

# Chirurgie

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

**Perioperative Ernährungstherapie**

**Der magnetische Sphinkter**

**Dissektion des Ligamentum  
hepatoduodenale**



**3|2014**



**DAS MEDIZINPRODUKT** 3/14  
ISSN 2223-1080  
LÖSUNGEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

**Arbeiten mit Checklisten**  
Unnötiger Zeitaufwand oder Hilfe zur Fehlervermeidung?  
Seite 6

**Kardiologische Guidelines**  
Einfacher Weg zur Evidence-based Medicine  
Seite 14

**Wundschmerz**  
Kommunikation hilft – warum Aufklärung wichtig ist  
Seite 34

**Innovative Mobilitätskonzepte**  
Fuhrparkmanagement zwischen Kosten und Innovation  
Seite 46

**BLACKOUT IM SPITAL**  
Was geht, wenn nichts mehr geht?

**AUSTRO MED** **MM** MedMedia  
www.das-medizinprodukt.at

**SEITENSTARKE INFORMATION FÜR  
MEDIZIN, PFLEGE UND VERWALTUNG**

## Inhalt

- 4** Editorial
- 5** Perioperative Ernährungstherapie  
*Autor: F. Längle, Wr. Neustadt*
- 8** GERD-Management: Der Magnetische Sphinkter  
*Autor: J. Zacherl, Wien*
- 11** How I do it:  
Dissektion des Ligamentum hepatoduodenale  
*Autoren: W. Mark, Hall/Tirol*  
  
*L. Manzenreiter, Linz;*  
*K. Emmanuel, Linz*
- 14** Radikalitätsprinzipien: Gallenblasenkarzinom  
*Autor: A. Königsrainer, Tübingen*
- 15** e-Corner  
*Autor: G. Györi, Wien*

### ÖGC

- 16** Das war der 55. Österreichische Chirurgenkongress  
*Autorin: F.-M. Smolle-Jüttner, Graz*
- 21** Protokoll der Vollversammlung der  
Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie
- 25** Theodor-Billroth-Preis der  
Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

### BÖC Akademie

- 26** BÖC Akademie & Termine 2014

### Service

- 26** Impressum
- 27** ÄrzteService Dienstleistung GmbH
- 28** Personalia: In Memoriam em. Prof. Dr. med. Ernst Kern
- 29** Programm Chirurgentag
- 33** Ansprechpartner
- 34** Terminkalender



8



11



16





## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

### Arzt bald wieder ein erstrebenswerter Beruf?

Eines der ersten Themen, mit denen die neue Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser konfrontiert wurde ist der drohende Ärztemangel. Im report vom 16.9.2014 gab sie ein Interview in dem sie ihre Standpunkte darlegte. Erfreulicherweise thematisierte sie die fehlende Attraktivität des Arztberufes. Als deren Ursachen identifizierte sie die vielerorts unmenschlichen Arbeitsbedingungen, die schlecht organisierte Ausbildung und natürlich auch zu geringe finanzielle Anreize – vor allem für junge Ärztinnen und Ärzte.

Wie in allen anderen Berufen müssen auch wir Ärzte uns damit anfreunden, dass unsere Arbeitszeit reguliert wird. Die Verantwortung der Umsetzung der Arbeitszeitregelung liegt für BM Dr. Oberhauser bei den Trägern der Krankenanstalten. Es ist auch deren Zuständigkeit adäquate Anreize zu schaffen.

Aus Sicht der Ärzte ist zu fordern, dass diese nicht nur die verbesserte Work-Life-Balance betreffen, sondern auch zumindest einkommensneutral sind. Flankierende Maßnahmen (Dienstwohnung, Dienstwagen, Kinderbetreuung, ...) in ländlichen Regionen sind in anderen EU-Ländern bereits realisiert. Eine Abwanderung von Jungmediziner in das „lukrativere“ Ausland ist weiterhin zu befürchten, sollte diesen Umständen nicht Rechnung getragen werden.

