkten in den drei Kategorien wissenschaftlicher Neuwert, Relevanz und Durchführung der Untersuchung.
9. Wenn keine der Arbeiten von den Juroren als preiswürdig erachtet wird, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
10. Werden von den Juroren mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
11. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses.

Wissenschaftspreis der ÖGCH

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie und ihre assoziierten Fachgesellschaften schreibt den **Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit** auf dem Gebiet der *klinischen Forschung* in der Chirurgie aus. Der Wissenschaftspreis der ÖGCH ist mit **EUR 5.000,-** 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 muss eine in internationalen Journalen publizierte oder zur Publikation vom Verlag bestätigte Originalarbeit sein.
5. Die eingereichte Arbeit darf nach dem Datum der Publikation nicht älter als zwei Jahre sein und darf nur für den Wissenschaftspreis 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.
6. Die unter Punkt 3 bis 5 genannten Sonderdrucke oder Kopien der Originalarbeit müssen **bis zum 01. März des Jahres in einfacher Ausführung** in elektronischer Form per E-Mail an chirurgie@oegch.at eingereicht werden.
7. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury.
8. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 100 Punkten in den drei Kategorien wissenschaftlicher Neuwert, Relevanz und Durchführung der Untersuchung.
9. Wenn keine der Arbeiten von den Juroren als preiswürdig erachtet wird, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
10. Werden von den Juroren mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
11. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses.



ÖGCH Preise

Hans-Werner Waclawiczek-Preis der ÖGCH

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie und ihre assoziierten Fachgesellschaften schreibt den **Hans-Werner Waclawiczek-Preis** für die beste klinisch orientierte Fragestellung mit praktischer und oder wissenschaftlicher Relevanz für den chirurgischen Alltag aus. Der Preis ist mit **EUR 4.000,-** dotiert.

Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Bestimmungen:

1. Der Hans-Werner Waclawiczek-Preis ist ein wissenschaftlicher Nachwuchspreis, der explizit für Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung in einem chirurgischen Fach innerhalb der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ausgeschrieben wird.
2. Es handelt sich um eine Initial-Finanzierung einer Forschungs idee für die beste klinisch orientierte Fragestellung mit praktischer und oder wissenschaftlicher Relevanz für den chirurgischen Alltag.
3. Wissenschaftliche Vorleistungen (Publikationen) sind zur Einreichung des Antrages wünschenswert jedoch nicht obligat.
4. Wissenschaftlich begründete Fragestellung des Forschungsvorhabens (Umfang ohne Literaturverzeichnis mindestens 15.000 und maximal 25.000 Zeichen).
5. Nachweis einer laufenden Ausbildung in einem chirurgischen Fach innerhalb der ÖGCH.
6. Mitgliedschaft in der ÖGCH.
7. Ein vollständiger Antrag möge **bis zum 31. März des Jahres** in elektronischer Form per E-Mail an chirurgie@oegch.at eingereicht werden.
8. Das Einreichen mehrerer Anträge einer Person für das gleiche Jahr ist nicht möglich.
9. Der Gewinner des Preises hat die Verpflichtung, die Ergebnisse nach 12 Monaten in einem schriftlichen Protokoll (min. 10.000 Zeichen) dem Vorstand der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (chirurgie@oegch.at) vorzulegen.
10. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury.
11. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 100 Punkten in den drei Kategorien innovativster Ansatz, klinische Relevanz und wissenschaftlicher Wert.
12. Wenn keine der Arbeiten von den Juroren als preiswürdig erachtet wird, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
13. Werden von den Juroren mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
14. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses. Der/Die PreisträgerIn erhält die Möglichkeit, die Ergebnisse im Rahmen des nächsten ÖCK zu präsentieren.



