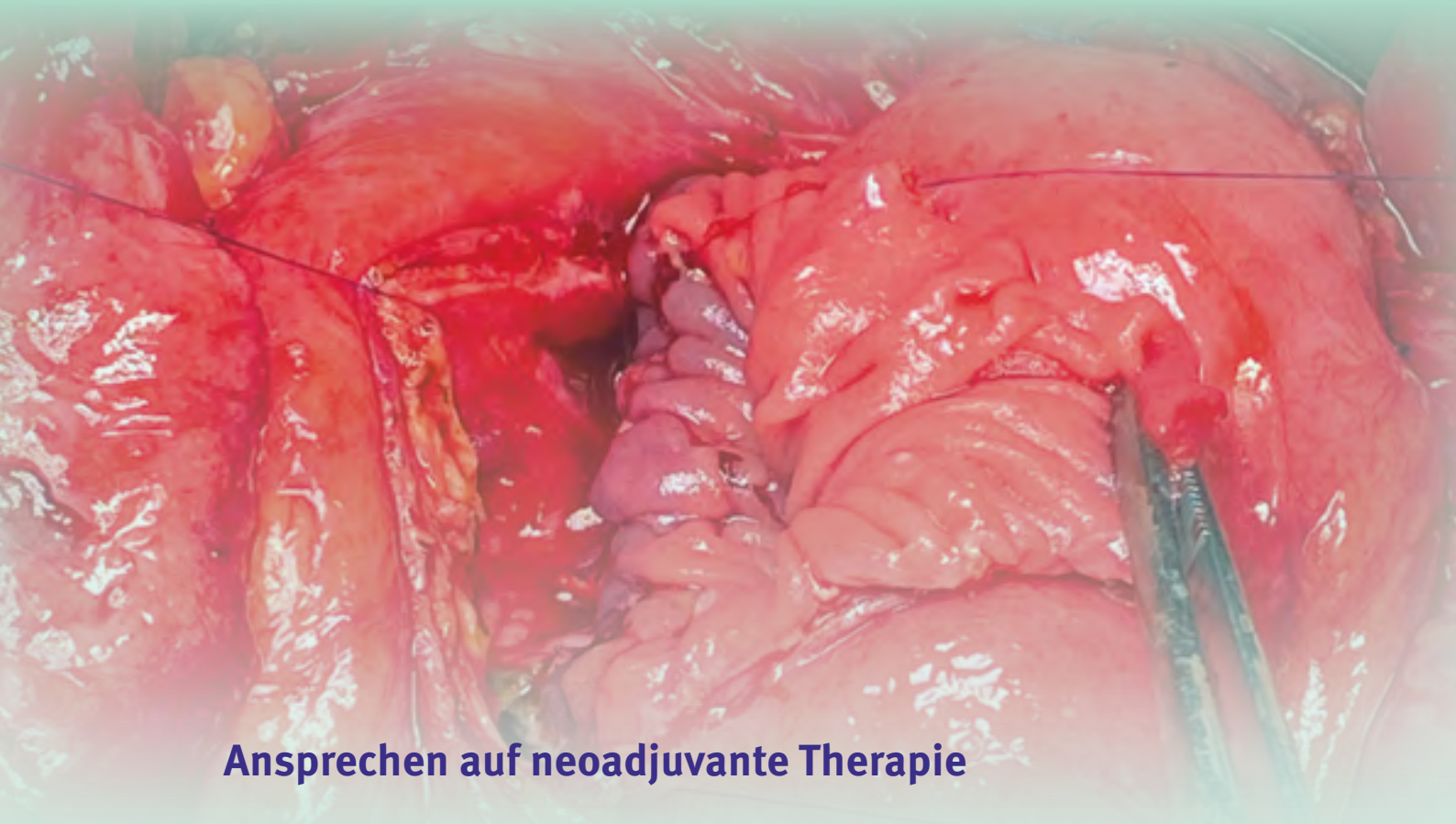


# Chirurgie

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



**Ansprechen auf neoadjuvante Therapie**

**Akute Pankreatitis**

**Gendermedizin in der Chirurgie**



BÖC

2|2024

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Das Motto des heurigen Österreichischen Chirurgenkongresses (ÖCK2024), der vom 5. bis 7. Juni 2024 in Salzburg stattfinden wird, lautet **Chirurgie und Management**. Wir wollen damit den Trend berücksichtigen, der das Management in seinen vielfachen Ausprägungen zu einem wichtigen Steuerelement in der Chirurgie gemacht hat. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, das Prinzip eines Effektivitäts-basierten dem üblichen Effizienz-basierten Managements entgegenzustellen. Nur wenn wir Chirurgeninnen und Chirurgen die Wirksamkeit der von uns gesetzten Maßnahmen darstellen, werden wir deren Finanzierung sicherstellen können. Darüber hinaus haben wir uns bemüht beim Kongress Management einige Neuerungen anzubieten: Die **Tages Highlights** werden mittels Kongress App angekündigt werden, so dass Sie einen raschen Überblick über die interessantesten Sitzungen erhalten. Im Rahmen der Eröffnung wird uns der bekannte österreichische Psychiater Michael Musalek erklären, was an der Chirurgie schön ist. Erstmals gibt es eine **Podiumsdiskussion** mit Politikern und Gesundheits-Managern. **Wir organisieren** eine Miniaturausgabe – „**Davos light**“ – des etablierten Visceralchirurgischen Kurses in Davos und eine Österreichische Version des DGAV **Chirurgie Update**.

Das Thema der Behandlung des **Mammakarzinoms** wird zum ersten Mal interdisziplinär – aus der Sicht von Gynäkologie und Chirurgie dargestellt werden. In der Sitzung **ÖGCH goes international** werden die Methoden der Aus- und Weiterbildung aus internationaler Sicht diskutiert werden.

Nach internationalem Vorbild werden wir „**Meet the Experts**“ Sitzungen organisieren, die in der Früh stattfinden werden.

Am Vortag des ÖCK2024 wird ein **kolo-proktologischer Kurs** der European Society of Coloproctology abgehalten. Die Erfolgsgaranten der letzten Jahre werden von uns beibehalten:

**Die Champions League** am Nachmittag, eine Sitzung zum **Komplikationsmanagement** am Nachmittag, die Präsentation von **Hot topics** und **Keynote Lectures** durch renommierte Expert\*innen und die Verleihung von **Preisen**: Billrothpreis, Wissenschaftspreis der ÖGCH, H.W.Waclawiczek Preis, Young Surgeons Forum Preis.

Alle **assozierten** wissenschaftlichen Fachgesellschaften kommen wie gewohnt zu Wort und die **Chirurgische Jugend** wird durch die Kongressgestaltung besonders gefördert. Für **Nieder-gelassene** Chirurg\*innen organisieren wir eigenen Sitzungen.

Durch Einbindung der DGCH, DGAV, des American College of Surgeons und der International Society of Surgery wird ein bereits gewohntes **weltoffenes Networking** ermöglichen.

Ich hoffe, dass das umfassende Angebot Ihr Interesse geweckt hat und freue mich Sie am Kongress begrüßen zu dürfen.

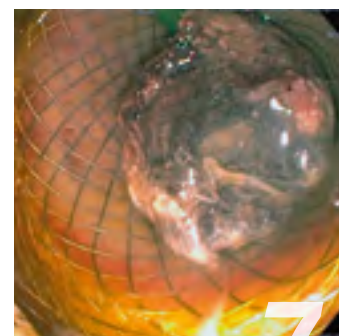
## KORRESPONDENZADRESSE



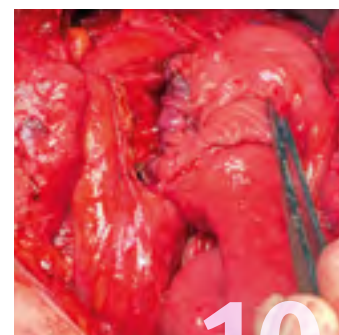
Univ.-Prof. Dr. Stephan Kriwanek  
Gesundheit Burgenland Geschäftsführung  
Josef Hyrtl Platz 4  
A-7000 Eisenstadt  
E-Mail: [stephan.kriwanek@gesundheit-burgenland.at](mailto:stephan.kriwanek@gesundheit-burgenland.at)

## Inhalt

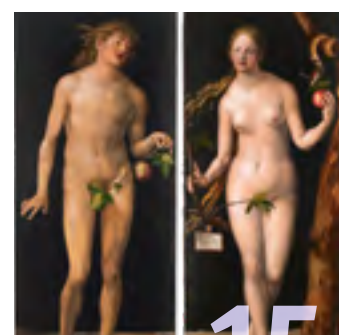
- 1 Chirurgie 2/2024
- 2 Editorial
- 4 Pathologische Kriterien für komplettes Ansprechen nach neoadjuvanter Therapie  
Autor: S. F. Lax, Graz/Linz
- 6 Akute Pankreatitis aus interventioneller Sicht  
Autor: G. Spaun, Linz
- 8 23. Österreichischer Chirurtag 2024 – Programm
- 10 Akute Pankreatitis aus chirurgischer Sicht  
Autor: P. Götzinger, St. Pölten
- 12 Ausbildungsordnung neu: was ändert sich, was können wir beeinflussen?  
Autor: H.-J. Mischinger, Graz
- 15 Gendermedizin in der Chirurgie  
Autorin: M. Lemmerer, Villach
- 18 Im Portrait: Der chirurgische Fragebogen
- 19 12. Forum Niedergelassener Chirurgen – Programm
- 20 Young Surgeons Austria führen Laparoskopiekurs für junge Chirurginnen und Chirurgen wieder ein  
Autorin: S. Hintermair, Krems
- 21 Verleihung des Nicoladoni Preises
- 22 BÖC Webinare



7



10



15

## ÖGCH

- 24 Hospitationsbericht: Research Fellowship am Boston Children's Hospital – Harvard University  
Autor: G. Gierlinger, Linz
- 26 Einladung zur Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH und ihren assoziierten Fachgesellschaften
- 27 Ausschreibung von zwei Georg Stumpf Stipendien für Krebsforschung

## Service

- 28 Terminkalender
- 29 Impressum
- 30 Ihre Ansprechpartner

# Pathologische Kriterien für komplettes Ansprechen nach neoadjuvanter Therapie

Autor: S. F. Lax, Graz/Linz

Die neoadjuvante Therapie hat bei vielen Tumorerkrankungen zu einem verbesserten Überleben geführt. Ein wesentliches Kriterium für ihr Ansprechen liegt im Ausmaß der Rückbildung des Tumors nach Therapie. Dazu ist das Ergebnis der pathologischen Aufarbeitung des Operationspräparates nach der Therapie und Durchführung eines Regressionsgradings wesentlich.

### Neoadjuvante Therapie als therapeutischer Standard

In den letzten drei Jahrzehnten hat sich in verschiedenen Organbereichen die neoadjuvante Therapie als therapeutischer Standard für bestimmte Tumorentitäten entwickelt. Die neoadjuvante Therapie ermöglicht es unter anderem das therapeutische Ansprechen einer Tumorerkrankung, quasi in vivo und in situ zu bestimmen und insbesondere nach adäquatem Ansprechen auf die Therapie die Resektabilität zu verbessern. Dadurch wird in manchen Organen in Folge der Rückbildung des Tumors eine Resektion in neuen Grenzen und dadurch oft eine Organerhaltung möglich. Durch das neoadjuvante Vorgehen ist es in vielen Bereichen zu einem Paradigmenwechsel gekommen. Neben der Möglichkeit der Organerhaltung bzw. Deeskalation des chirurgischen Vorgehens ist es auch zu einer Verbesserung des Überlebens gekommen. Das Mammakarzinom ist hinsichtlich der neoadjuvanter Therapie die am besten beforschte Tumorerkrankung und dient vielfach als „role model“. Weitere Beispiele bilden Karzinome des Rektums, des Magens und zunehmend das Ovarialkarzinom.

### Schlüsselrolle der Pathologie

Einen wesentlichen Parameter für das Ansprechen der neoadjuvanter Therapie stellt die Beurteilung der Tumorrückbildung durch bildgebende Verfahren und die histopathologischen Untersuchungen dar. Im interdisziplinären Kontext kommt der Pathologie eine wesentliche Rolle im Vorhersagen des Therapieerfolges zu. Es wird versucht, das Ansprechen auf die Therapie mithilfe eines sogenannten Regressionsgradings zu objektivieren. Die meisten Regressionsgrading Systeme benutzen ein ähnliches Prinzip, nämlich die semiquantitative Beurteilung der Tumorreduktion nach Therapie. Ein einfaches System mit wenigen Kategorien hat die UICC vorgeschlagen: vollständige Rückbildung, partielle Rückbildung, keine Rückbildung bzw. Progression. Einige Systeme, speziell in der Mamma, inkludieren dabei auch das Ansprechen der Lymphkno-

ten. Bei der Beurteilung von Karzinomen des Rektums, des Magens und im Tubovarialbereich werden Lymphknoten nicht mitbeurteilt. Bei Letzteren ist eine systematische Lymphadenektomie kein zwingender Standard nach neoadjuvanter Therapie.

In der Folge soll die Beurteilung des Ansprechens der neoadjuvanter Therapie am Beispiel des Mammakarzinoms näher erläutert werden.

### Neoadjuvante Therapie beim Mammakarzinom

Beim Mammakarzinom gibt es eine Reihe von Zugängen zur Beurteilung der neoadjuvanter Therapie. Basis für die Beurteilung der Rückbildung sind die radiologischen Untersuchungen im Therapieverlauf bzw. unmittelbar vor der erfolgten Resektion. Diese legen auch die möglichen Grenzen der Resektabilität dar. Ein komplettes Ansprechen nach neoadjuvanter Therapie, auch als pathologische komplette Remission (pCR) oder komplette pathologische Remission bezeichnet, ist durch das vollständige Fehlen vitaler Tumorzellen im posttherapeutischen Resektat definiert [1]. Beim Mammakarzinom inkludiert dies auch mögliche Lymphknotenmetastasen, die zum Zeitpunkt der neoadjuvanter Therapie bereits vorhanden waren. Präinvasive Tumoranteile bzw. Tumorstufen wie ein duktales Carcinoma in situ (DCIS) werden hingegen in der Regel bei der Beurteilung eines kompletten Ansprechens auf eine neoadjuvante Therapie nicht mitberücksichtigt. Beim Mammakarzinom haben sich im Laufe der Jahre viele unterschiedliche Systeme für die Beurteilung des Ansprechens entwickelt. Das international bevorzugte System ist jenes des RCB (Residual Cancer Burden), welches auch vom internationalen Konsortium für Cancer Reporting (ICCR) in seinem Datensatz angeführt und empfohlen wird [2, 3]. Dieses berechnet das Ansprechen auf die Therapie anhand der Reste des Primärtumors und der Lymphknotenmetastasen und gelangt so zu einem numerischen Wert, welcher in insgesamt 4 Gruppen eingeteilt wird (0-3).

Falls ein DCIS vorhanden ist, wird dieses zwar angeführt, geht aber bei vollständigem Fehlen eines invasiven Karzinoms und von Lymphknotenmetastasen nicht in die Berechnung des RCB ein (RCB 0). Die RCB Gruppen korrelieren dabei mit dem Rezidiv freien Überleben und dem Gesamtüberleben der Patientinnen. Das Ansprechen auf Therapie bzw. die pathologische komplette Remission hängt wesentlich vom biologischen Subtyp des Mammakarzinoms ab, wobei das günstigste Ansprechen bei Triple negativen und Her2 positiven Karzinomen besteht.