Ein zweiter Eckpfeiler aus Sicht der Gesundheitsministerin ist die Realisierung der neuen Ausbildungsordnung. Aus chirurgischer Sicht sind der Wegfall der „Gegenfächer“ und damit die Fokussierung auf das eigentliche Fach begrüßenswert. Die Ausbildungszeit wird damit automatisch verlängert. Besonders in der Chirurgie sind wir hier jedoch gefordert weitere Anreize zu setzen.

Es bleibt zu hoffen, dass mit einer Ärztin als Gesundheitsministerin die Ärzteschaft mit ihren verständlichen und lange ignorierten Bedürfnissen und Anliegen in der Politik wieder ein offenes Ohr finden wird. Ein modernes Gesundheitswesen braucht zufriedene und motivierte Ärzte, die sich ihren Patientinnen und Patienten widmen können, ohne durch schlechte Rahmenbedingungen beeinträchtigt zu sein.

### **Ao. Univ.-Prof. Dr. Sebastian Roka**

Präsident BÖC  
Hollandstrasse 14  
A-1020 Wien  
Tel.: +43(0)1-533 35 42  
Fax: +43(0)1-533 35 42-19  
E-Mail: [chirurgie@aon.at](mailto:chirurgie@aon.at)  
URL: [www.boec.at](http://www.boec.at)

# Perioperative Ernährungstherapie

## Einleitung

Die perioperative Ernährungstherapie ist heutzutage endlich auch zu einer wesentlichen Säule eines modernen Patientenmanagements in der Chirurgie geworden. Ihr Ziel ist es, die postoperative Morbidität und Mortalität bzw. die Rehabilitationszeit im positiven Sinne zu beeinflussen. Die perioperative Ernährungstherapie beginnt schon mit der präoperativen Erfassung des Ernährungszustands, um Risikopatienten mit Mangelernährung rechtzeitig zu erkennen. Sie umfasst neben der Zufuhr von Kalorien auch die Beeinflussung des Postaggressionsstoffwechsels durch spezielle Substrate (Pharmaka Nutrition) und muss in Abhängigkeit vom Ausmaß des operativen Eingriffs, der Dauer der postoperativen Nahrungskarenz und der stoffwechselspezifischen Veränderungen individuell angepasst und vom Arzt verordnet werden.

## Indikation zur Ernährung

Es ist in zahlreichen Studien belegt, dass schwere Mangelernährung mit einer erhöhten postoperativen Infektionsrate, Wundheilungsstörung, Anastomoseninsuffizienzrate usw. verbunden ist. Die Erhebung des Ernährungszustandes ist daher eine notwendige Grundvoraussetzung für die Einleitung einer perioperativen Ernährungstherapie. Neben zahlreichen anthropometrischer, biochemischer und physikalischer Methoden der Erfassung des Ernährungszustandes, haben sich aber in der Praxis folgende Parameter als einfach machbar und effizient erwiesen:

1. Anamnestische Erhebung von Körpergewichtsverlust – eine Gewichtsabnahme von > 10% innerhalb von 3 Monaten gilt als sicherer Hinweis für eine Mangelernährung. Es ist wichtig den Verlust von Muskelmasse und subkutanen Fett zu erkennen. Dies ist vor allem bei chronischen Erkrankungen gut möglich. Kurzfristige Mangel- und Fehlernährungen im Rahmen von akuten Erkrankungen sind mit dieser Methode oft schwer zu erkennen.
2. Mit Hilfe der Bestimmung des Serumalbumins kann bei Werten < 30 g/dl eine klinisch relevante Mangelernährung angenommen werden.
3. Erfassung einer Mangelernährung mittels routinemäßigem „Ernährungsscreening“ im Rahmen der Anamnese bei der stationären Aufnahme des Patienten im Krankenhaus. Dafür empfehle ich den Screening Bogen für Mangelernährungsrisiko der Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung –

AKE. (Abb.1). Bei Detektion eines Risikopatienten wird der Prozess einer individuellen Ernährungstherapie gemeinsam mit der Pflege bzw. den DiätologenInnen eingeleitet. Dieses Vorgehen hat sich im LK Wr. Neustadt sehr bewährt und konnte leicht umgesetzt werden.