Aktuelles

Die Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie hat Herrn Univ. Prof. Dr. Albert Tuchmann in Würdigung seiner großen Verdienste um Netzwerken und Kooperation zwischen den Fachgesellschaften zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Bericht

Hospitation an der Cleveland Clinic, Department of Colorectal Surgery

Autor: H. Schmölzer, Graz



Ort:

Cleveland, OH

Dauer:

5 Wochen

Schwerpunkt:

Colorectal Surgery

Cleveland, OH liegt am Südufer des Eriesees und ist bekannt für seine vielfältige Kultur, seine beeindruckende Architektur, seine blühende Kunstszene und erfolgreichen Sportteams.

Cleveland beherbergt aber auch erstklassige Krankenhäuser, Kliniken und Forschungszentren.

Neben der „Cleveland Clinic“, die als eine der besten Kliniken der Welt gilt und die in der Newsweek-Liste „World’s Best Hospitals 2023“ heuer erneut den 2. Platz erreicht hat, bietet das „University Hospital-Cleveland“, als ein weiteres angesehenes medizinisches Zentrum, hochwertige medizinische Versorgung an.

Die „Case Western Reserve University School of Medicine“ und das „Cleveland Clinic Lerner College of Medicine“ zählen zu den führenden medizinischen Bildungseinrichtungen des Landes und sind ebenfalls in Cleveland ansässig. Diese Einrichtungen ziehen Patient*innen aus der ganzen Welt an. Sie tragen maßgeblich zum medizinischen

Fortschritt und zur Verbesserung der lokalen Gesundheitsversorgung bei und sind die größten Arbeitgeber der Region und somit auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in Ohio.

Im Mai 2023 konnte ich fast fünf Wochen lang an der Abteilung für „Colorectal Surgery“ an der Cleveland Clinic unter Supervision von Herrn Univ.-Prof. Dr. Hermann Kessler hospitieren und wertvolle Erfahrungen sammeln.

Am „Digestive Disease and Surgical Institute (DDSI)“ der Cleveland Clinic, welches unter anderem die Abt. f. kolorektale Chirurgie beinhaltet, werden mehr als 5.000 kolorektal-chirurgische Eingriffe im Jahr durchgeführt. Dazu gehören durchschnittlich 500 laparoskopische Darmresektionen, 260 Operationen zur Behandlung von Morbus Crohn, 170 Ileoanale-Pouch Anastomosen und mehr als 400 Dickdarmkrebs-Operationen.

Am DDSI wurde unter anderem weltweit als Erstes eine totale Proktokolektomie und ileo-

anale Pouch-Anlage mittels „Single Port“ Technik durchgeführt. Darüber hinaus werden weltweit die meisten „J-Pouch-Verfahren“ am DDSI vorgenommen.

Die Abteilung für kolorektale Chirurgie ist auch eines der größten Zentren für Dickdarmkrebschirurgie in den Vereinigten Staaten und erfüllt kontinuierlich die höchsten internationalen Qualitätsstandards. Es werden auch spezielle lokal fortgeschrittenen Dick- und Mastdarmkrebsbehandlungen mittels Zytoreduktion und intraperitonealer Hyperthermie Chemotherapie (HIPEC) durchgeführt.

An der Cleveland Clinic werden die neuesten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, darunter transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM), transanale minimalinvasive Chirurgie (TAMIS), transanale totale Mesorektale Exzision (taTME), roboterassistierte Chirurgie und intraoperative Strahlentherapie angeboten.

Als Gastarzt bzw. Observer hat man die Möglichkeit, abhängig vom Hospitations-



Cleveland Clinic Main Campus

zeitraum, am gesamten klinischen Alltag und an vielen der oben genannten Operationen teilzunehmen.

Die administrative Betreuung vor Ort und die gesamte Organisation des Aufenthaltes erfolgte durch das „Center for International Medical Education (CIME)“ an der Cleveland Clinic. Diese hat die Aufgabe, medizinische Bildungsprogramme für internationale Medizinstudenten und Fachkräfte anzubieten.