### Standardisierte Aufarbeitung als Basis für das Regressionsgrading

Basis für die Beurteilung einer standardisierten Aufarbeitung des Operationspräparates. Im Falle des Fehlens von makroskopisch erkennbarem Tumor bzw. einem Fehlen von Tumor in der präoperativen radiologischen Diagnostik (Mammographie, MRT) ist es erforderlich das Resektat komplett und systematisch aufzuarbeiten. Für die Aufarbeitung der Operationspräparate nach neoadjuvanter Therapie nach Mammakarzinom bieten die S3-Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (Langversion 4.4, Seite 382-383, 2021: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom>) weiterführende Empfehlungen. Bei einem makroskopisch nicht sicher vorhandenen Tumorrest sollte zumindest das gesamte Tumorbett eingebettet werden. Falls kein eindeutiger Tumorherd abgrenzbar ist, sollte das ehemalige Tumorbett systematisch untersucht werden, um ein Ansprechen auf die neoadjuvante Therapie entsprechend untersuchen zu können. Dazu sind auch Informationen zur Ausdehnung und Lage des ursprünglichen Tumors von klinischer Seite (Radiologie bzw. operative Disziplin) erforderlich. Die S3-Leitlinien empfehlen zumindest einen Querschnitt des größten Tumordurchmessers unter Berücksichtigung der Resektionsränder einzubetten bzw. als Richtwert mindestens einen Block pro cm der prätherapeutischen Tumorgroße. Weiters wird empfohlen zusätzlich

tumorverdächtige, fibrosierte Areale aus der Umgebung des Tumorbettes und aus dem Bereich der Resektionsränder zu untersuchen. Für den Fall, dass kein eindeutiges Tumorbett zu erkennen ist wird empfohlen, kleinere diagnostische Exzidate vollständig einzubetten, sowie bei größeren Resektaten zunächst einen orientierenden Zuschnitt aus fibrosierten Arealen durchzuführen. Weiters wird empfohlen, bei mikroskopischem Nachweis von Tumorresiduen oder entzündlich/regressiven Gewebe in einem erweiterten Vorgehen gezielt Gewebe aus diesem Bereich nach einzubetten. Es empfiehlt sich, dass Pathologieinstitute intern eine einheitliche Vorgehensweise wählen, die sich an evidenz- oder konsensbasierten internationalen Standards orientieren. An unserer Institution wird nach Möglichkeit bei Resektaten nach neoadjuvanter Therapie das gesamte entfernte Gewebe eingebettet (bei Fällen mit sehr großen Resektaten subtotal). Dadurch bietet sich die Möglichkeit, sowohl Tumorreste als auch Resektionsränder exakt zu beurteilen. Bei Fehlen eines makroskopisch erkennbaren Tumors können bei diesem Vorgehen mikroskopische Tumorreste gut erfasst werden. Dabei wird von uns häufig die Großflächenschnitttechnik verwendet. Unsere Ergebnisse haben wir anhand einer retrospektiven Analyse erfolgreich publiziert [4, 5]. Im Falle einer Ablatio wird ebenfalls versucht das gesamte Tumorbett einzubetten, sofern makroskopisch kein Tumorrest eindeutig zu identifizieren ist.

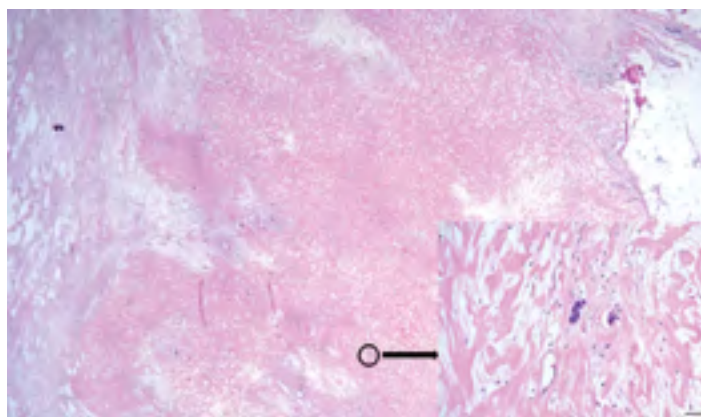
### Neoadjuvante Therapie bei weiteren Tumorentitäten

Seit langem gut etabliert ist die neoadjuvante Therapie des Rektumkarzinoms mittels kombinierter Radio-Chemotherapie. Das Ansprechen auf die Therapie wird dabei durch gezielte Aufarbeitung des Operationspräparates beurteilt. Im Falle einer klinisch vollständigen Rückbildung wird der gesamte ehemalige Tumorbereich histologisch aufgearbeitet, ebenso standardmäßig sämtliche makroskopisch identifizierbare mesokolische bzw. mesorektale Lymphknoten. Mikroskopisch kleine Lymphknoten können durch zusätzliche Einbettung von makroskopisch unauffälligem Fettgewebe in entsprechender Lokalisation gefunden werden. Eine kom-

plette pathologisch komplette Remission ist auch hier durch das vollständige Fehlen vitaler Tumorzellen definiert, wobei aber die Lymphknoten nicht in die Beurteilung eingehen. Das im deutschen Sprachraum (bzw. der DACH-Region) am meisten verwendete System für die Beurteilung des Ansprechens ist jenes von Dworak, welches in der Folge modifiziert wurde [6, 7]. Ein ähnliches, jüngeres System wird im englischen Sprachraum und international verwendet [8]. Auch für die neoadjuvante Therapie des Magenkarzinoms gibt es Systeme zur Regressionsbeurteilung, wie zum Beispiel jenes, das an der TU München entwickelt wurde [9]. Beim Tubovarialkarzinom ist es im letzten Jahrzehnt durch die Einführung neuer Substanzen in der Chemotherapie und auch durch die PARP-Inhibitoren zu einem Paradigmenwechsel von einer operativen Zytoreduktion zur einer neoadjuvanten medikamentösen Zytoreduktion und anschließenden Operation gekommen. Beim Ovarialkarzinom wird vorzugsweise das Regressionsgrading nach Böhm durchgeführt [10]. Ein neoadjuvanter Therapieansatz wird bei einer Reihe weiterer Karzinome praktiziert (z.B. des Ösophagus, des Pankreas, der Lunge und der Harnblase); diese Entitäten werden hier aus Platzgründen nicht weiter behandelt.

### Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Für die Beurteilung des Ansprechens nach neoadjuvanter Therapie sollte ein international gültiges Regressionsgrading verwendet werden. Die meisten verwendeten Systeme sind evidenzbasiert und haben klinische und prognostische Implikationen. Die Beurteilung des Ansprechens der Therapie erfordert eine weitgehende operative Entfernung und histopathologische Aufarbeitung des mitunter geschrumpften ehemaligen Tumorbettes. Die pathologischen Kriterien für das komplette Ansprechen nach neoadjuvanter Therapie zeigen bei gemeinsamem allgemeinem Prinzip



Nahezu komplette pathologische Remission nach neoadjuvanter Therapie eines HER2 positiven Mammakarzinoms: Im Tumorbett finden sich nur an einer Stelle (Kreis) wenige residuale Tumorzellen, eingebettet in hyalinisiertes Narbengewebe (Inset), entsprechend einem RCB-I. HE, Originalvergrößerungen 10-fach bzw. 200-fach.

organspezifische Unterschiede sind in unterschiedlichen Systemen für ein Regressionsgrading festgelegt. Im Wesentlichen werden nur Reste eines invasiven Tumors für das Regressionsgrading herangezogen, nicht jedoch nicht-invasive Tumoranteile bzw. Tumorstufen. Beim Mammakarzinom wird auch das Ansprechen in Lymphknoten berücksichtigt. □

### LITERATURLISTE

1. von Minckwitz, G., et al., Definition and impact of pathologic complete response on prognosis after neoadjuvant chemotherapy in various intrinsic breast cancer subtypes. *J Clin Oncol*, 2012. 30(15): p. 1796-804.
2. Bossuyt, V., et al., A dedicated structured data set for reporting of invasive carcinoma of the breast in the setting of neoadjuvant therapy: recommendations from the International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR). *Histopathology*, 2024. 84(7): p. 1111-1129.
3. Symmans, W.F., et al., Measurement of residual breast cancer burden to predict survival after neoadjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol*, 2007. 25(28): p. 4414-22.
4. Muller, H.D., et al., Validation of Residual Cancer Burden as Prognostic Factor for Breast Cancer Patients After Neoadjuvant Therapy. *Ann Surg Oncol*, 2019. 26(13): p. 4274-4283.
5. Suppan, C., et al., Patterns of Recurrence after Neoadjuvant Therapy in Early Breast Cancer, according to the Residual Cancer Burden Index and Reductions in Neoadjuvant Treatment Intensity. *Cancers (Basel)*, 2021. 13(10).
6. Dworak, O., L. Keilholz, and A. Hoffmann, Pathological features of rectal cancer after preoperative radiochemotherapy. *Int J Colorectal Dis*, 1997. 12(1): p. 19-23.
7. Rodel, C., et al., Prognostic significance of tumor regression after preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *J Clin Oncol*, 2005. 23(34): p. 8688-96.
8. Ryan, R., et al., Pathological response following long-course neoadjuvant chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer. *Histopathology*, 2005. 47(2): p. 141-6.
9. Becker, K., et al., Significance of histopathological tumor regression after neoadjuvant chemotherapy in gastric adenocarcinomas: a summary of 480 cases. *Ann Surg*, 2011. 253(5): p. 934-9.
10. Bohm, S., et al., Chemotherapy Response Score: Development and Validation of a System to Quantify Histopathologic Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Tubo-Ovarian High-Grade Serous Carcinoma. *J Clin Oncol*, 2015. 33(22): p. 2457-63.

### KORRESPONDENZADRESSE



Prim. Univ. Prof. Dr. Sigurd F. Lax,  
LKH Graz II, Institut für Pathologie  
Göstinger Straße 22  
A-8020 Graz  
E-Mail: sigurd.lax@kages.at

# Akute Pankreatitis aus interventioneller Sicht

Autor: G. Spaun, Linz

Die akute Pankreatitis ist definiert als primär sterile Entzündung der Bauchspeicheldrüse. Es kommt zu einer unphysiologischen Enzymaktivierung, die zu einer Entzündungsreaktion mit Ödem, Gefäßschädigung und Zelluntergang führt. Die Inzidenz der akuten Pankreatitis zeigt in der westlichen Welt eine Variabilität von 13–100/100.000/Jahr.

Nach der 2012 erfolgten Revision der Atlanta Klassifikation der akuten Pankreatitis können 2 Phasen der Erkrankung unterschieden werden. Als frühe Phase wird üblicherweise die erste Woche bezeichnet. Die späte Phase schließt daran an und kann Wochen bis Monate dauern.

Nach Schweregrad können eine milde, eine moderate und eine schwere akute Pankreatitis unterschieden werden. Am häufigsten kommt die milde akute Pankreatitis vor. Diese dauert in etwa eine Woche und verläuft ohne lokale oder systematische Komplikationen und ohne Organversagen.

Die moderate akute Pankreatitis ist gekennzeichnet durch ein vorübergehendes Organversagen, lokale Komplikationen, und/oder der Verschlechterung von Komorbiditäten. Die schwere akute Pankreatitis zeigt persistierendes Organversagen (länger als 48 Stunden), sowie lokale Komplikationen durch peripankreatische Fluidokollektionen, pankreatische und peripankreatische Nekrosen, Pseudozysten, oder der sogenannten „Walled Off Necrosis (WON)“.

Bei Patienten mit milder Pankreatitis soll keine total parenterale Ernährung erfolgen. Enterale Ernährung sollte bei prognostiziert schwerem Verlauf ebenfalls so früh wie möglich begonnen werden. Eine Doppellumen (gastrisch, jejunale) Ernährungssonde kann endoskopisch gelegt werden. Ist eine Dauer von mehr als 2 Wochen absehbar kann diese gegen eine endoskopisch gelegte Jet PEG getauscht werden. Dies ist eine 18 French Durchzugs PEG mit einem Jejunalschenkel. Statt einer unflexiblen

Standard-Therapie sollte eine zielgerichtete Volumentherapie durchgeführt werden. Die initiale Volumentherapie sollte vorwiegend mit Ringer-Laktat durchgeführt werden. Der intraabdominelle Druck kann mittels Blasendruckmessung bestimmt werden. Eine prophylaktische Antibiotikatherapie ist auch bei prognostizierter schwerer Pankreatitis zur Vermeidung infektiöser Komplikationen nicht empfohlen.

Bei einer akuten Pankreatitis kann weiters eine interstitiell ödematöse Form von einer nekrotisierenden Form unterschieden werden. Bei der interstitiell ödematösen Pankreatitis zeigen die Patienten eine diffuse Vergrößerung des Pankreas durch inflammatorische Ödembildung, eventuell auch peripankreatische Flüssigkeit. Die klinischen Symptome verschwinden meist innerhalb einer Woche. Etwa 5–10% der Patienten entwickeln Nekrosen in und um das Pankreas. Diese entwickeln sich über Tage und können in einer frühen Computertomografie noch gering ausgeprägt sein und in ihrer Schwere unterschätzt werden.

Risikoindikatoren bei Aufnahme sind ein BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>, APACHE-II-Score (> 5), und Blutzuckerspiegel (> 11,1mmol/L).

Die Überwachung und Re-Evaluation einer akuten Pankreatitis sollte täglich durch Erfassung des klinischen Befundes, der Kriterien des systemic inflammatory response syndrome (SIRS) und Organversagen sowie der Bestimmung von Laborparametern wie z. B. des C-reaktiven Proteins erfolgen. Scoring-Systeme können hilfreich sein, um den Verlauf besser zu objektivieren. Es zeigt

sich jedoch, dass die einzelnen Scores keinen wesentlichen Vorteil gegenüber der Bestimmung der SIRS-Kriterien aufweisen, sodass aufgrund der Einfachheit die Anwendung der SIRS-Kriterien empfohlen werden kann.

Zu den SIRS-Kriterien zählen: Körpertemperatur: < 36°C oder > 38°C, Herzfrequenz > 90/min, Atemfrequenz > 20/min und Leukozyten < 4000/mm<sup>3</sup> oder > 12 000/mm<sup>3</sup>, oder > 10% unreife Leukozyten.

Werden ≥ 2 Kriterien erfüllt liegt ein SIRS vor. Bei Vorliegen eines SIRS am Tag der stationären Aufnahme besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit (85%–100%) für einen schweren Verlauf. Das Fehlen eines SIRS hat einen hohen negativ prädiktiven Wert (98%–100%). Zudem konnte gezeigt werden, dass ein persistierendes SIRS über 48 h mit schlechtem Outcome (u. a. persistierendes (Multi)-Organversagen und Letalität) assoziiert ist.

### Interventionelle externe Drainage (Ultraschall oder CT gezielt)

Bei mutmaßlich steriler nekrotisierender Pankreatitis sollte in Fällen mit durch große Verhalte bedingten Kompressions-Symptomen und/oder beginnendem Multiorganversagen eine Intervention erfolgen. Bei infizierter Pankreasnekrose soll bei klinischer Notwendigkeit (z. B. schwerer/septischer Verlauf) eine Intervention erfolgen. Der endoskopische Zugangsweg (transgastrisch oder transduodenal) ist gleich effektiv wie ein perkutaner Zugangsweg, hat jedoch eine geringere Fistelrate und senkt die Krankenhausverweildauer.