Nach Souba et al. ist eine Ernährungstherapie bei folgendem Patienten indiziert:

- ▣ Patienten, die über unbestimmte Zeit nicht essen können (Kurzdarmsyndrom, Schluckstörungen, frühreife Neugeborene)
- ▣ Patienten mit schwerer Unterernährung und großen elektiven Operationen (Ösophagus- und Magenresektionen, abdominale Gefäßeingriffe)
- ▣ Patienten mit normalen Ernährungsstatus, geringem Stress und keiner Nahrungsaufnahme für 10-14 Tage
- ▣ Patienten nach schwerem Trauma (Polytrauma, stumpfes oder penetrierendes Bauchtrauma, Schädel-Hirn-Trauma, Herzeingriffe, Verbrennungen)
- ▣ Patienten mit Knochenmarkstransplantationen im Rahmen einer Tumorthherapie

## Präoperative Ernährungstherapie

Bei Patienten mit schwerer Mangelernährung kann durch eine präoperative parenterale und/oder enterale Ernährungstherapie die postoperative Komplikationsrate um 20% gesenkt werden. Das Konzept soll normokalorisch sein und an die jeweilige Situation des Patienten angepasst werden.

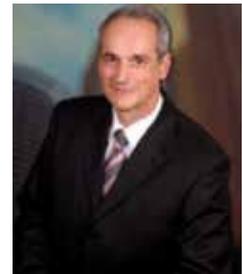
Bei allen anderen Patienten, auch wenn große operative Eingriffe geplant sind, ist ein positiver Effekt einer präoperativen parenteralen Ernährungstherapie, bezogen auf die Zufuhr von Kalorien, wissenschaftlich nicht gesichert. Im Gegenteil, es ist eine erhöhte Infektionsrate zu beobachten gewesen.

Das Konzept der präoperativen immunmodulierenden Ernährungstherapie – Immunonutrition (Arginin, omega-3-Fettsäuren, Nukleinsäuren) ist in randomisierten Studien gut belegt und durch Reduktion von Infektionskomplikationen auch kosteneffizient. Bei Patienten mit normalem Ernährungszustand und großen visceralchirurgischen Operationen ist eine präoperative Gabe über 5-7 Tage ausreichen, bei Patienten mit Mangelernährung ist eine zusätzliche postoperative Verabreichung notwendig um die Rate an postoperativen Infektionen zu senken. Die Bedeutung für Glutamin, kurzkettigen Fettsäuren, Selen und Zink ist derzeit noch Gegenstand klinischer Studien.

Die kurzfristige präoperative Verabreichung von Glukose als Kohlenhydratloading ist keine präoperative Ernährungstherapie im eigentlichen Sinne, sondern es soll dadurch lediglich die postoperative Insulinresistenz, als Ausdruck der postoperativen Stressreaktionen reduziert werden.

## Postoperative Ernährungstherapie

Postoperativ befindet sich der chirurgische Patient im „Postaggressionsstoffwechsel“ (Katabolie aller Substratdepots des Körpers) und reagiert mit immunologischen, metabolischen und endokrinen Prozessen auf das operative Trauma. Je größer und massiver der Insult (Ischämie-Reperfusionsschaden nach Hypoxämie,



F. Längle, Wr. Neustadt

Patient:  
 Geb.: SVNr.:  
 Sozialversicherung:  
 Adresse:  
 PLZ: Ort:

## Screening auf Mangelernährung

### VORSCREENING

<input checked="" type="checkbox"/> Körpergröße - Körpergewicht	Gewicht (kg)	Grösse (cm)	▶ BMI < 20,5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	0	0		
	BMI:	0		
<input checked="" type="checkbox"/> Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten ungewollt an Gewicht verloren?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> War die Nahrungsaufnahme in den vergangenen Wochen aufgrund von Appetitverlust, Kau / Schluckbeschwerden oder Übelkeit vermindert?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> Hat der Patient eine schwere Grunderkrankung?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient nach 14 Tagen erneut gescreent.