In meinem Fall wurde ein Observership organisiert. Dies ist am besten mit einer Hospitation gleichzusetzen. Observer haben die Möglichkeit, sich mit medizinischen Fachkräften, in der Cleveland Clinic, in erster Linie Ärzten und Forschern, auszutauschen und am klinischen Alltag teilzunehmen.

Diese Netzwerkmöglichkeit ermöglichte mir vor allem den Austausch von Ideen, Diskussionen zu chirurgischen Themen zu führen und viele interessante Operationen zu beobachten. Ich begleitete Chirurgen bei der Patientenversorgung, bei Operationen und nahm an Fortbildungen und Besprechungen der Abteilung teil. Mein Observership wurde von Prof. Dr. Hermann Kessler betreut, dieser war der „Vor-Ort“ Ansprechpartner und Tutor. So konnte ich nicht nur aus erster Hand die chirurgischen Verfahren beobachten, sondern auch individuelle Fallbesprechungen und Diskussionen über die jeweiligen Operationen und Behandlungspläne führen. Die Hospitation gab mir die Gelegenheit, die Operationsweise(n) eines erfahrenen bzw. erfahrener laparoskopischer Chirurgen kennenzulernen und Einblicke in deren chirurgischen Arbeitsbereiche zu erhalten und einmal über den



Prof. Dr. Hermann Kessler, OA Dr. Hannes Schmörlzer

Tellerrand des gewohnten heimischen Klinikaltages zu blicken.

Es war eine sehr lehrreiche Zeit und dafür bedanke mich bei Univ. Prof. Dr. Hubert Hauser, bei der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und bei Prof. Dr. Hermann Kessler welche mir die Hospitation ermöglicht haben. □

KORRESPONDENZADRESSE



OA Dr. Hannes Schmörlzer
LKH Graz II, Standort West
Abteilung für Allgemein Chirurgie
Göstingerstraße 22
A-8020 Graz
Email: hannes.schmoelzer@kages.at

ENDNOTES

1. <https://my.clevelandclinic.org/departments/digestive/depts/colorectal-surgery#about-us-tab>
2. <https://my.clevelandclinic.org/departments/international-medical-education>

05. bis 07. Juni 2024

65. Österreichischer Chirurgenkongress

Ort: Salzburg, Salzburg Congress
Kongresspräsident:
Univ. Prof. Dr. Stephan Kriwanek
Tel: +43 676 603 99 28
E-Mail: b.kamolz@conconcept.at
Info: www.chirurgenkongress.at

7. bis 8. November 2024

23. Österreichischer Chirurgentag

9. November 2024

13. Forum Niedergelassener Chirurgen

Ort: Baden, Congress Centrum Baden
Kongresspräsident:
Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka
Tel: +43 1 405 13 83 18
E-Mail: chirurgentag@boec.at
Info: www.boec.at

Sonstige Veranstaltungen

9. Februar 2024

Organspende in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Ort: Inselhalle Lindau
Info: www.organspende-dach.com

14. bis 17. Februar 2024

WIT 2024 – 42. Wiener Intensivmedizinische Tage

Ort: AKH Wien, Hörsaalzentrum
Info: <https://www.wit-kongress.at/>

23. bis 24. Februar 2024

Masterclass Pankreaschirurgie & 9. Österreichischer Pankreastag 2024

Ort: AKH Wien
Info: www.pankreastag2024.org

29. Februar – 01. März 2024

Salzburger Symposium Thoraxchirurgie

Ort: Salzburg
Info: <https://www.academy-of-surgeons.com/kurse/>

21. bis 22. März 2024

2. Österreichische Hernientage

Ort: Salzburg Congress
Info: www.hernien.at

6. bis 11. April 2024

41th International Gastrointestinal Surgery Workshop

Ort: Congress Center Davos, Switzerland
Info: www.davoscourse.ch

9. bis 12. Juni 2024

75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Ort: Göttingen (DE)
Info: www.dgnc-kongress.de