Revidierte Atlanta Klassifikation Schweregrad	Mild	Moderat	Schwer
Organversagen (OV)	Nein	transientes (<48h)	persistierendes (>48h)
Lokale oder systemische Komplikationen	Nein	vorhanden	vorhanden
Letalität (%)	0,1	2,1	52,2

Letalität der akuten Pankreatitis nach Schweregrad der revidierten Atlanta Klassifikation: modifiziert nach Sternby H. et al. und Beyer G. et al.

## EUS (endoskopisch Ultraschall gezielte) Drainage

Der ideale Zeitpunkt für eine transluminale endoskopische Drainage ist 4 Wochen nach Beginn der Schmerzen. Sollte vorher schon eine gut abgekapselte, komprimierende WON vorliegen, kann in Ausnahmefällen auch schon früher interveniert werden. Hier sollten immer die Vor- und Nachteile einer externen Ableitung gegen eine transluminale Drainage abgewogen werden. Nach 4 Wochen sollte ein endoskopischer Zugang primär angestrebt werden. Hierzu können Lumen Apposing Metal Stents (LAMS), oder Doppelpigtail Kunststoff Stents verwendet werden. Besonders effektiv ist die Kombination aus beiden, da sie die Zahl der notwendigen Nekrosectomien vermindern kann. Sind alle Nekrosen aus der WON entfernt, kann der LAMS entfernt werden und 2 Doppelpigtail Stents verbleiben bis zur völligen Abheilung in der Höhle.

## Minimal invasive retroperitoneale Intervention

Bei massiven Nekrosen kaudal der Nieren, oder bei schwierigen endoskopischem Zugang sollte primär eine perkutane Drainage eingelegt werden. Diese kann je nach klinischem Verlauf mit einem flexibel endoskopischen oder einem starren, minimal-invasiv-chirurgischen Verfahren kombiniert werden. In Anbetracht der mit den jeweiligen Verfahren assoziierten Nebenwirkungen, soll primär das Verfahren mit der jeweils geringsten Invasivität gewählt werden und erst bei fehlendem Erfolg eine Eskalation auf ein invasiveres Vorgehen erfolgen (step-up approach).

Ein offen chirurgisches Verfahren (Laparotomie) soll primär nur in Ausnahmefällen erfolgen.

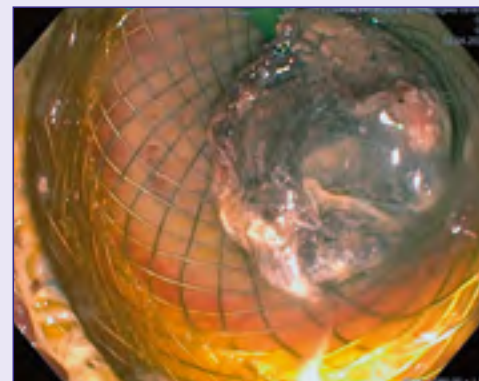
## ERCP Intervention

Die klinische Diagnose der akuten Cholangitis kann häufig nicht ausreichend sicher allein durch das Vorliegen der Charcot-Trias aus rechtsseitigem Oberbauchschmerz,

Bilirubinerhöhung und Fieber  $> 38,4^{\circ}\text{C}$  gestellt werden. Bei Gallengangerweiterung und erhöhten Cholestase- und Entzündungsparametern steigt die diagnostische Genauigkeit. Die Erhöhung systemischer Entzündungsparameter, Oberbauchschmerzen und Bilirubinerhöhung können jedoch auch ohne Cholangitis im Rahmen einer akuten biliären Pankreatitis auftreten und erschweren die Abgrenzung einer akuten Cholangitis. Bei akuter biliärer Pankreatitis mit begleitender Cholangitis soll eine ERCP mit Sphinkterotomie durchgeführt werden.

Patienten mit einer biliären Pankreatitis und nachweisbarer Choledocholithiasis und/oder Gallengangsobstruktion sollen mittels ERCP mit Sphinkterotomie behandelt werden. Der optimale Zeitpunkt einer ERCP mit Sphinkterotomie bei Patienten mit akuter biliärer Pankreatitis und Nachweis einer Choledocholithiasis und/oder biliärer Obstruktion ohne Cholangitis ist derzeit anhand von Studien nicht abschließend geklärt. Bei Verdacht auf eine akute biliäre Pankreatitis und fehlendem Nachweis einer Gallengangerweiterung oder eines mechanischen Abflusshindernisses im transabdominellen Ultraschall soll eine EUS oder MRCP durchgeführt werden, die rein diagnostische ERCP ist obsolet.

Nach biliärer akuter Pankreatitis sollte eine Cholezystektomie durchgeführt werden. Die aktuelle S3 Leitlinie empfiehlt bei milder biliärer Pankreatitis eine Cholezystektomie im Rahmen des initialen Krankenhausaufenthaltes durchzuführen. Der Zeitpunkt der Cholezystektomie bei schwerer (nekrotisierender) biliärer Pankreatitis bleibt eine individuelle Entscheidung und definiert sich durch die Verlaufsform der schweren akuten Pankreatitis. Kann nach biliärer Pankreatitis keine Cholezystektomie erfolgen, kann eine ERCP mit Sphinkterotomie zur Senkung des Rezidivrisikos erfolgen. □



Nekrose verlegt Axios: Doppelpigtailstent im LAMS erlaubt Drainage von Pus trotz verlegtem Lumen des LAMS



WON Nekrosen: rechts saubere Walled Off Höhle, links Nekrosematerial

## KORRESPONDENZADRESSE



Priv. Doz. Dr. Georg Spaun  
Leiter des Endoskopiezentrums  
Ordensklinikum Linz  
Seilerstätte 4  
A-4010 Linz  
E-Mail: georg.sp aun@ordensklinikum.at

## LITERATURLISTE:

1. van Santvoort H.C. et al. (2010): A Step-up Approach or Open Necrosectomy for Necrotizing Pancreatitis: *N Engl J Med*; 362:1491-502
2. Banks P. et al. (2012): Classification of acute pancreatitis: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus: *Gut*; 62:102-111
3. van Brunschot S. et al. (2018): Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotizing pancreatitis: a multicentre randomised trial: *Lancet*; 391(10115):51-58
4. Sternby H. et al. (2019): Determinants of Severity in Acute Pancreatitis: A Nation-wide Multicenter Prospective Cohort Study. *Ann Surg*; 270: 348-355
5. Beyer G. et al. (2022): S3-Leitlinie Pankreatitis: *Z Gastroenterol*; 60: 419-521

# 23. Österreichischer

7. bis 8. November 2024  
Congress Center Baden

**VORLÄUFIGES  
PROGRAMM!**



**Donnerstag, 7. November 2024**

## SITZUNG I – UPPER GI

- ARMS, LYNX, Endostim, Omega... – „Neue“ chirurgische Tools zur Behandlung von GERD – eine kritische Zusammenfassung
- Nebenwirkungen nach Fundoplicatio – Mythos oder Realität
- GERD im Jahr 2040 – Welchen Einfluss wird Adipositas auf die Therapie der Refluxösophagitis haben?
- POEM und/oder GERD – Wohin geht der Weg?
- Adipositas 2040 – Bariatrische Chirurgie oder hormonbasierte Therapie
- Alte Technik – neu entdeckt: Double tract Rekonstruktion
- Funktionelle Gastrektomie – Sind onkologische Sicherheit und Lebensqualität beim Magenkarzinom vereinbar?

## SITZUNG II – ENDOKRINE CHIRURGIE

- Pro/Kontra: Kontroverse RFA von Schilddrüsenknoten
- Sind molekulare Tests zur Bewertung von SD-Knoten bald Standard?
- Schnellschnittdiagnostik in der Schilddrüsenchirurgie
- Minimal invasive Verfahren auf dem Vormarsch – oder doch nur für selektierte Patienten?

Online-Registrierung unter  
[www.boec.at](http://www.boec.at)



# Chirurgentag 2024

Freitag, 8. November 2024

## SITZUNG III – HERNIEN

- Brauchen wir ein Konzept zur Prähabilitation in der Hernienchirurgie?
- Herausforderung perineale Hernien
- Prävention und Management neuropathischer Schmerzen nach Hernienoperationen
- Netzkomplicationen und deren Management
- Prophylaktische Netzimplantation – Warum? Wie? Bei wem?
- Unterschiede, Vor- und Nachteile verschiedener Netztypen

## SITZUNG IV – HPB

- Akut nekrotisierende Pankreatitis – Ist Timing alles?
- Wo bleibt der Stellenwert der Chirurgie in der Behandlung der nekrotisierenden Pankreatitis?
- Die schwierige Cholezystektomie
  1. Exitstrategien
  2. Und was danach passiert
- Kampf um den Gallengang
  1. Therapeutisches Splitting
  2. Laparoskopische Gallengangsrevision

## SITZUNG V – ANASTOMOSEN

- Wie können wir die Anastomosendehiszenzrate minimieren?
  1. Präoperative Maßnahmen
  2. Intraoperative Maßnahmen
  3. Postoperative Maßnahmen
- Was bedeutet die Stomaanlage für unsere PatientInnen
- Alte Techniken – neu entdeckt: Turnbull-Anastomose
- “Lost cases?” – Blasenfistel, Exenterationen, Lappenrepair, ... bad ugly and beyond...

## SITZUNG VI – DINGE, ÜBER DIE WIR REDEN SOLLTEN!

- Was braucht es um Chirurg zu sein?
  1. Der Blick am Ende des Arbeitslebens?
  2. Der Blickwinkel am Anfang des Arbeitslebens
- Welche „core skills“ der offenen Chirurgie dürfen nicht verloren gehen
- Gibt es unterschiedliche Anforderungen an Frauen und Männer in der Chirurgie?
- Ist unser Curriculum noch zeitgemäß?
- Wie Umweltverträglich ist die Chirurgie?



# Akute Pankreatitis aus chirurgischer Sicht

Autor: P. Göttinger, St. Pölten



Die akute Pankreatitis (AP) ist eine akute inflammatorische Erkrankung des Pankreas. Die Letalität reicht von 1% bei Patienten mit interstitieller ödematöser Pankreatitis bis zu 24% bei Patienten, die eine Pankreasnekrose entwickeln (1).

## Klassifikation der AP:

Gemäß der Atlanta-Klassifikation kann die AP in 2 Kategorien eingeteilt werden (2).

1. Akute Interstitielle ödematöse Pankreatitis: ist charakterisiert durch eine akute Inflammation des Pankreasparenchyms und des peripankreatischen Gewebes, wobei jedoch keine Pankreasnekrose vorliegt.
2. Akute nekrotisierende Pankreatitis: ist gekennzeichnet durch eine akute Inflammation in Verbindung mit pankreatischer Parenchymnekrose und/oder peripankreatischer Nekrose.

Je nach Schweregrad wird die akute Pankreatitis wie folgt unterteilt:

1. Milde akute Pankreatitis (MAP): ist charakterisiert durch das Fehlen von Organversagens und lokaler oder systemische Komplikationen.
2. Moderate akute Pankreatitis: charakterisiert durch das vorübergehende Auftreten von Organversagen (< 48 Stunden) und/oder lokaler Komplikationen.
3. Schwere akute Pankreatitis (SAP): charakterisiert durch persistierendes Organversagen (> 48 Stunden), das ein oder mehrere Organsysteme betrifft.

## Beurteilung der Erkrankungsschwere

Die Einschätzung von Schweregrad und Prognose durch Multi-Score-Analyse (zB. Ranson-Score, Imrie-Score, APACHE II Score) wurde in klinischen Studien belegt. Der Vorteil des APACHE II Scores im Vergleich zu den anderen Scores liegt in der möglichen täglichen Reevaluierung, sodass dieser zur Qualitätssicherung und Therapieoptimierung genutzt werden kann.

Neben dem APACHE II Score, hat das Alter des Patienten, Ausdehnung der Pankreasnekrose, Infektion der Pankreasnekrose und bei Intervention/Operation die lokale

Kontrolle der Pankreasnekrose prognostische Bedeutung (3).

Goldstandard in der Diagnostik der Schwere Akuten Pankreatitis ist die kontrastmittelverstärkte Computertomographie (4). Die CT-Untersuchung spielt neben der Diagnostik eine wichtige Rolle in der Risikoeinschätzung des Patienten. Die CT-Untersuchung sollte am Tag der Aufnahme durchgeführt werden. Anzumerken ist, dass sich die Pankreasnekrose in den ersten 72h nach onset der Erkrankung bildet und deshalb ist die Wiederholung der CT-Untersuchung nach 3 Tagen indiziert.

## Hämodynamisches Management

Die Flüssigkeitsverluste in den 3. Raum werden systematisch am Anfang der Erkrankung unterschätzt. Eine zumindest einige Stunden andauernde und klinisch signifikante, aber nicht erkannte, Hypovolämie ist bei der SAP die Regel. Die Messungen von arteriellem Blutdruck und zentralem Venendruck zur Erfassung des intravasalen Volumenstatus sind in dieser Zeit häufig irreleitend (Stress - ansteigender Sympathikotonus - RR art. und ansteigender ZVD). Viele Pankreatitispatienten, die intensivpflichtig sind, zeigen außerdem myokardiale, vor allem systolische Dysfunktionen. Diese können durch myokardiale Hypoxämie (Hypovolämie, Hypoxämie), vielleicht auch durch das Vorhandensein von myokardial depressorischen humoralen Faktoren bedingt sein. Empfohlen wird bei unklarem hämodynamischen Patientenstatus ein frühzeitiges invasives Monitoring und eine auf hämodynamischen Messergebnissen basierende Volumen- und Katecholamintherapie.

## Respiratorische Therapie

Schwerwiegende Veränderungen der Lun- genmechanik und des Gasaustausches können bei SAP oftmals innerhalb kurzer Zeit auftreten. Eine progrediente Hypoxämie

führt unbehandelt zu weiteren Organschäden. Diese klinische Situation erfordert die sofortige Intubation des Patienten und eine Beatmung mit adäquaten positiv end-expiratorischen Drücken (PEEP größer/gleich 10 mbar) zur sofortigen Beseitigung der Hypoxämie.

In seltenen Fällen kann es auch bei der SAP zu bedeutenden Anstiegen des intraabdominellen Druckes kommen (= intraabdominelles Kompartmentsyndrom; IACS). Beim IACS wird vor allem der venöse Abfluss des Gastrointestinaltraktes und der Nieren behindert. Bei progredientem Organversagen sollte eine Laparotomie in Betracht gezogen werden (5).

## Antibiotische Therapie

Die Infektion der Pankreasnekrose ist die Hauptursache für späte Morbidität und Letalität. Das Infektionsrisiko steigt mit der Dauer der Erkrankung und dem Ausmaß der Nekrosen. Untersuchung bei Patienten mit SAP zeigen, dass 24% der Pankreasinfektionen in der ersten Woche, 36% bis Ende der zweiten Woche und 71% erst nach 14 Tagen auftreten. Vom Erregerspektrum her handelt es sich meist um Mischinfektionen mit verschiedenen gramnegativen Keimen, gelegentlich Anaerobiern und Staphylokokkus aureus (6). Ob eine prophylaktische Antibiotikatherapie in der Behandlung der SAP einen Stellenwert hat, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Derzeit wird aber eine prophylaktische Gabe von Antibiotika nicht generell empfohlen, sondern nur nach mikrobiologischem Nachweis (7).

## Indikation zur invasiven/operativen Behandlung

Die Behandlung der SAP ist primär konservativ. Zunächst stehen das Organmonitoring und die Stabilisierung des Patienten im Mittelpunkt.