Wird eine Frage mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren.

### HAUPTSCREENING

<input checked="" type="checkbox"/> Grunderkrankung bzw. voraussichtliche Nahrungskarenz (Energiezufuhr ↓500 kcal/Tag)		
<input type="checkbox"/> nicht akute, chronische Erkrankung ohne Beteiligung des Gastrointestinaltraktes		0
<input type="checkbox"/> entzündliche Darmerkrankungen, andere gastrointestinale Erkrankungen, stabile maligne Erkrankungen, COPD, Schlaganfall, Nierenversagen, Herzinsuffizienz, Nahrungskarenz bis inkl. 3 Tage		1
<input type="checkbox"/> progressive maligne Erkrankungen, schwere Dysphagie oder Pankreatitis, Nahrungskarenz 4 und mehr Tage		2
<input checked="" type="checkbox"/> zusätzliche Stressfaktoren		
<input type="checkbox"/> infektionsfrei, keine Decubitalulcera, kleiner chirurgischer Eingriff		0
<input type="checkbox"/> Chemotherapie, mittelgradige Infektionen, Wundheilungsstörungen, Decubitalulcera (Stadium 1-3), mittelschwerer chirurgischer Eingriff		1
<input type="checkbox"/> schwere Infektion/ Sepsis, ausgeprägte Dekubitalulcera (Stadium 4), großer chirurgischer Eingriff		2
<input type="checkbox"/>	+ 1 Punkt wenn Alter > 70 Jahre	1

Punktezahl:

≥ 3 Punkte	Ernährungsrisiko liegt vor, Weiterleitung an den diätologischen Dienst
< 3 Punkte	Wiederholung des Screenings bei längerem Aufenthalt nach 14 Tagen

Adaptiert nach NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) nach Kondrup J et al., *Clinical Nutrition* 2003; 22: 415-421 und dem Screening-Bogen Mangelernährung der österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung.

Arztkommentar:



Translokationsphänomene,...) ist, desto stärker sind die postoperativen metabolischen Veränderungen. Ein modernes perioperatives Management (ERAS nach Kehlet) trachtet daher, diese Stressreaktionen und die damit verbundene Komplikationsrate möglichst niedrig zu halten.

Im ERAS Konzept spielt die Ernährung eine wesentliche Rolle. Angepasst an die klinische Situation soll die postoperative Ernährungstherapie eine ausreichende Versorgung mit Nährstoffen und Substraten für den Patienten gewährleisten.

Im Rahmen der Fast Track Chirurgie ist ein früher oraler/enteraler Kostaufbau, auch nach Darmchirurgischen Eingriffen, primär gefordert und anzustreben. Voraussetzung für die orale/enterale Ernährung ist aber eine ausreichende Magen-Darm-Motilität, eine adäquate Stimulation der Pankreasenzym- und Gallensäuresekretion, ausreichende Resorptionsbedingungen sowie die Integrität der Magen-Darm-Schleimhaut. Es konnte nachgewiesen werden, dass nach abdominal chirurgischen Eingriffen schon nach weniger als 24 Stunden eine normale Dünndarmaktivität vorzufinden ist, der Magen seine normale Motilität nach 24 – 36 Stunden und der Dickdarm erst nach 3 Tagen aufnimmt. Hinsichtlich der Resorptionskapazitäten konnte in Tierversuchen gezeigt werden, dass im Bereich des Dünndarms Wasser, Elektrolyte, Kohlenhydrate und Pep-