15. bis 18. September 2024

FOCUS: Valve 2024 – 15th Training Course for Minimally Invasive Heart Valve Surgery

Ort: Medical University Innsbruck
Info: www.focusvalveorg



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

*Frohe Feiertage und ein
glückliches Neues Jahr!*

Impressum

CHIRURGIE

Das offizielle Organ der
Österreichischen Chirurgischen
Vereinigungen

HERAUSGEBER



Berufsverband
Österreichischer Chirurgen (BÖC)



Österreichische
Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

CHEFREDAKTEUR

Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian Roka

STV. CHEFREDAKTEUR

Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann

REDAKTION

BÖC Geschäftsstelle:
Catherine Tomek

REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG

Berufsverband Österreichischer Chirurgen
Zeitschrift „Chirurgie“
c/o Wiener Medizinische Akademie GmbH
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 18
Fax: +43-(0)1-405 13 83 918
E-Mail: sekretariat@boec.at
URL: <http://www.boec.at>

REDAKTIONSTEAM

Dr. Maria Bubenova
Salzkammergut Klinikum, Vöcklabruck

Priv. Doz. Dr. Georg Györi
Medizinische Universität Wien

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

Dr. Elisabeth Gschwandtner
Medizinische Universität Graz

OA Priv.-Doz. Dr. Christian Hollinsky
Klinik Donaustadt, Wien

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

Prim. Priv.-Doz. Dr. Sebastian Roka
Klinik Donaustadt, Wien

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

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

Priv.-Doz. Dr. Stefan Stättner
Salzkammergut Klinikum, Vöcklabruck

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

OA Dr. Karl-Franz Wollein
Ordination Dr. Wollein, Wien

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

BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT

Wiener Medizinische Akademie GmbH
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 18
Fax: +43-(0)1-405 13 83 918
URL: <https://www.wma.co.at>



GRAFIK

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



DRUCK

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



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

Bildnachweise:
Coverbild: <https://stock.adobe.com> –
Damian; Bild-Nr.: 192492564
Seite 12: shutterstock.com
Seite 26: istock.com
Seite 29: vecteezy.com



Produziert nach den Richtlinien des
Österreichischen Umweltzeichens.
W&H Media Druck und Verlag GmbH.,
UWZ-Nr. 1078, www.wh-media.at

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 18, Fax: +43-(0)1-405 13 83 918
E-Mail: sekretariat@boec.at, URL: www.boec.at

Geschäftsführendes Präsidium

Präsident	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Vizepräsident	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at
Generalsekretär und Schriftführer	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
Finanzreferent	C. Ausch, Wien	christoph.ausch@khgh.at
Leiter der BÖC Akademie	G. Györi, Wien	georg.gyoeri@meduniwien.ac.at
Referent für NL Chirurgen	K. Wollein, Wien	e.wollein@ekhwien.at

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

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

Vorstand 2023/24

Präsident	S. Kriwanek, Wien	stephan.kriwanek@gesundheit-burgenland.at
Past President	A. Assadian, Wien	afshin_assadian@yahoo.de
President Elect	T. Freude, Salzburg	t.freude@salk.at
Generalsekretär	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
Kongresssekretäre	B. Glaser, Wien V. Justin, Wien	benjamin.glaser@gesundheitsverbund.at victor.justin@gesundheitsverbund.at
1. Kassenverwalter	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
2. Kassenverwalter	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Vorsitz Aktionskomitee	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Schriftleiter „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“	M. Riegler, Wien	martin.riegler@refluxordination.at
Vertreter Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Bundesfachgruppenobmann Chirurgie der Österr. Ärztekammer	H. Draxl, Telfs	draxl@magen-darm-brust.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Wien	G. Laufer, Wien	guenther.laufer@meduniwien.ac.at
Vertreter Professorenkurie der chirurgischen Universitätskliniken des Departments für Operative Medizin, Med. Universität Innsbruck	S. Schneeberger, Innsbruck	stefan.schneeberger@i-med.ac.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Graz	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Vertreter der chirurgischen Abteilungsleiter von Zentralkrankenhäusern für Maximalversorgung sowie weiterer (Privat)Universitäten	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Vertreter der Johannes Kepler Universität Linz	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern	R. Mittermair, Klagenfurt	reinhard.mittermair@kabeg.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Standardkrankenhäusern für Grundversorgung	M. Zitt, Dornbirn	matthias.zitt@dornbirn.at
Vertreter des Mittelbaus des Fachbereiches Chirurgie der österreichischen Universitätskliniken	S. Riss, Wien	stefan.riss@meduniwien.ac.at
Vertreter des Mittelbaus von chirurgischen Krankenhausabteilungen	Z. Sow, Wien	zacaria.sow@gesundheitsverbund.at
Vertreterin der in Ausbildung stehenden Ärzte*innen im Fachbereich Chirurgie	I. Mühlbacher, Salzburg	i.muehlbacher@salk.at

Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2023/2024		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE)	P. Riss, Wien	philipp.riss@meduniwien.ac.at
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC)	C. Profanter, Innsbruck	christoph.profanter@i-med.ac.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AO Trauma Austria)	F. Kralinger, Wien	franz.kralinger@gesundheitsverbund.at
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@gesundheitsverbund.at
ARGE Niedergelassene Chirurg*innen	A. Weiser, Wien K. Tonninger-Bahadori, Wien	dr.weiser@medico-chirurgicum.at kb@tonninger.com
Ges. der Chirurgen in Wien	M. Prager, Wien	manfred.prager@gmx.at
Ges. für Implantologie und gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP)	C. Schaudy, Wien	christian@schaudy.com
I.S.D.S. (Int. Society for Digestive Surgery)/österreich. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	P. Beckerhinn, Hollabrunn	chirurgie@beckerhinn.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	F. Nagel, Wien	dr.felix.nagel@gmail.com
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Österr. Ges. f. Coloproctologie (ACP)	F. Aigner, Graz	felix.aigner@bbgraz.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	J. Falkensammer, Linz	juergen.falkensammer@bblinz.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖGH)	W. Lick-Schiffer, Stolzalpe	walpurga.lick-schiffer@kages.at
Österr. Ges. f. Hernienchirurgie (ÖHG)	G. Köhler, Rohrbach-Berg	gernot.koehler@ooeg.at
Österr. Ges. f. Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	F. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)	W. Millesi, Wien	werner.millesi@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie	H. Till, Graz	holger.till@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie	T. Grabner, Wien	thomas.grabner@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC)	A. Gruber, Linz	andreas.gruber_1@kepleruniklinikum.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	C. Chiari, Wien	catharina.chiari@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	R. El Attal, Feldkirch	rene.elattal@lkhf.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	R. Koller, Wien	rupert.koller@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	C. Bittermann, Wr. Neustadt	c.bitterm@hotmail.com
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	G. Lang, Wien	gyoergy.lang@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	M. Grabenwöger, Wien	martin.grabenwoeger@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU)	V. Smekal, Klagenfurt	vinzenz.smekal@auva.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	S. Ziegler, Stolzalpe	sven.ziegler@kages.at
Vertreter*in der Senator*innen	F. Smolle-Jüttner, Graz R. Roka, Wien	freyja.smolle@medunigraz.at rudolf.roka@speed.at
Governor der österreich.-ungarischen Sektion des American College of Surgeons (ACS)	M. Gnant, Wien	mgnant@icloud.com
Kooptierte Vorstandsmitglieder		
UEMS	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Vertreter der Industrie		
Branchensprecher*in Industrie	B. Bauer, Wien	birgit.bauer@bbraun.com
Johnson & Johnson Medical Products GmbH	C. v. Schudnat, Wien	Cschudna@its.jnj.com
Medtronic Österreich GmbH	W. Deutschmann, Wien	wolfgang.deutschmann@medtronic.com