Folgende Indikationen zur Operation gelten als gesichert:

- a. Klinische Verschlechterung des Patienten trotz maximalem Intensivaufwand
- b. Gesicherte Infektion der Pankreasnekrose. Nachweis im CT (lokale Gasansammlung), Keimnachweis durch Punktion der Pankreasnekrose.

Zu beachten ist, dass der Zeitpunkt der operativen Behandlung Einfluss auf das Überleben des Patienten hat. Die Pankreasnekrose entwickelt sich innerhalb von 4 Tagen nach Onset der Erkrankung. Ca. 3 - 4 Wochen nach Onset ist die Demarkierung der Pankreasnekrose abgeschlossen (8,9). Das bedeutet, dass die Nekrose durch lokales/stumpfes Debridement entfernt werden kann und damit Grundvoraussetzung für die suffiziente erfolgreiche chirurgisch/interventionelle Kontrolle der Pankreasnekrose darstellt (3). Eine zu frühe Operation/Intervention hingegen verschlechtert signifikant die Überlebensrate (10,11).

Die Rolle der Chirurgie in der Behandlung der nekrotisierenden Pankreatitis hat sich in den vergangenen Jahren signifikant geändert. Aktuell werden Patienten mit schwerer akuter Pankreatitis nur nach Ausschöpfen der intensivmedizinischen Behandlungs- und minimal-invasiven Interventionsmöglichkeiten operiert oder wenn es im Verlauf zu Komplikationen wie Hohlorganperforationen oder Blutungen kommt.

Mit der 2010 publizierten Panter Studie kam es zu einem schrittweisen Paradigmenwechsel in der Behandlung der akuten Pankreatitis (12). Diese holländische Multicenterstudie zeigte einen Vorteil der Eskalation der konservativen Therapieschemata („step-up approach“) gegenüber der primär offenen Nekrosektomie. Patienten, die mit dem sogenannten „step-up approach“ Zugang behandelt wurden, hatten im Behandlungsverlauf signifikant

weniger Organversagen und eine niedrigere Gesamtkomplikationsrate. Darüber hinaus war das Auftreten von Narbenhernien in dieser Gruppe signifikant geringer. Die Langzeitnachsuntersuchungsergebnisse dieser Studie zeigten, dass in einem medianen follow-up von 86 Monaten signifikant weniger Patienten im „step-up approach“ verstarben oder schwerwiegende Komplikationen hatten als Patienten mit primär offener Nekrosektomie. Darüber hinaus war die Rate an exokrinen und an endokrinen Pankreasinsuffizienzen signifikant im „step-up approach“ reduziert. Diese neuen Daten zeigen deutlich, dass nicht bei allen Patienten mit akuter nekrotisierender Pankreatitis eine chirurgische Nekrosektomie notwendig ist. In der Behandlung der nekrotisierenden Pankreatitis sollten abhängig vom klinischen Verlauf die Interventionsverfahren schrittweise eskaliert werden. Bei vielen Patienten kann mittels interventioneller Drainage der Krankheitsverlauf stabilisiert und verbessert werden. In einer weiteren holländischen Studie, die den chirurgischen „step-up approach“ mit einer endoskopisch-transgastrischen Nekrosektomie verglich, konnten bezüglich Komplikationsraten und nachfolgenden exokrinen und endokrinen Pankreasinsuffizienzen kein Unterschied nachgewiesen werden (13).

Bezüglich der chirurgischen Therapie der nekrotisierenden Pankreatitis lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Nekrosektomie im Krankheitsverlauf nur bei einer Minderheit der Patienten notwendig wird. Durch interventionelle Drainagen lässt sich meistens das Krankheitsbild stabilisieren und verbessern. Wird jedoch eine Nekrosektomie erforderlich, ist eine minimal-invasive chirurgische, einer endoskopischen Nekrosektomie ebenbürtig. Die Wahl, des Verfahrens hängt von der Verfügbarkeit und Expertise des behandelnden Zentrums ab. □

## LITERATUR:

1. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2013;13:e1-e15.
2. Banks PA et al. Classification of acute pancreatitis -- 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013;62:102-111.
3. Göttinger P et al. Surgical Treatment for Severe Acute Pancreatitis: Extent and Surgical Control of Necrosis Determine Outcome. *WJS* 2002;26:474-478.
4. Crockett SD et al. American Gastroenterological Association Institute guideline on initial management of acute pancreatitis. *Gastroenterol* 2018;154:1096-1101.
5. Schein M, Ivatury R. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. *Br J Surg* 1998;85:1027-1028.
6. Watanabe S. Acute pancreatitis: overview of medical aspects. *Pancreas* 1998;16:307-311.
7. Ding N et al (2020) Assessment of prophylactic antibiotics administration for acute pancreatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Chin Med J* 2020;133:212-220.
8. Uhl, W., Büchler, M., Malfertheiner, P., Isenmann, R.: Pancreatic necrosis develops within four days after the acute attack. *Gastroenterology* 1991;100:123A.
9. Isenmann R, Büchler M, Uhl W, Malfertheiner P, Martini M, Beger HG. Pancreatic necrosis: an early finding in severe acute pancreatitis. *Pancreas*. 1993;8:358-361.
10. Mier J, Leon EL, Castillo A, Robledo F, Blanco R. Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis. *Am J Surg*. 1997;173:71-75.
11. Bradley EL 3rd, Allen K. A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. *Am J Surg*. 1991;161:19-24.
12. Van Santvoort et al. A Step-up Approach or Open Necrosectomy for Necrotizing Pancreatitis. *New Engl J Surg* 2010;62:1491-502.
13. van Brunschot S et al. Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicenter randomised trial. *Lancet* 2018; 39:51-58.

## KORRESPONDENZADRESSE



Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Göttinger  
 Universitätsklinikum St. Pölten  
 Abteilung für Chirurgie  
 Dunant-Platz 1, 3100 St. Pölten  
 E-Mail: peter.goetzinger@stpoelten.lknoe.at

# Ausbildungsordnung neu: was ändert sich, was können wir beeinflussen?

Autor: H.-J. Mischinger, Graz

Mit dem BGBl. II Nr. 147/2015 ist die neue Ärztinnen-/ Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 in Kraft getreten mit dem Ziel ein zeitgerechtes modernes Ausbildungskonzept zu etablieren und die Arbeitsbedingungen an die gesellschaftlichen Entwicklungen anzupassen. Der kontinuierliche Fortschritt, sowohl im Fachbereich als auch Veränderungen in der Gesundheitspolitik, erfordert ein stetiges Nachjustieren in der Aus- und Weiterbildung um die Chirurgie als ein attraktives Fach weiterhin zu etablieren.

### A. Anpassung der Ärzte-Ausbildungsordnung

Die letzte Anpassung der Ärzte-Ausbildungsordnung mit erstmalig umfassenden Inhalten mittels Richtzahlen datiert vom Jahr 2006. Die im damaligen Curriculum festgeschriebenen Inhalte waren kaum zur Gänze vermittelbar. Daher galt es mit der ÄrzteG-Novelle, moderne, nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft bedarfsgerechte und tatsächlich realisierbare Inhalte auszuarbeiten um der Ausbildung auch Transparenz zu verleihen. Das Kernstück der 72-monatigen Ausbildung ist die Teilung in eine neunmonatige Basisausbildung, die grundsätzlich alle Ärzte in Ausbildung zu absolvieren haben sowie die darauf aufbauende SF-Grundausbildung mit der anschließenden, modular ausgerichteten SF-Schwerpunktausbildung. Die Systematik der Pflicht- und Wahlnebenfächer im Rahmen der damaligen, fachärztlichen Ausbildung ist ebenso wie jene der Additivfächer zur Gänze entfallen.

Nachdem im Jahr 2020 der Verfassungsgerichtshof 59 Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 mit Wirksamkeit 1. April 2021 als verfassungswidrig aufgehoben hat übertrug der Nationalrat mit der Novelle des Ärztegesetzes 1998 (BGBl. I 172/2021), die Zuständigkeit der Ärzteausbildung auf die Länder. Somit fielen mit der ÄrzteG-Novelle 2022 ab 01.01.2023 u.a. die Verfahren zur Anerkennung von Ausbildungsstellen und Ausbildungsstätten, in den Wirkungsbereich der jeweiligen Landeshauptleute.

Der ÖÄK wird im übertragenen Wirkungsbereich, (d.h. Weisungsrecht des BMG – de facto Konsens zwischen ÖÄK und BMG notwendig) weiterhin die Führung des Ausbildungsstättenverzeichnisses und

der Ausbildungsstellenverwaltung, die Anrechnung von Ausbildungszeiten sowie diverse Verordnungen die sich auf die Ausbildung beziehen (Verordnungskompetenz), zugesprochen. Des Weiteren wird der ÖÄK und den Landes-ÄK die Anregung von Visitationen eingeräumt, die zuständigen Behörden sind jedoch ebenfalls die jeweiligen Landeshauptleute.

Mit der ersten Novelle der ÄAO 2015 (BGBl II 2021/89) wurde 2021 die Aufnahme der Chirurgie als Wahlfach in der Ausbildung zur Ärzt\*In für Allgemeinmedizin, eine seit langem geforderte Änderung, umgesetzt.

### B. Evaluierung der aktuellen Rasterzeugnisse (Allgemein- chirurgie und Viszeralchirurgie)

Zur Vorbereitung einer weiteren Novellierung wird derzeit die Erweiterung der Lehrpraxen-ausbildung auf 24 Monate evaluiert und geprüft inwieweit Ausbildungsinhalte in der SF-Grund- und SF-Schwerpunktausbildung im niedergelassenen Bereich vermittelbar sind.

Auf Anfrage der ÖÄK im September 2023 bezüglich einer Verkürzung der Ausbildungszeit auf eine Mindestausbildungsdauer von 5 Jahren wurde dies in einer Stellungnahme der ÖGCH aufgrund eines zu erwartenden Qualitätsverlustes, abgelehnt. Gleichfalls wurde festgehalten, dass Ausbildungsinhalte des Sonderfaches Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie, bezogen auf die Fertigkeiten in Lehrgruppenpraxen nicht im erforderlichen Umfang vermittelt werden können. Dies gilt ebenso für Module, Spezialgebiete oder Teilgebiete der Sonderfach-Schwerpunktausbildung.

Einzig Teilgebiete der Endoskopie und Funktionsdiagnostik werden als Inhalte für Lehrgruppenpraxen als möglich erachtet. Die

dafür erhobene Zahl an Untersuchungen, wurde ursprünglich zur Qualitätsparität an das internistische Curriculum angepasst. Es hat sich aber gezeigt, dass die dafür erforderliche Anzahl an Untersuchungen nicht in allen Chirurgischen Abteilungen zur Gänze angeboten werden kann. Um realisierbare Zahlen bei den am meist selektierten Spezialgebiete, „Unterer GI Trakt und Koloproktologie“ sowie „Endoskopie und GI-Funktionsdiagnostik“ zu ermöglichen schlägt die ÖGCH vor, die Zahl an Endoskopien aus der SF-Schwerpunktausbildung in das jeweilige Spezialgebiet additiv zu integrieren.

Des Weiteren wurde betont, dass der Umfang an Richtzahlen der Fertigkeiten im aktuellen Rasterzeugnis (KEF und RZ-V 2015) als Minimalanforderung in einem realisierbaren Rahmen abgebildet wurde und ohne Qualitätseinbuße nicht reduziert werden können. Unterstützt wurde die Anrechnung selbst durchgeführter, operativer Teilschritte („Teilschrittekonzept“) einbezogen.

Die Frage ob das im derzeitigen KEF und RZ-V verankerte Richtzahlmodell noch zeitgemäß ist oder eine kompetenzbasierte Ausbildung denkbar wäre, wird letztere von der ÖGCH auch als modernes und zeitgerechtes Konzept unterstützt.

Es mangelt aber nicht an Konzepten, eher an deren Umsetzung. Die kontinuierlichen Veränderungen der KH-Strukturen, die AZG basierte Reduktion der Arbeitszeit inklusive der aktuellen Arbeitszeitmodelle sowie die angespannten Personalressourcen kosten Ausbildungszeit. Die Versorgungsrealität zeigt sich auch in geringen Zeitreserven um ein „Blended Learning“ (z.B. Simulations- bzw. virtuelles Training) als ergänzende Schulung von Fertigkeiten im erforderlichen



Abb.1: Befasste Einrichtungen beim Studium der Humanmedizin und Ärzteausbildung (Quelle: universitäts- und ärztrechtliche Grundlagen, Darstellung: Rechnungshof)

Maße zu durchlaufen. Zu häufig orientiert sich der Operationskalender mehr am täglichen Bedarf als an der Ausbildung.

Um die erforderliche Handlungsfähigkeit für ein kompetenzbasiertes Ausbildungskonzept zu gewährleisten bedarf es nicht nur einer personellen und strukturellen Ressourcenintensität, sondern auch einer kompletten Neustrukturierung der Ausbildungsordnung.

Derzeit würde eine Reduzierung der Ausbildungsinhalte das Erreichen des erforderlichen Kompetenzniveaus deutlich beeinträchtigen. Bis zur Einführung neuer Konzepte geben die definierten Handlungsziele, wie sie durch die Richtzahlen in der Ausbildungsordnung abgebildet sind, eine valide Basis für den Ausbildungserfolg.

### Was können wir beeinflussen?

Dass die Ausbildung in manchen Spitälern und Teilbereichen der Chirurgie lahm, bestätigen viele der durchgeführten Umfragen. Umso wichtiger ist es im Zuge der aktuellen Diskussionen um die sich kritisch zuspitzenden Versorgungsengpässe,

die Akteure von morgen einzubeziehen und auf deren veränderten Interessengewichtungen zu reagieren.

Das Ausmaß möglicher Einflussnahme wird vom jeweiligen Themenbereich bestimmt. Agiert man als Einzel- bzw. betroffene Person oder müssen wesentliche Bereiche der fachärztlichen Ausbildung, entsprechend der aktuellen Entwicklungen neu adjustiert werden. Für Letzteres bedarf es einer Vielzahl an Institutionen und Einrichtungen und ist, auch aufgrund unterschiedlichster Interessen, sowohl von der ÖGCH als auch der ÖÄK nur bedingt lenkbar (Abb.1).

Gestaltungsmöglichkeit die unmittelbar und am ehesten selbst beeinflussbar sind, entsprechen Optionen die vor Ort realisierbar sind. Dies betrifft z.B. die adäquate Umsetzung von Ausbildungskonzepten. Werden Vorgaben des Ausbildungscurriculums nicht eingehalten und ist absehbar, dass die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im vorgesehenen Zeitraum nicht vermittelbar sind kann dies von den ausbildungsbeauftragten Fachärzt\*innen, wenn notwendig vom Leiter\*in als nächste

Instanz, eingefordert werden. Bei gegebener Notwendigkeit kann das Anliegen im Referat für Ärztliche Ausbildung der Landesärztekammer eingebracht werden, die als Vertretung gegenüber den kollektiven Partnern, Behörden und jeweiligen Institutionen agiert.

Neu im ÄrzteG (§11) sind auch die erweiterten Vorschriften über die Wahrung der Ausbildungsqualität und die Ausbildungsverantwortung der Träger. Somit liegt die Letztverantwortung und auch die Gewähr für eine praxis- und zeitnahe Absolvierung des Ausbildungscurriculums gemäß den Vorgaben des ÄrzteG 1998 beim Rechtsträger der Krankenanstanalten. Die Ausbildungsverantwortung ist im Sinne einer dreistufigen Verantwortlichkeit zu verstehen, indem von den Krankenanstanaltenträgern den Ärztlichen Leiter\*Innen und den Klinik- bzw. Abteilungsleiter\*Innen bestimmte Aufgaben und Verantwortlichkeiten übertragen werden.