tide nach 1 – 2 Tagen normal resorbiert werden. Minard und Kudsk halten daher eine Initiierung der oralen/enteralen Ernährung nach großen chirurgischen Eingriffen, Verbrennungstraumen und anderen schweren Verletzungen innerhalb von 24 Stunden für den besten Zeitraum um eine Reduktion von Translokationsphänomenen und postoperativen Infektionen zu erreichen. Eine frühe postoperative orale/enterale Ernährung hat eine prophylaktische Funktion und nur ein früher Beginn, nach Kreislaufstabilisierung, reduziert das Ausmaß an septischen Komplikationen und folglich die Inzidenz von Multiorganversagen. Ist ein oraler Ernährungsweg nicht angezeigt (z.B. Ösophagusresektion, Gastrektomie,...), so kann optional eine Feinnadelkatheterjejunostomie in die erste Jejunum Schlinge oder eine nasojejunale Doppellumensonde implantiert und 6 Stunden nach Operationsende mit einer frühen enteralen Ernährung stufenweise begonnen werden. Der Gesamtkalorienbedarf von 25 kcal/kgKG/Tag soll über die Sondenzufuhr am 5. postoperativen Tag erreicht sein und soll solange fortgesetzt werden, wie der klinische Bedarf besteht. Kommt es in Rahmen der kontinuierlichen Zufuhr zu Nebenwirkungen wie abdominalen Krämpfen, Überblähungen, Diarrhoe (definiert mit drei flüssige Stühle pro Tag) oder Erbrechen, wird die Applikation für vier Stunden gestoppt; danach wird wieder mit der Hälfte der Infusionsgeschwindigkeit begonnen. Bei schwerem

Schockzustand mit Kreislaufinstabilität, paralytischem Ileus bzw. mechanischer Obstruktion ist eine enterale Ernährung natürlich kontraindiziert.

Eine zusätzliche Infusionstherapie um den Basisbedarf an Wasser und Elektrolyten auszugleichen, ist bei diesen Patienten ausreichend.

Ist der orale/enteraler Kostaufbau innerhalb von 7 – 10 Tagen aus den verschiedensten Gründen nicht möglich (postoperative Komplikationen, erwartete Nahrungskarenz nach Multivisceraleingriffen), ist eine postoperative parenterale (hypo- bzw. normokalorische) Ernährungstherapie zu beginnen. Auf dieses therapeutische Ernährungskonzept wird häufig vergessen, obwohl die Bedeutung dieser Ernährungstherapie in der Literatur klar belegt ist.

Für die hypokalorische (Aminosäure/Glukoselösungen) und normokalorische (Aminosäure/Glukose/Fett) stehen industriefertige Produkte zur Verfügung. Der Aufbau der parenteralen Ernährung erfolgt über hypo- zu normokalorisch. Für Patienten mit Nieren- und Leberfunktionsstörungen gibt es im Handel eigene Lösungen, um diesen speziellen Stoffwechselsituationen gerecht zu werden. Weiterführende Angaben zum Kalorienbedarf, Substratbedarf und findet man in den Ernährungsempfehlungen der AKE bzw. in den S3-Leitlinien Chirurgie der DGEM. ■

**Autor:**

F. Längle, Wr. Neustadt

## Literatur:

1. S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGCH, der DGAI und der DGAV – Klinische Ernährung in der Chirurgie
2. *Aktuel Ernährungsmed* 2013;38: 1-43
3. Längle F. Frühe postoperative enterale Ernährung. *Chir* 1999; 2: 10-12
4. Moore FA, Feliciano DV, Andrassy RJ. Early enteral feeding, compared with parenteral, reduces postoperativ septic complications: the result of a meta-analysis. *Ann Surg* 1992; 216: 172-183
5. Weimann A, Bastian L, Bischoff E, Grotz M, Hansel M, Lotz J, Trautwein C, Tusch G, Schlitt HJ, Regel G. Influence of arginine, omega-3-fatty acids and nucleotides supplemented enteral support on systemic inflammatory response syndrome and multiple organ failure in patients after severe trauma. *Nutrition* 1998; 14: 165-172
6. Minard G, Kudsk KA. Is early feeding beneficial? How early is early? *New Horiz* 1994; 2(2): 156-163
7. Hackl JM (2003) Ermittlung des Ernährungszustandes. *Perioperative Ernährung* In: Stein J, Jauch KW (Hrsg.) *Praxishandbuch klinische Ernährung und Infusionstherapie* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S. 3-20
8. Kemen M (2003) Frühpostoperative enterale Ernährung In: Stein J, Jauch KW (Hrsg.) *Praxishandbuch klinische Ernährung und Infusionstherapie* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S. 359-363