Komplex und bei den Diskussionen um das Curriculum meist vernachlässigt ist der Einfluss politischer Ziele im



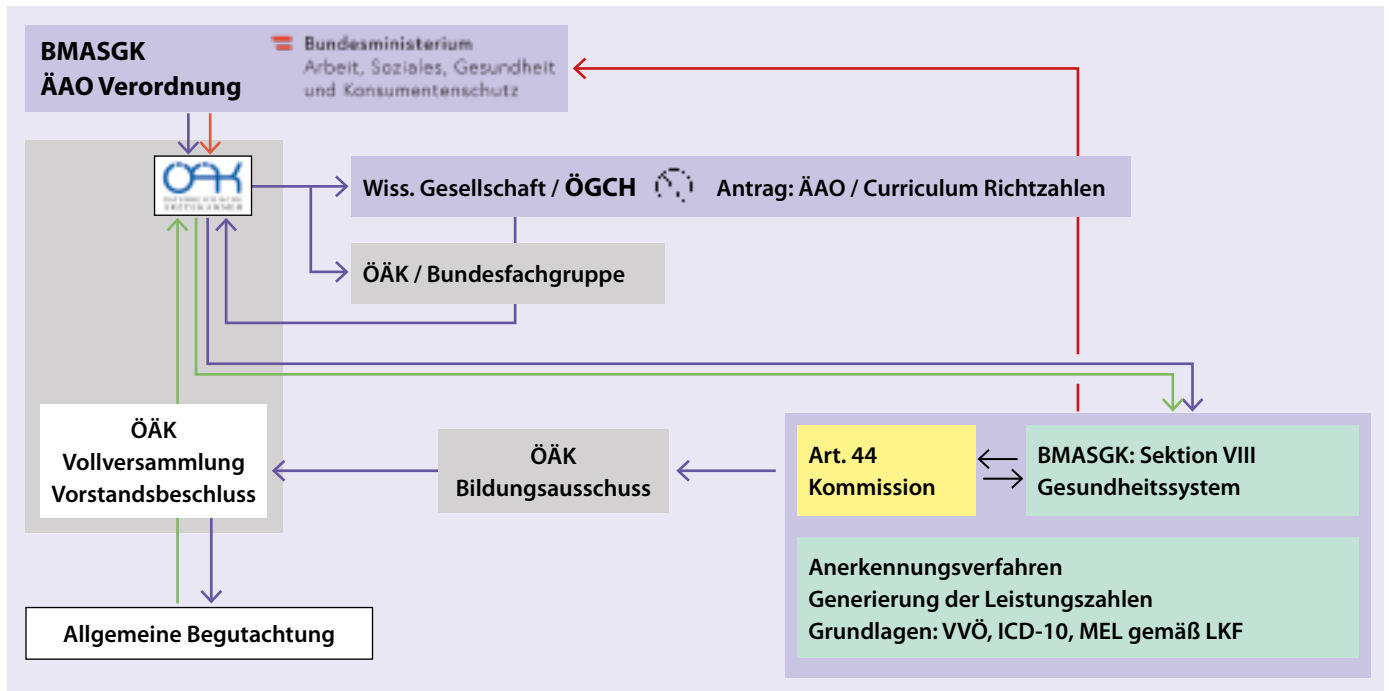


Abb. 2: Beteiligte Institutionen und Einrichtungen bei der Generierung von Richtzahlen für das Ärztegesetz 1998/Novelle 2015, (VVO: Verband der Versicherungsträger Österreichs 2006, Version 5.1, Medizinischen Leistungs- und Diagnosengruppen, HDG- und MEL-Gruppen gemäß LKF)

» Rahmen von Strukturreformen auf das Ausbildungsgefüge. Zentrumsmedizin, Schwerpunktbildung und eine abgestufte Versorgung bei Standortgarantie führt bei einzelnen Kliniken mit Ausbildungsauftrag zu einem definierten Potpourri reduzierter Eingriffsvielfalt. Dies impliziert die Reduktion von Ausbildungsinhalten und das Risiko, den Erwerb geforderter Kompetenzen und Fertigkeiten deutlich einzuschränken. Obwohl bereits durch die Ärztegesetz-Novelle 2022 (Bundesgesetz BGBl. I Nr. 65/2022), in der Ausbildungsordnung verankert, ist für derartige Situationen die Möglichkeit einer Ausbildungs-Rotation bis dato nicht realistisch gestaltbar.

Fachgesellschaften können exemplarisch mögliche Ausbildungspläne entwickeln und an die Ausbildungskommission der ÖÄK herantreten. Als Interessensvertretung und Mitglied der §6b-Kommission

(s.w. Vertretungen der Bundesländer, Medizinische Universitäten, Träger der ärztlichen Ausbildungsstätten gemäß §9 und §10, Träger der Sozialversicherung, Abb. 2) wäre es deren Aufgabe, länderübergreifende Ausbildungspläne auszuhandeln, die einen unproblematischen Wechsel der Auszubildenden ermöglichen, basierend auf rechtssicheren Arbeitsverträgen und angeglichenen Gehältern. Diesbezügliche Lösungsansätze müssen politisch getragen werden und sind durch lösungsorientierte Interessensvertreter allein nicht beeinflussbar.

Eine Einflussnahme auf die Qualität der Ausbildung bleibt nach wie vor ein Seiltanz zwischen politischen und ärztlichen Interessen. Kompetente Empfehlungen der Fachgesellschaften werden stets begleitet von langwierigen und politisch durchaus zähen Verhandlungen auf unterschiedlichen

Ebenen. Aus diesem Grund sei nochmals ausdrücklich betont, wie wichtig die Zusammenführung institutioneller und staatlicher Interessen ist, um die bestehende Infrastruktur mitentwickeln und verbessern zu können. Denn die Exzellenz der Chirurg\*Innen kann nur so gut sein, wie es die Ausbildungsmöglichkeiten zulassen. □

LITERATUR

beim Autor

ABKÜRZUNGEN

- AZG Arbeitszeitgesetz
- BGBl Bundesgesetzblatt
- KEF Kenntnisse, Erfahrungen, Fertigkeiten
- KH Krankenhaus
- ÖGCH Österreichische Gesellschaft für Chirurgie
- ÖÄK Österreichische Ärztekammer
- RZ-V Rasterzeugnis Verordnung
- SF Sonderfach

KORRESPONDENZADRESSE



o. Univ.-Prof. em. Dr. Hans-Jörg Mischinger  
 Medizinische Universität Graz  
 Hartenaugasse 25  
 8010 Graz  
 E-Mail: hans.mischinger@medunigraz.at

## Gendermedizin in der Chirurgie

Autorin: M. Lemmerer, Villach

Die Gendermedizin ist ein neuer und multidisziplinärer Forschungsschwerpunkt in der Medizin, der die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Ätiologie und Pathogenese von Erkrankungen aufzeigt und somit die unterschiedlichen Behandlungsstrategien für Frauen und Männer berücksichtigt.

Sie zielt besonders darauf ab, das Verständnis für die biologischen, sozialen, aber auch kulturellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erforschen, um die Auswirkungen dieser Unterschiede auf die Gesundheit zu verstehen.

Hinsichtlich der differenzierten Therapieoptionen hält die Gendermedizin immer mehr Einzug in die Leitlinien von Fachgesellschaften und hilft so, die Behandlung von Männern und Frauen zu optimieren.

### Geschichte der Gendermedizin

Die Geschichte der Gendermedizin ist eng mit dem Wandel in den Geschlechterrollen und der daraus resultierenden Entwicklung der Forschung verbunden. Bereits im antiken Griechenland und im alten China wurden Unterschiede in der Anatomie und Physiologie von Männern und Frauen dokumentiert. Dies spiegelte sich in der Hippokratischen Schule und ihren Ansichten über Frauen im Vergleich zu den Männern wider und implementierte die Vorstellung, dass alle weibliche Krankheiten ursächlich auf eine übermäßige weibliche Porosität und die Probleme der Gebärmutter zurückzuführen sind. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts festigte sich diese Vorstellung wiederum durch die Theorie Sigmund Freuds, dass die Hysterie eine überwiegend Frauen zugeschriebene Neurose sei, die sich aus der Verdrängung der sexuellen Wünsche in der Kindheit ergibt und sich später in körperlichen Symptomen äußert.

- **Anfänge:** Während des 19. Jahrhunderts begannen Ärztinnen, wie beispielsweise die englische Geburtshelferin Elisabeth Blackwell, eine der ersten Medizinerinnen mit Hochschulabschluss, sich gegen die Vorherrschaft der rein männlich dominierten Medizin zu behaupten und machte auf die Notwendigkeit aufmerksam, die spezifischen Bedürfnisse von Frauen in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.<sup>1</sup> Sie gründete 1871 die National Health Society, welche als Vorläufer des britischen National Health Service (NHS) gilt und bildete gemeinsam mit Florence Nightingale an der „London School of Medicine for Women“ viele Krankenschwestern und Ärztinnen aus. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die medizinische Forschung und Praxis weiterhin weitgehend von Männern dominiert und geschlechtsspezifische Unterschiede wurden vernachlässigt.
- **Aufstieg und Institutionalisierung der Gendermedizin:** In den 1970er Jahren gewann die Frauenbewegung und die feministische Theorie zunehmend an Einfluss und führte zu einer verstärkten Aufmerksamkeit für geschlechtsspezifische Unterschiede in der Medizin insbesondere hinsichtlich der Herzkrankung.

Dieses Konzept wird traditionell mit der Publikation von Bernadine Healy „Das Yentl-Syndrom“ assoziiert.<sup>2</sup> Der Name des Artikels stammt von der Heldin der Kurzgeschichte Yentl von Isaac Bashevis Singer, die als Mann verkleidet im 19. Jahrhundert eine rein männliche jüdische Schule in Polen besucht und somit den



Adam und Eva, von Albrecht Dürer; Öl auf Kiefernholz, 1507, Museo del Prado, Madrid  
© Galería online del Museo del Prado de Madrid; Adán y Eva / Wikipedia: Public domain

Talmud studieren kann. Healy hob in ihrer Arbeit hervor, dass sich in den 1980er Jahren ein Großteil der kardiologischen Forschung lediglich auf Symptome der ischämischen Herzkrankheit bei männlichen Patienten konzentrierte und sich damit nachteilig auf die Behandlung von Frauen auswirkte. Außerdem wurden

Frauen unterdiagnostiziert und unterbehandelt. Seit Healeys Veröffentlichung wurden verstärkte Anstrengungen unternommen, um die geschlechtsspezifische Medizin besonders in der Kardiologie zu erforschen.

- **Fortschritte im 21. Jahrhundert:** Durch die Entwicklung der personalisierten Medizin können neue Behandlungsansätze entwickelt werden, die die individuellen Bedürfnisse von Männern und Frauen besser berücksichtigen. Die geschlechterspezifische Gesundheitsforschung zielt darauf ab, die Unterschiede im Krankheitsverlauf zu untersuchen und trägt dazu bei, maßgeschneiderte Präventions- und Behandlungsstrategien zu entwickeln. In der Bewusstseinsbildung werden unterschiedliche Bildungsinitiativen gesetzt und somit das Bewusstsein für geschlechtsspezifische Gesundheitsfragen in der medizinischen Community und in der Öffentlichkeit geschärft. Zudem haben einige Länder bereits Gesetze und Richtlinien<sup>4</sup> eingeführt, die die Berücksichtigung von Geschlecht in der medizinischen Forschung und Praxis vorschreiben. Die Gendermedizin hat maßgeblich dazu beigetragen, dass verschiedene Disziplinen enger zusammenarbeiten, um ein umfassendes Verständnis der geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede zu erlangen.

### Gendermedizin – Ein Paradigmenwechsel in der Behandlung?

Im Gegensatz zur herkömmlichen Medizin, die oft eine „One-Size-Fits-All“-Herangehensweise verfolgt, erkennt die Gendermedizin an, dass Männer und Frauen unterschiedliche biologische Merkmale, Lebensumstände und Gesundheitsrisiken haben können. Dieser Ansatz berücksichtigt auch Menschen mit nicht-binären Geschlechtsidentitäten, die oft in der medizinischen Forschung und Praxis vernachlässigt wurden.

Die Gendermedizin untersucht eine Vielzahl von Aspekten darunter:

- **Biologische Unterschiede:** Unterschiede in Anatomie, Hormonhaushalt, Genetik und Immunsystem zwischen den Geschlechtern haben Auswirkungen auf die Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten.
- **Soziale und kulturelle Faktoren:** Faktoren wie sozioökonomischer Status, Bildung, Zugang zur Gesundheitsversorgung, kulturelle Normen und Rollenerwartungen beeinflussen die Gesundheit maßgeblich.
- **Geschlechtsspezifische Gesundheitsrisiken und Krankheiten:** Krankheiten können bei Männern und Frauen unterschiedliche Symptome aufweisen, unterschiedliche Risikofaktoren sowie unterschiedliche Auswirkungen auf die Genesung haben.
- **Geschlechtssensible Forschung und Praxis:** Die Gendermedizin fordert eine Sensibilisierung für geschlechtsspezifische Unterschiede in der medizinischen Forschung, klinischen Studien, Diagnoseverfahren und Behandlungsleitlinien.

### Gendermedizin in der Chirurgie: Wo sind die Unterschiede?

Auf den ersten Blick erscheinen die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Verbindung mit relevanten Folgen für chirurgische Eingriffe als trivial. Selbstverständlich gibt es anatomische Unterschiede, die uns Chirurg\*innen kein besonderes Wissen abverlangen, aber wir sehen heute, dass Diagnostik, Pathogenese, Therapie und Prävention von Erkrankungen sich geschlechtsspezifisch

deutlich voneinander unterscheiden können. Deshalb haben sich nunmehr diese Lehrinhalte in die medizinischen Curricula implementiert. Genexpressionen auf dem X- und Y-Chromosomen, Sexualhormone, anatomische Unterschiede sowie die soziokulturellen Aspekte haben nachweislich Einfluss auf Krankheitsmuster und Schwere. Dies hat auch Auswirkung auf den postoperativen Verlauf mit einer erhöhten Rate an postoperativen Komplikationen bei Männern und einem höheren Schmerzempfinden bei Frauen.

In vielen Bereichen der Chirurgie ergeben sich sowohl anatomisch-morphologisch als auch in der Pharmakokinetik und Medikamentenverträglichkeit wie auch im postoperativen Outcome wesentliche Unterschiede in Bezug auf die Geschlechter.

### Anatomie des Beckenbodens

Das Becken ist eine der komplexesten anatomischen Regionen im menschlichen Körper. In der Chirurgie ergeben sich Herausforderungen insbesondere einer nervenerhaltenden chirurgischen Onkologie sowie der funktionellen Eingriffe im kleinen Becken. Die Beherrschung der inneren Geschlechtsorgane mit den dazugehörigen Nerven und Gefäßen weist beim männlichen und weiblichen Geschlecht wesentliche Unterschiede auf. Die Excavatio rectovesicalis beim Mann ergibt sich durch die Abwesenheit des Uterus und der Adnexe samt ihrem Bandapparat, welches im weiblichen Becken dem Douglas Raum entspricht.