## Korrespondenzadresse:

Prim. Univ. Doz. Dr. Friedrich Längle  
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt  
Abteilungsvorstand Chirurgische Abteilung  
Corvinusring 3-5  
2700 Wiener Neustadt  
friedrich.laengle@wienerneustadt.lknoe.at

## GERD-Management: Der Magnetische Sphinkter

### Die Erkrankung

Die gastroösophageale Refluxerkrankung (GERD; gastroesophageal reflux disease) ist mit wachsendem Wohlstand in der westlichen Welt zur Volkskrankheit geworden. GERD zeigt weltweit zunehmende Inzidenz, in den letzten Jahren sogar in Asien. Aktuelle Analysen zufolge (Dent et al.) leiden mindestens 10% der Erwachsenenbevölkerung an den Symptomen und Folgen dieser die Lebensqualität empfindlich einschränkenden Erkrankung, die „teuersten“ Erkrankungen des GI-Traktes gehört. Allein in den USA werden die Belastungen des Gesundheitssystems durch GERD auf 9 Milliarden USD geschätzt (Shaheen et al.).



J. Zacherl, Wien

Gefürchtet sind auch die Langzeitfolgen der GERD wie narbige Strikturen und Stenosen sowie das Adenokarzinom des Ösophagus. In Österreich werden etwa 400 Ösophaguskarzinome diagnostiziert. Derzeit ist allerdings aus dem Krebsregister nicht erkennbar, wie viele davon Adenokarzinomen entsprechen. Zusätzlich ist auch ein Anteil an Cardiakarzinomen als refluxassoziiert anzusehen.

Ist die Vorstufe des refluxassoziierten Ösophaguskarzinoms, die intestinale Metaplasie (auch Barrettepithel genannt), vorhanden, so liegt das jährliche Risiko an einem Ösophaguskarzinom zu erkranken bei 0,1 bis 0,3% (Hvid-Jensen et al., Desai et al.). Die im Juli 2014 publizierte BEACON Analyse (Cook et al.) an über 6000 Individuen zeigt die deutliche Korrelation zwischen Stärke und Dauer der Refluxkrankheit und dem Risiko, an einem Barrettkarzinom zu erkranken. Als zusätzliche Risikofaktoren gelten männliches Geschlecht, Rauchen und Adipositas, nicht aber Alkoholabusus (Cook et al.).

Zu weiteren möglichen Folgen der GERD zählen Erkrankungen

des Rachens, des Larynx, der Luftwege und der Lunge.

### Therapie der GERD

Bei Versagen oder unzureichender Wirkung der konservativen Therapie (Ernährungs- und Lifestyleumstellung, medikamentöse Symptombekämpfung) hat sich die laparoskopische Hiatoplastik und Fundoplicatio in diversen Modifikationen als chirurgisches Standardvorgehen etabliert. Randomisierten Studien (z.B.: Anvari et al.) und einer Cochrane Analyse (Wieleman et al.) zufolge ist die Lebensqualität und Symptomkontrolle nach Fundoplicatio im Vergleich zu laufender PPI Medikation verbessert. Die symptomatischen

Erfolgsraten liegen in der Literatur bei 80 bis knapp 90% nach 5 Jahren und bleiben danach im Wesentlichen stabil.