Als Besonderheit beim weiblichen Becken besteht zwischen der Peritonealhöhle und den Geschlechtsorganen des weiblichen Beckens über die offenen Enden der Tube eine Kommunikation, die gegebenenfalls eine Eintrittspforte für Infektionen darstellen kann. Wo hingegen beim Mann das kleine Becken über dem Blasendach und bis zur peritonealen Umschlagsfalte vom mittleren zum unteren Rektumdrittel in seiner Vollständigkeit mit Peritoneum überzogen ist, sodass sich eine scharfe Kompartimentierung zwischen der Peritonealhöhle und dem kleinen Becken ergibt.

In der spezialisierten onkologischen Chirurgie erfordern diese anatomischen geschlechtsspezifischen Besonderheiten eine exzellente Kenntnis bei Durchführung colorectaler und gynäkologischer Eingriffe. (ultratiefe Rektumresektion, Endometriose, kombinierte Gynäko-Chirurgische Eingriffe).

Postoperative Komplikationen können sowohl die sympathischen und parasympathischen als auch die somatischen nervalen Strukturen (Plexus hypogastricus inferior, Nervus pudendus) betreffen und konsekutiv zu Harn- oder Stuhlinkontinenz bis hin zur Sexualdysfunktion führen.

Als ossäre Besonderheit des weiblichen Beckens ist die entsprechende Weite der Diameter zu werten, um eine ausreichende Größe für den Geburtskanal sicherzustellen, wohingegen das männliche Becken tiefer und kleiner im Durchmesser ist.

Das enge männliche Becken stellt anatomisch eine operative Herausforderung dar, wo intraoperativ durch Unübersichtlichkeit ein Risiko iatrogenen Verletzungen assoziiert sein kann und postoperativ ein erhöhtes Risiko für Harnverhalt und Inkontinenz nach rektalen Eingriffen besteht.

Für beide Geschlechter kann bei radikalen onkologischen Resektionen (totale mesorektale Exzision, TME) bei Rektumkarzinomen des mittleren und unteren Drittels, ein Risiko für ein „low-anterior resection syndrome“ (LARS) assoziiert sein.



## Leistenhernien

Die geschlechtsspezifischen anatomischen Unterschiede beinhalten, dass der männliche Leistenkanal den N. ilioinguinalis, den Ductus deferens sowie Blutgefäße zur Versorgung des Hodens enthält, während durch den engeren weiblichen Leistenkanal der N. ilioinguinalis und das Lig. teres uteri ziehen. Dadurch lassen sich die erhöhten Inzidenzen von Leistenhernien bei Männern (Lebenszeitrisiko ca. 27%) gegenüber dem von Frauen (Lebenszeitrisiko ca. 3%) erklären. Aufgrund der geringen Inzidenz bei Frauen werden Hernien jedoch öfter als Ovarialzysten, Endometriose oder Lipome fehldiagnostiziert oder übersehen, sodass bei weiblichen Patienten eine erhöhte Rate von Femoralhernien und assoziierten Notfalloperationen resultiert.<sup>8</sup>

Frauen weisen eine niedrigere Rezidivrate nach laparoskopischer Leistenhernienoperation auf, während das Risiko bei Männern doppelt so hoch ist. Zudem ist die operative Leistenhernienversorgung bei Frauen weniger aufwendig und seltener mit der Verwendung eines synthetischen Meshs zur zusätzlichen Unterstützung der Bauchwand verbunden.<sup>9</sup>

## Gallensteinleiden

In den europäischen Ländern und Nordamerika hat ca. jeder fünfte Gallensteine (15–20%). Im Alter von mehr als 40 Jahren weisen ca. 8% der Männer und 20% der Frauen Gallensteine auf. Bei den über 70-jährigen sind ca. 20% der Männer und 35% der Frauen Gallensteinträger. Frauen haben gegenüber Männern ein ca. 2,5-fach höheres Risiko an Gallensteinen zu erkranken und sind durch die klassischen Risikofaktoren „female, fat, fair, forty, fertile und family“ betroffen.

In Österreich werden jährlich ca. 16 200 Cholecystektomien durchgeführt und stellen einen der größten Kostenverursacher im Bereich der gastroenterologischen Diagnosen dar.

## Wundheilung

Die hormonellen geschlechtsspezifischen Unterschiede sind durch unterschiedliche Mengen und Verhältnisse der Sexualsteroidhormone begründet. Diese nehmen sowohl auf die Gewebesammensetzung als auch auf die Inflammation, Immunantwort und auf die Wundheilung Einfluss, wobei die weibliche Immunantwort stärker als die männliche ist,<sup>10</sup> was zu einer erhöhten Entzündungsreaktion und einer schnelleren Wundheilung führen kann. Männer hingegen könnten anfälliger für Infektionen sein, da ihr Immunsystem weniger effektiv ist. In der Kollagensynthese zeigen Frauen einen Vorteil durch vermehrte Produktion. Die Mikrozirkulation ist bei der Frau ebenfalls erhöht, dadurch ergibt sich eine Verbesserung der Sauerstoff- und Nährstoffversorgung ergibt.<sup>11,12</sup>

## Zusammenfassung

Heute ist die Gendermedizin ein integraler Bestandteil der medizinischen Forschung und Praxis, der dazu beiträgt, die Gesundheitsversorgung gerechter, effektiver und individueller zu gestalten. Trotzdem bleiben Herausforderungen wie die Integration geschlechtssensibler Ansätze in die klinische Praxis und die Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung wie auch die Geschlechterverteilung weiterhin bestehen und sollten vermehrt auch in der Chirurgie erforscht werden und Einzug in die Behandlung halten.

## LITERATUR

1. Lippi D et al; Gender medicine: its historical roots; Postgrad Med J 2020; 96(1138)480-486
2. Healy B; The Yentl Syndrome. N Engl J Med 1991; 325:274-276
3. Loddo G, Cottonaro S, Daga F, et al. 2014, Gender medicine. A new approach for healthcare
4. World Health Organization. Gender strategy: strategy for integrating gender analysis and actions in the work of the who 2009. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FCH-GWH-08.1>
5. Referat für Gender Mainstreaming und Diversität an der Medizinischen Universität Innsbruck.
6. [https://www.imed.ac.at/gendermed/mainstreaming\\_diversitaet/gendermedizin](https://www.imed.ac.at/gendermed/mainstreaming_diversitaet/gendermedizin)
7. Kuzinska MS et al; Erkenntnisse der Gendermedizin-Relevanz für die Chirurgie? Zentralbl Chir 2023;148(1):5-8
8. Fritsch H. et al Clinical anatomy of the pelvic floor; Adv Anat Embryolog Cell Biol 2004; 175: III-IX,1-64
9. Stabilini C et al; Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management BJS Open, 2023; 7(5)1-38
10. Cherla DV et al; Epidemiology and Disparities in Care: The Impact of Socioeconomic Status, Gender, and Race on the Presentation, Management, and Outcomes of Patients Undergoing Ventral Hernia Repair. Surg Clin North Am 2018; 98: 431-440
11. Bayerl C; Skin of Men and Women – Gender Aspects Aktuelle Dermatologie 2022; 48(06): 271-274
12. van Ramshorst et al. Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of a risk model. World J Surg 2010; 34: 20-27
13. Langelotz C, et al. Gender-Specific Differences in Surgical Site Infections: An Analysis of 438,050 Surgical Procedures from the German National Nosocomial Infections Surveillance System. Viszeralmedizin 2014; 30: 114-117

## KORRESPONDENZADRESSE



Prim. Dr. Martina Lemmerer, MBA, FEBS  
 Primaria der Abteilung für Chirurgie  
 Privatklinik Villach  
 Dr. Walter-Hochsteiner-Straße 4  
 9504 Villach-Warmbad  
 E-Mail: [martina.lemmerer@privatklinik-villach.at](mailto:martina.lemmerer@privatklinik-villach.at)



### Benjamin Glaser, Wien

#### Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Nachdem ich mich entschieden hatte Medizin zu studieren, war mir auch schnell klar, dass es später ein chirurgisches Fach sein wird. Ich bin seit meiner Kindheit sehr gerne handwerklich tätig und dürfte hier auch eine entsprechende Geschicklichkeit mitbringen. Insofern war die Entscheidung zur Chirurgie, die im altgriechischen *cheirurgía* = Handwerk, Handwirkung heißt, wie vorgegeben für mich.

#### Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Am meisten beeinflusst haben mich wahrscheinlich meine Chefs, deren chirurgische Expertise und Erfahrung ich in diversen Situationen erleben durfte. Durch ihre Förderung konnte ich – und kann immer noch – meine chirurgischen Fertigkeiten entwickeln und stets verbessern. Die Breite der chirurgischen Expertise und des operativen Spektrums dieser Personen zu erreichen wird durch diverse Entwicklungen heutzutage immer schwerer.

#### Was zeichnet eine gute Chirurkin/einen guten Chirurgen aus?

Schnelle Entscheidungsfähigkeit, richtige Indikationsstellung und gute operative Technik.

Ich denke als Chirurg:innen sollten wir es gewohnt sein, uns in Situationen zu finden, in denen wir schnell Entscheidungen treffen müssen. Sei es eine Indikationsstellung für eine Operation, die meiner Ansicht nach eine der wesentlichsten Kompetenzen eines Chirurgen/einer Chirurkin ist, oder eine schwierige operative Situation. Bei einer schlechten Indikationsstellung hilft auch die beste operative Technik nicht.

#### Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Mein Beruf ist auch zu meinem Hobby geworden, sodass dieser auch ein Teil meines Privatlebens geworden ist. Nichtsdestotrotz genieße ich gerne eine entspannte, Medizin und Chirurgie freie Zeit mit meiner wundervollen Frau und unseren zwei Kindern, ohne deren Unterstützung ich meinen beruflichen Weg so nicht beschreiten könnte.

#### Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Engagierte junge Kolleg:innen und moderne Medizintechnik.

Der technische Fortschritt in der Medizin ist rasant, jedoch brauchen wir junge, motivierte Menschen, die die Chirurgie – unser Handwerk – erlernen und weiterführend möchten. Denn so schnell werden uns die Operationsroboter nicht ersetzen können.

#### Ihr Lebensmotto?

„Go for the gap“ - Möglichkeiten und Chancen erkennen und nutzen!



### Veronika Samek, Wien

#### Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Weil es ein sehr umfangreiches Fach ist welches sowohl interne Medizin als auch Onkologie beinhaltet. Man kann den Therapieerfolg länger nachverfolgen und auch den Patientenkontakt aufrecht erhalten.

#### Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Prof Poigenfürst vom damaligen Lorenz Böhler Krankenhaus und Prof.Schiessel von der KDO

#### Was zeichnet eine gute Chirurkin/einen guten Chirurgen aus?

Kontrolle, Überblick über die Situation und eine umfangreiche Ausbildung.

#### Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Ich stamme noch aus einer Zeit wo die work-life-balance ,noch den Schwerpunkt bei work hatte. Somit ist ein gutes Zeitmanagement unbedingt notwendig um ,den wichtigen Zeitausgleich und Abstand zu gewinnen

#### Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Da die Chirurgie immer technischer wird und die Kollegen keinen Turnus mehr machen , was zu meiner Zeit selbstverständlich war sollte eine gute Patientenführung von Anamnese vom bis Entlassung durchgeführt werden . Die Chirurgie ist vor allem ein Handwerk, das sollte immer im Bewusstsein vorhanden sein.

#### Ihr Lebensmotto?

Viel arbeiten und viel Spaß im Leben haben





9. November 2024

## 13. Forum Niedergelassener Chirurgen

Congress Casino Baden

### Komplikationen in der Praxis

08.30 – 09.00 Uhr **Komplikationen in der Niederlassung | Fallbeispiele**

*Dr. Martina Haag, St. Pölten*

09.00 – 09.30 Uhr **Diskussion**

09.30 – 10.00 Uhr **Endoskopische Komplikationen**

*Prof. Dr. Michael Häfner, Wien*

10.00 – 10.30 Uhr **Diskussion**

10.30 – 11.00 Uhr **Kaffeepause**

11.00 – 11.30 Uhr **Internistische Komplikationen**

*tba*

11.30 – 12.00 Uhr **Diskussion**

12.00 – 13.00 Uhr **Neuigkeiten von der Landesvertretung**

*Bundesfachgruppenobmann Dr. Hermann Draxl, Telfs*



in Kooperation mit:



Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgie (ÖGCH)



# Young Surgeons Austria führen Laparoskopiekurs für junge Chirurginnen und Chirurgen wieder ein

Autorin: S. Hintermair, Krems

Wir freuen uns als Young Surgeons Austria (YSA) die Wiedereinführung eines Laparoskopiekurses für junge Chirurginnen und Chirurgen nach längerer Covid-bedingter Pause bekanntgeben zu können.

Laparoskopische Operationen kommen innerhalb unterschiedlicher Fachgebiete zunehmend zum Einsatz und sind aus dem klinischen Alltag der Chirurg:innen nicht mehr wegzudenken. Die laparoskopische Chirurgie verlangt besondere Techniken und Fähigkeiten vom/von der Operateur:in, die vor allem am Anfang der chirurgischen Ausbildung eine Herausforderung darstellen können.

Um nicht unvorbereitet in die ersten Operationen gehen zu müssen, gibt es vermehrt die Möglichkeiten die Skills an Simulatoren zu erlernen und zu verbessern.

Die Vorteile des minimal invasiven Vorgehens wie eine schnellere Erholung vom Operationstrauma, Verkürzung der postoperativen Darmatonie, bessere Sicht durch Vergrößerungseffekt der Optik, weniger Adhäsionsbildung, geringere postoperative Schmerzen, kürzere Krankenhausaufenthaltsdauer und ein besseres kosmetisches Ergebnis sind uns allen bekannt. Diese Vorteile wurden zu wichtigen chirurgischen Prinzipien.

Für den/die junge(n) Chirurg:in bringt die laparoskopische Technik jedoch zusätzlich psychomotorische Anforderungen: Der Umgang mit eingeschränkter Beweglichkeit, reduziertem Gesichtsfeld, Hebeleffekten und 2D-Bildern muss gelernt und trainiert werden.

**Aber wie kann man nun die eigenen Fertigkeiten erlernen und verbessern, um die genannten Vorteile für unsere Patienten und Patientinnen umsetzen zu können?**

Im Laparoskopiekurs wird zunächst ein kurzer Überblick über die Entwicklung und die Prinzipien der Laparoskopie sowie die notwendigen Gerätschaften und verfügbaren Instrumente gegeben. Man wird von den ersten Schritten bis hin zu komplexen Nahttechniken begleitet. Man lernt den Umgang mit der Optik, Fassen, Greifen und exaktes Schneiden und intra-, und extrakorporale Knotentechniken, wobei mit echten Operationsinstrumenten an Modellen und Simulatoren geübt wird. Man wird schrittweise an Basiseingriffe wie Cholezystektomie und Appendektomie herangeführt. Die grundlegenden Prinzipien der laparoskopischen OP-Technik werden anhand praktischer Übungen gelehrt und die Teilnehmer können dadurch leistungsrelevante kognitive und sensorische Fertigkeiten besser erwerben.

Für das laparoskopische Training stehen modernste Simulationscomputer zur Verfügung. Diese VR-Simulatoren dienen dabei als Mess- und Übungsinstrumente, die Lerneffekte objektivieren können. Studien bestätigen, dass junge Chirurg:innen mit limitierter Erfahrung in der Laparoskopie nach einem VR-Training kürzere Operationszeiten und geringere Fehlerraten erzielen.

Gerade in der heutigen Zeit, wo Ausbildungszeit aufgrund des Arbeitszeitgesetzes und Stundenreduzierungen weniger wird, benötigen junge Chirurg:innen die Möglichkeit die manuellen Skills zu erlernen, um die Lernkurve zu beschleunigen. Es sollte somit mehr VOR dem Patienten und nicht AM Patienten geübt werden. Diese Möglichkeit bietet ein Trainingszentrum, jedoch müssen natürlich weiterhin die Operationen im Krankenhaus gelehrt und trainiert werden. Wenn man durch regelmäßiges Training an Simulatoren die eigenen Fähigkeiten verbessert, sind erfahrungsgemäß auch die Ausbilder in der Klinik bereit Operationen zu assistieren, wenn die Grundkenntnisse bereits vorhanden sind. Durch Laparoskopiekurse erhält man verschiedene Tipps und Tricks durch unterschiedliche Lehrer und ebenso einen anderen Einblick in die Operationstechniken von anderen Krankenhäusern.

Ziel des Kurses ist es, dem Teilnehmer bzw. der Teilnehmerin die Möglichkeit zum Training zu bieten und damit die Anwendung am Patienten und der Patientin möglichst sicher und effizient zu machen.

### Übung macht den Meister!

Bei Fragen oder Interesse zu unserem ersten Kurs im Herbst 2024 könnt ihr euch gerne unter [kontakt@youngsurgeons-austria.at](mailto:kontakt@youngsurgeons-austria.at) melden! Wir freuen uns auf euch, eure Young Surgeons Austria!

## KORRESPONDENZADRESSE



Dr. Sarah Hintermair  
Abteilung für Allgemein- und Thoraxchirurgie  
Universitätsklinikum Krems  
Mitterweg 10  
3500 Krems an der Donau  
E-Mail: sarah.hintermair@kreams.lknoe.at



Im Vorfeld des Jahreskongresses 2023 in Salzburg hatte der Vorstand der **Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie (ÖGPÄRCh)** einstimmig beschlossen, die höchste Auszeichnung der Gesellschaft, den Nicoladoni Preis, an die ehemalige Vorständin der Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie in der Rudolfsstiftung in Wien, **Univ.-Prof. Dr. Maria Deutinger** zu vergeben. Die Verleihung des Preises erfolgt an herausragende Persönlichkeiten des Faches nicht bloß für die Leistungen auf medizinischem oder wissenschaftlichem Gebiet, sondern auch für die persönlichen „Spuren“ und die Vorbildwirkung, welche die Ausgezeichneten in ihrem

beruflichen Leben hinterlassen haben. Die Verleihung fand im Rahmen des Festabends der Jahrestagung am 6. Oktober 2023 statt.

ÖGPÄRCh Präsident Rupert Koller, selbst jahrelanger Schüler und Wegbegleiter der Ausgezeichneten, betonte in seiner Laudatio einerseits die fachlichen Leistungen von Univ. Prof. Dr. Maria Deutinger in der PatientInnenbehandlung und in der Ausbildung der nachgeordneten KollegInnen. Andererseits hob er aber auch ihre hohen menschlichen Qualitäten hervor, die an allen ihren Wirkungsstätten in einem positiven, hoch produktiven Klima unter den MitarbeiterInnen resultierte.





## Merken Sie sich schon jetzt die nächsten Termine vor:

**Achtung: neuer Termin!**

**13. Juni 2024**



**Webinar 73:** Gendermedizin in der Chirurgie

**Prim. Dr. Martina Lemmerer**

Privatklinik Villach

**Achtung:  
neuer Termin!**

**27. Juni 2024**



**Webinar 75:** Erprobtes und Neues

in der Behandlung der Analfistel

**Prof. Dr. Andreas Salat**

Medizinische Universität Wien

Die Anmeldung für alle kommenden Termine und auch die Videos vergangener Webinare finden Sie auf der BÖC Website [www.boec.at](http://www.boec.at) unter „BÖC Akademie“.

### Kommende Themen:



Metastasenchirurgie im Thorax



Pushing the limits for stereotaktische Ablation bei primären und sekundären Lebertumoren



## Entdecken Sie auch unsere vergangenen Webinare!

Besuchen Sie unsere Website, um aufgezeichnete Webinare anzusehen und wertvolle Inhalte erneut zu erleben.

**Webinar 74:** Möglichkeiten zur Reduktion perio-  
operativer Morbidität in der kolorektalen Chirurgie  
Prof. Dr. Peter Tschann, Feldkirch

**Webinar 73:** Webinar verschoben auf 13. Juni 2024

**Webinar 72:** Forensische Aspekte aus Sicht des  
Sachverständigen und Juristen  
Prim. Univ.-Doz. Dr. Andreas Shamiyeh, Kepler  
Universitätsklinikum GmbH, Linz

**Webinar 70:** Neue Antikoagulanzen – Wirkungs-  
weise und Bedeutung für die Chirurgie  
Referent: OA Dr. Thomas Bauer, Ordensklinikum Linz

**Webinar 69:** Hiläres Cholangiokarzinom – Grenzen  
der Resektabilität  
Prof. Dr. Patrick Starlinger, Mayo Clinic Rochester, USA

**Webinar 67:** Neuromonitoring des Nervus Laryngeus  
Recurrens Tipps, Tricks und Pitfalls  
Referent: Rick Schneider, Universitätsklinikum Halle  
(Saale)

**Webinar 64:** Sinn und Unsinn von Antibiotika in der  
Chirurgie  
Referent: Prof. Dr. Florian Thalhammer, Wien

**Webinar 62:** Joint Webinar with UEMS:  
Pre- and in-hospital management of  
unstable pelvic ring fractures  
Referent: Prof. Dr. med. habil Martin H. Hessmann,  
Vice-chairman of the UEMS Division of Trauma Surgery

**Webinar 61:** How to read a paper  
Referent: Dr. David Pereyra, Wien

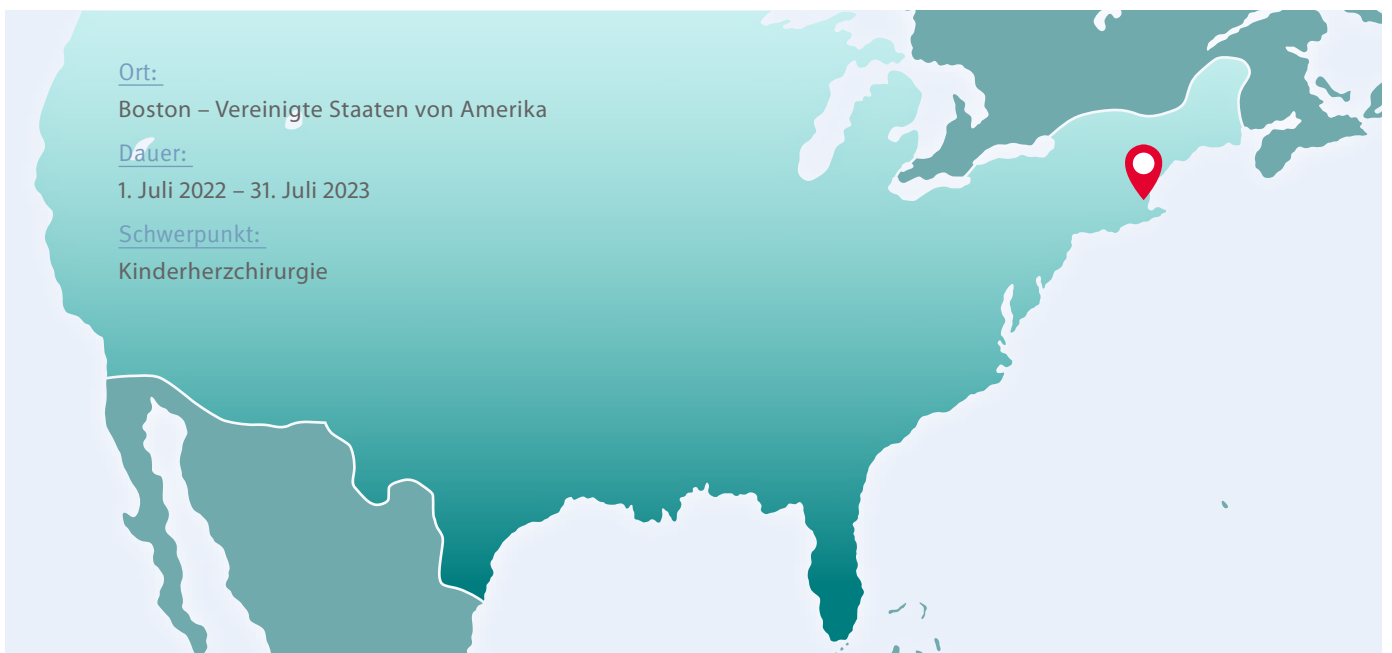
**Webinar 60:** GIST  
Referent: PD Dr. Matthias Paireder, Wien

**Webinar 59:** Behandlung des offenen Abdomens  
Referentin: Prim. Dr. Martina Lemmerer, Villach

...und viele weitere mehr...

## Hospitationsbericht: Research Fellowship am Boston Children's Hospital – Harvard University

Autor: G. Gierlinger, Linz



Im Rahmen meines PhD Studiums Medical Sciences und des Clinician Scientist Program (CSP) der Johannes Kepler Universität Linz hatte ich die Möglichkeit, von 1. Juli 2022 – 31. Juli 2023 einen Forschungsaufenthalt am Cardiac Surgery Department des Boston Children's Hospital/Harvard University zu absolvieren. Als Assistenzarzt für Herzchirurgie am Department für Kinderherzchirurgie des Kepler Universitätsklinikums war es mir ein besonderes Anliegen während meiner Ausbildungszeit in einem etablierten translationalen Forschungslabor zu forschen. Zudem besteht die Option, 9 Monate dieses Auslandsaufenthaltes für die Facharzt-ausbildung anzurechnen.

Mein Forschungsschwerpunkt in Boston beinhaltet die Behandlung von grenzwertig großen linken Herzkammern bei kongenitalen Herzfehlern wie kritischer Aortenstenose und Hypoplastischem Linksherzsyndrom. Das Kinderherzzentrum Linz besitzt bei diesen Erkrankungsbildern durch die frühe chirurgische Behandlung mit einer Ross-Konno Operation und fetalen Aortenklappen Interventionen eine große Expertise und somit war es für mich eine ausgezeichnete Möglichkeit, diesen Forschungsaufenthalt im Labor von Frau Priv. Doz. Dr. Ingeborg Friehs am Boston Children's Hospital durchzuführen – da hier der Forschungsschwerpunkt gerade in diesem Bereich liegt. Im Speziellen liegt der Fokus auf einer sogenannten Endo-

kardfibroelastose, dies ist eine bei diesen Erkrankungsbildern vorkommende Bindegewebsschicht in der linken Herzkammer, die ein Größenwachstum verhindert und zudem zu einer diastolischen Dysfunktion der linken Herzkammer führt.

Mein translationales Forschungsprojekt bestand demnach in der Durchführung eines Rattenmodells: Durch die heterotrope Herztransplantation von neonatalen Rattenherzen in adoleszente Ratten wird eine Blutfluss-Stagnation in der linken Herzkammer des transplantierten Herzens erzeugt. Innerhalb weniger Tage bildet sich in diesem Modell somit eine Endokardfibroelastose aus. Der zugrunde liegende Mechanismus wird Endothelial-to-Mesen-

chymal Transition genannt. Hierbei waren vor allem mikrochirurgische Genauigkeit bei der Anastomosen-Naht der sehr fragilen neonatalen Herzen sowie die Durchführung einer Allgemeinanästhesie bei der adoleszenten Ratte (Intubation, Beatmung, Kreislaufüberwachung) gefragt, damit eine hohe Anzahl von vitalen Spenderherzen bei niedriger Mortalitätsrate erzeugt werden kann. Durch eine postoperative, zweiwöchige Behandlung der Empfängerratte mit intraperitonealem Atorvastatin, welches durch die Hemmung des TGF- $\beta$  pathway einen pleotropischen Effekt aufweist, konnten wir eine Hemmung der Endokardfibroelastosen-Bildung nachweisen. Ich erlernte im Labor von Frau Doz. Dr. Friehs histologische, immunohistologische, qRT PCR und





Die Laboreinrichtungen des Boston Children's Hospital sind direkt an das Kinderkrankenhaus angebunden.



Wochenendausflug nach New York City mit Blick auf Manhattan

Western-Plot Analysemethoden und führte diese sowie danach eine entsprechende quantitative Auswertung durch. Diese Ergebnisse wurden als Abstract zum jährlichen Meeting der American Heart Association eingereicht und zur Präsentation angenommen sowie ein Manuskript vorbereitet. Zudem hatte ich die Möglichkeit, das Rattenmodell im Journal of Visualized Experiments (JoVE) zu publizieren, welches ein Video der Rattenoperationen beinhaltet. Das Filmen dieser Experimente unter dem Mikroskop sowie das Videoediting waren speziell herausfordernd, jedoch mit Sicherheit auch besonders aufregend.

Zusätzlich zu meinem translationalen Projekt konnte ich auch eine klinische Studie mit einem übergreifenden Patientenkollektiv vom Boston Children's Hospital und Kinderherzzentrum Linz durchführen. Das „complex biventricular program“ des Boston Children's Hospital unter der Leitung von Dr. Sitaram Emani betreut eine große Patientenzahl von Kindern mit grenzwertig kleinen linken Herzkammern. Durch ein in Boston etabliertes „staged ventricular recruitment“ wird versucht, das Größenwachstum der zu klein ausgebildeten Herzkammer zu fördern und eine biventriculäre Physiologie herzustellen. Da wie

oben erwähnt am Kinderherzzentrum Linz eine große Expertise bei neonatalen und frühkindlichen Ross-Konno Operationen besteht und oftmals ebenso eine Endokardfibroelastosen Resektion durchgeführt wird, bestand eine sehr gute Möglichkeit dieser zentrumsübergreifenden Untersuchung. Hierbei konnten wir nachweisen, dass eine Ross-Konno Operation die Häufigkeit eines Nachwachsens der Endokardfibroelastose nach primärer chirurgischer Resektion vermindert.

Neben meinen Forschungsprojekten hatte ich zudem die Möglichkeit, an den täglichen Vorträgen der Kinderherzchirurgie, Kinderkardiologie und Kinderkardiointensiv inklusive zwei wöchentlichen Fallbesprechungen der aktuellen chirurgischen

Fälle sowie der „complex biventricular meetings“ teilzunehmen. Im Besonderen die Lehreinheiten mit anatomischen Präparaten sowie neuester CT/MRT Bilddiagnostik inklusive 3D Modellen waren für mich sehr aufschlussreich. Zusätzlich wurden im Labor wöchentliche informelle und formelle Präsentationen durchgeführt und ich konnte auch mein Forschungsprojekt in diesen Besprechungen dem Department für Kinderherzchirurgie vortragen.

Eine ganz besondere Freude während diesem Forschungsjahr war die Zusammenarbeit und das Knüpfen von Kontakten mit internationalen KollegInnen aus diversen Forschungsgruppen. Das Austauschen von Ideen und die gegenseitige Unterstützung habe ich hierbei sehr geschätzt und ich bin mir sicher, dass hier in Zukunft Kollaborationen mit internationalen Forschungsgruppen entstehen werden.

Die Möglichkeit, einen Teil meiner chirurgischen Ausbildung an einer renommierten US-amerikanischen Universität zu absolvieren und in Boston, einer Stadt mit hoher Lebensqualität, zu leben, schätze ich sehr. Neben meiner intensiven wissenschaftlichen Tätigkeit war es mir auch möglich andere Städte wie New York City oder Washington D.C. zu besuchen und an den Wochenenden Ausflüge in New England zu unternehmen.

Ich möchte mich ganz herzlich bei Herrn Priv.-Doz. Dr. Afshin Assadian sowie Herrn Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann und der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie für das Hospitationsstipendium bedanken, das neben dem Marietta Blau Stipendium und der Unterstützung der JKU Linz durch das CSP Programm diesen Auslandsaufenthalt ermöglicht haben. Weiters möchte ich mich bei Frau Priv.-Doz. Dr. Ingeborg Friehs für die hervorragende Betreuung am Boston Children's Hospital, sowie dem Leiter des Department für Kinderherzchirurgie Priv.-Doz. Dr. Rudolf Mair für die Unterstützung dieses Auslandsaufenthaltes bedanken. □

## KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. Gregor Gierlinger**  
 Department für Kinderherzchirurgie  
 Kepler Universitätsklinikum  
 Johannes Kepler Universität Linz  
 Krankenhausstraße 9  
 4020 Linz, Österreich  
 E-Mail: gregor.gierlinger@kepleruniklinikum.at

## Einladung zur **Vollversammlung**

der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH  
und ihren assoziierten Fachgesellschaften



**Donnerstag, 06.06.2024, 12:30 – 14:30 Uhr**  
**Paracelsus-Saal, Salzburg Congress**  
**Auerspergstraße 6, 5020 Salzburg**

### Tagesordnung

Begrüßung und Eröffnung der Vollversammlung durch den Generalsekretär – *A. Tuchmann*

1. Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Bericht des Präsidenten – *S. Kriwanek*
3. Bericht des Generalsekretärs – *A. Tuchmann*
4. Bericht des Kassenverwalters – *H. Mächler*
5. Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes
6. Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie –  
*D. Öfner-Velano*  
Vorstellung Fachärzte 2023
7. Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees –  
*H.J. Mischinger*
8. Bericht des Schriftleiters der „European Surgery/  
Acta Chirurgica Austriaca“ – *M. Riegler*
9. Bericht Qualitätssicherung – *S. Roka*
10. Wahlen zum Vorstand
11. Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
12. Aufnahme neuer Mitglieder
13. Billroth-Preis, Wissenschaftspreis, Waclawiczek-Preis  
(ÖGCH), Vortragspreis 2023 Chir. Forschung (ÖGCF),  
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie (MKG)-Preis
14. Vorschau ÖCK2025 – *T. Freude*
15. Allfälliges

**Laut § 14/Abs.2 der Statuten** kann jedes Mitglied binnen einer Woche nach Empfang der Einladung, unterstützt durch zwei weitere Mitglieder, eine Ergänzung der Tagesordnung fordern.

**Laut § 15/Abs.1** ist zur Fassung gültiger Beschlüsse der Vollversammlung die Anwesenheit von mindestens einem Drittel der ordentlichen Mitglieder und die einfache Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erforderlich.

**Laut § 15/Abs.2** ist bei Statutenänderungen, Verwendung des Vereinsvermögens und Publikationen die Anwesenheit von zwei Dritteln der ordentlichen Mitglieder und die Zweidrittelmehrheit der gültig abgegebenen Stimmen notwendig.

**Laut § 15/Abs.4** erfolgen alle Abstimmungen offen, sofern nicht die Satzung anderes bestimmt oder fünf ordentliche Mitglieder geheime Abstimmung fordern.

**Ist die Vollversammlung zur festgesetzten Stunde nicht beschlussfähig, so findet 15 Minuten später eine Vollversammlung mit derselben Tagesordnung statt, die ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitglieder beschlussfähig ist (Statuten § 15/Abs.2).**

Zur Teilnahme an Abstimmungen ist der Nachweis der Mitgliedschaft erforderlich (Mitgliedschaftsbestätigung = Beitragsvorschreibung 2024)

WIR BITTEN UM ZAHLREICHE TEILNAHME!

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

Univ.-Prof. Dr. S. Kriwanek  
Präsident ÖGCH

## Ausschreibung von zwei Georg Stumpf Stipendien für Krebsforschung

zu je 15.000,- Euro

**Einreichfrist: 31. Juli 2024**

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie vergibt im Jahr 2024 zwei Georg Stumpf Stipendien für Krebsforschung. Das Stipendium ist mit je € 15.000,- dotiert.

Gefördert werden hochqualifizierte Nachwuchskräfte, deren Forschungsfokus auf dem Gebiet der Chirurgischen Onkologie liegt. Die Mitgliedschaft in der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie ist Voraussetzung.

Das Stipendium wird pro Projekt einmalig vergeben. Die Übergabe des Stipendiums erfolgt im Vergabejahr auf der ACO-ASSO Jahrestagung, wo die StipendiatIn auch Gelegenheit erhält das Projekt kurz zu präsentieren. Die Projektdaten sind einmal jährlich zu aktualisieren (jeweils Dezember). Die Datenbank ist auf der ACO-ASSO Homepage einsehbar. Jedes Projekt ist mit einem Abschlussbericht zu beenden, der ebenfalls auf der ACO-ASSO Homepage veröffentlicht wird. Publikationen, die aus oder in Zusammenhang mit dem Projekt entstehen sind ebenfalls in der Datenbank anzuführen. In Publikationen ist die Förderung durch das Georg Stumpf Stipendium der ACO-ASSO anzuführen. Nach spätestens drei Jahren werden die StipendiatInnen aufgefordert das Projekt bzw. Ergebnisse im Rahmen der Schlussveranstaltung der ACO-ASSO Jahrestagung zu präsentieren.

### Bewerbung

Anträge sind bis **spätestens 31. Juli 2024 elektronisch** an die Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie an: [office@aco-asso.at](mailto:office@aco-asso.at) (ACO-ASSO Sekretariat, St. Veiter Str. 34/3, 9020 Klagenfurt) zu richten. Dem formlosen Antrag sind folgende Unterlagen in vorgegebener Reihenfolge beizugeben:

1. Lebenslauf;
2. Beschreibung der bisherigen wissenschaftlichen Tätigkeit einschließlich der Ausbildung;
3. Liste der bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen;
4. detaillierter Projektplan mit Kostenaufstellung
5. schriftliche Bestätigung des Abteilungsvorstands, aus dem hervorgeht, dass die für eine erfolgreiche Durchführung des Forschungsvorhabens erforderlichen Arbeitsmöglichkeiten bestehen;
6. Angaben von zwei Referenzen (keine Befürwortungen - nur Namen von WissenschaftlerInnen, die sich zur Ausbildung und zur wissenschaftlichen Tätigkeit der Antragstellerin bzw. des Antragstellers Stellung nehmen können);
7. Angaben zur Dauer des Forschungsvorhabens und zum Zeitraum, für den das Stipendium erbeten wird;
8. Erklärung, ob Zuwendungen von dritter Seite zur Verfügung stehen oder beantragt worden sind.

Für das Jahr 2024 erfolgt die offizielle Verleihung der zwei „Georg Stumpf Stipendien für Krebsforschung“ im Rahmen der 40. Jahrestagung der ACO-ASSO vom 3.-5. Oktober 2024 in St. Wolfgang.

Weitere Informationen finden Sie unter:

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

Prim. Univ. Prof. Dr. Klaus Emmanuel  
Präsident der ACO-ASSO

Prim. Univ. Prof. Dr. Jörg Tschmelitsch  
Kassier

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

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

07. bis 08. November 2024

#### 23. Österreichischer Chirurgentag

09. 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

16. bis 17. Mai 2024

#### STAR Course – Endokrine Chirurgie

Ort: Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg  
Info: <https://www.academy-of-surgeons.com/veranstaltung/star-course-endokrine-chirurgie/>

23. bis 24. Mai 2024

#### 1. Expertenmeeting Salzburg | Peritoneale und Pleurale Malignome | Thema: Ovarialkarzinome

Ort: IMLAUER Hotel Pitter | Rainerstraße 6, 5020 Salzburg  
Website: <https://www.academy-of-surgeons.com/veranstaltung/salzburger-symposium-hipec-pipac/>

23. bis 25. Mai 2024

#### 29. Jahrestagung der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (D.A.F.)

Ort: Austria Center Vienna  
Info: <https://fusskongress.de/>

29. Mai 2024

#### Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie (ÖGHTG)

Ort: Imlauer Hotel Pitter, Salzburg  
Info: <https://registration.maw.co.at/oeghtg24>

04. Juni 2024

#### ESCP Masterclass "Update in Coloproctology"

Ort: Salzburg  
Info: <https://www.escp.eu.com/conference-and-events/upcoming-escp-educational-events/salzburg-masterclass>

09. bis 12. Juni 2024

#### 75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Ort: Göttingen (DE)  
Info: [www.dgnc-kongress.de](http://www.dgnc-kongress.de)

12. bis 15. Juni 2024

#### 57. Jahrestagung & 34. Fortbildungskurs & „Pre“ Symposium

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

17. bis 19. Juni 2024

#### Chirurgische Festspiele Salzburg 2024

Ort: Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg |  
Strubergasse 21 (Haus C), 5020 Salzburg  
Info: <https://www.academy-of-surgeons.com/veranstaltung/chirurgische-festspiele-salzburg-2024/>

20. bis 21. Juni 2024

#### Grazer Gefäß- und Gerinnungstage 2024

19. Sailersymposium  
Ort: Medizinische Universität Graz  
Info: [www.gefaesse.at](http://www.gefaesse.at) und [www.grazergerinnung.at](http://www.grazergerinnung.at)

28. bis 29. Juni 2024

#### St. Veiter Gastroenterologengespräche

Ort: Tagungszentrum Blumenhalle, St. Veit an der Glan  
Info: <https://registration.azmedinfo.co.at/gastrostveit24>

15. bis 18. September 2024

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

Ort: Medical University Innsbruck  
Info: [www.focusvalve.org](http://www.focusvalve.org)

19. bis 20. September 2024

#### Chirurgie Compact 2024

Ort: IMLAUER Hotel Pitter | Rainerstraße 6, 5020 Salzburg  
Info: <https://www.academy-of-surgeons.com/veranstaltung/chirurgie-compact-2024/>

23. bis 25. September 2024

### Herzschrittmacher Curriculum 2024

Ort: Schloss Wilhelminenberg, Wien

Info: <https://registration.maw.co.at/schrittmacher24>

27. September 2024

### Focus Hepatogastroenterologie 2024

Ort: Schloss Schönbrunn Tagungszentrum

Info: [www.focushepatogastroenterologie.at](http://www.focushepatogastroenterologie.at)

27. bis 28. September 2024

### Symposium: Herausforderung in der Herzchirurgie: Mitralklappenchirurgie 2024

Ort: Landhotel Eisenbock's Straßer Hof, Straß im Straßertale

Info: <https://registration.maw.co.at/herzchirurgie24>

03. bis 05. Oktober 2024

### 60. ÖGU & 5. ÖGOuT Jahrestagung 2024

Ort: Wyndham Grand Salzburg Conference Hotel

Info: <https://www.unfallchirurgen.at/veranstaltungen/oegu-oegout-jahrestagung/>

11. bis 12. Oktober 2024

### International STAR Course – Minimal Invasive Colorectal Surgery

Ort: Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg | Strubergasse 15 (Haus D), 5020 Salzburg

Info: <https://www.academy-of-surgeons.com/veranstaltung/international-star-course-2024-minimal-invasive-colorectal-surgery/>

17. bis 09. Oktober 2024

### VASC MED 2024

Ort: Courtyard by Marriott Linz

Info: <https://registration.maw.co.at/VASC MED2024>

23. Oktober 2024

### Notfallmedizin Kongress 2024

Ort: Seminarhaus des Bischöflichen Priesterseminars, Linz

Info: <https://www.ordensklinikum.at/de/aktuelles/notfallmedizin-kongress-2024-1838/>

24. bis 25. Oktober 2024

### STAR Course – Hepatobiliäre Chirurgie für die tägliche Praxis

Ort: Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg | Strubergasse 15 (Haus D), 5020 Salzburg

Info: <https://www.academy-of-surgeons.com/veranstaltung/star-course-hepatobiliaere-chirurgie/>

21. bis 22. November 2024

### CHIRURGIE LINZ 2024 – Update zur onkologischen Chirurgie: Rektum und Pankreas

Ort: ÖÖNachrichten FORUM, Linz

Info: <https://www.ordensklinikum.at/chirurgie2024>

22. bis 23. November 2024

### Herausforderung in der Herzchirurgie: Mitralklappenchirurgie 2024

Ort: Convention Center – Schloss Luberegg

Info: <https://registration.maw.co.at/herzchirurgie24>

12. bis 13. Dezember 2024

### Hepatobiliary Surgery Meeting incl. Expert Video Session

European Consensus Meeting on Peri- and Postoperative Management following Liver Resection

Ort: Congress Innsbruck

Info: <https://www.hpb-innsbruck.at>

## Impressum

### CHIRURGIE

Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

### HERAUSGEBER



Berufsverband Österreichischer Chirurgen

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](mailto: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](mailto:office@kreativ-sacher.at)  
URL: [www.kreativ-sacher.at](http://www.kreativ-sacher.at)



### DRUCK

W&H Media Druck+Verlag GmbH  
1120 Wien | Wagenseilgasse 5  
Tel: +43(1) 269 16 17  
E-Mail: [office@wh-media.at](mailto:office@wh-media.at)  
Web: [www.wh-media.at](http://www.wh-media.at)



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

Bildnachweise:  
Seite 26: istock.com  
Das Bildmaterial zu den Fachartikeln wurde von den AutorInnen zur Verfügung gestellt.



Produziert nach den Richtlinien des Österreichischen Umweltzeichens.  
W&H Media Druck und Verlag GmbH.,  
UWZ-Nr. 1078, [www.wh-media.at](http://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 2024/25

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	O. Strobel, Wien	oliver.strobel@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

<b>Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2023/2024</b>		
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. Tonniger-Bahadori, Wien	dr.weiser@medico-chirurgicum.at kb@tonninger.com
Ges. der Chirurgen in Wien	O. Strobel, Wien	oliver.strobel@meduniwien.ac.at
Ges. für Implantologie und gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP)	C. Schaudy, Wien	christian@schaudy.com
I.S.D.S. (Int. Society for Digestive Surgery)/österr. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	P. Beckerhinn, Hollabrunn	chirurgie@beckerhinn.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	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)	V. Auersperg, Steyr	vinzenz.auersperg@ooeg.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	F. Tomaselli, Linz	florian.tomaselli@kepleruniklinikum.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	M. Grabenwöger, Wien	martin.grabenwoeger@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU)	K. Sarahrudi, Wien	kambiz.sahrudi@wienerneustadt.lknoe.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	S. Ziegler, Stolzalpe	sven.ziegler@kages.at
Vertreter:in der Senator:innen	F. Smolle-Jüttner, Graz R. Roka, Wien	freya.smolle@medunigraz.at rudolf.roka@speed.at
Governor der österreich.-ungarischen Sektion des American College of Surgeons (ACS)	M. Gnant, Wien A. Shamiyeh, Linz	mgnant@icloud.com andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at

<b>Kooptierte Vorstandsmitglieder</b>		
UEMS	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at

<b>Vertreter der Industrie</b>		
Branchensprecher:in Industrie	B. Bauer, Wien	birgit.bauer@bbbraun.com
Johnson & Johnson Medical Products GmbH	C. v. Schudnat, Wien	Cschudna@its.jnj.com
Medtronic Österreich GmbH	W. Deutschmann, Wien	wolfgang.deutschmann@medtronic.com



Berufsverband  
Österreichischer  
Chirurgen



# Heiße Eisen und Kontroversen

## Save the Dates

**23. Österreichischer Chirurgentag**

7. – 8. November 2024

**13. Forum Niedergelassener Chirurgen**

9. November 2024



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