Hingegen haben etwa 40% der GERD Patienten unter PPI Dauermedikation Durchbruchbeschwerden und sind unzufrieden (Zerbib et al.). Dennoch werden nicht einmal 1% der GERD Patienten operiert (Finks et al.). Es klafft also offenbar eine Kluft zwischen konservativ erfolgreich geführten Patienten und solchen, die wegen ausgeprägter Symptomatik oder großer Hernien operiert werden. Darin befinden sich mindestens% der GERD Patienten, sie sind nicht zufriedenstellend versorgt.

Mögliche Folgen einer Antirefluxoperation können Schluckbehinderungen, Völlegefühl, vermehrte Blähungen und die Unfähigkeit aufzustoßen oder zu erbrechen sein. Möglicherweise sind die Begleitphänomene die Hauptgründe, warum nur ein geringer Anteil an GERD Patienten mit GERD zur operativen Versorgung zugewiesen wird. Zuletzt haben mehrere Studien gezeigt, dass die partielle Toupet-Fundoplicatio deutlich seltener von diesen Begleitsymptomen gefolgt ist, die zudem im Falle des Auftretens deutlich geringer ausgeprägt sind bei vergleichbarer symptomatischer Refluxkontrolle (Koch et al.).

**Kosten:** In der randomisierten REFLUX Studie (Faria et al.) sowie in einer rezenten kanadischen Studie (Goeree et al.) wurde nachgewiesen, dass die laparoskopische Fundoplicatio nach 5 Jahren bei der Berechnung der Quality-adjusted life years (QALYs) im Vergleich zur medikamentösen Behandlung (aktuelle PPI-Kosten) signifikant kosteneffizienter ist, andere Studien waren davor inkonklusiv (Review von Thijsen et al.).

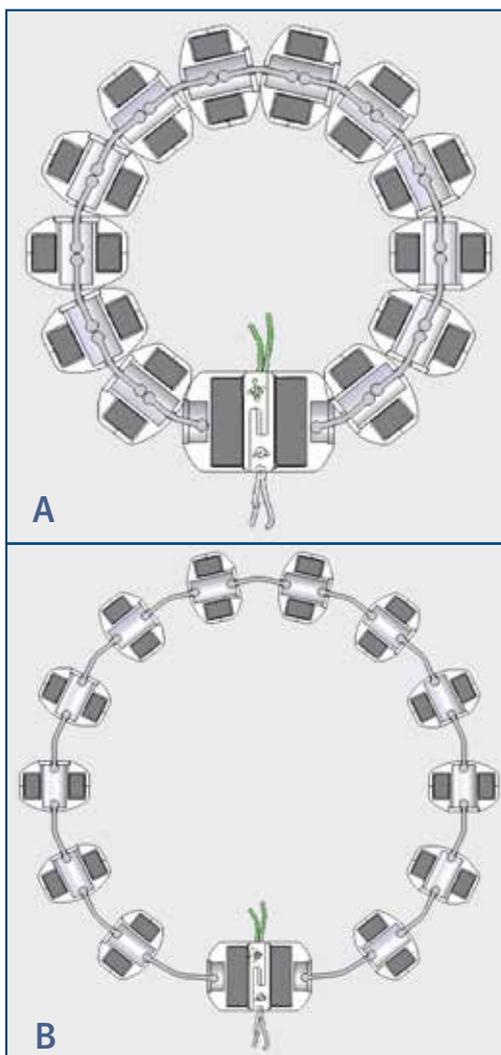


Abb 1: Schematische Darstellung des LINX® Systems in Kontraktion (A) und maximaler Expansion (B)

## Neue Therapieansätze

Die laparoskopische OP Technik hat eine deutliche Reduktion des Zugangsstraumas ermöglicht und die Akzeptanz der Antirefluxoperationen in den 90er Jahren verbessert. Mit zunehmender Erweiterung der technischen Möglichkeiten wurden darüber hinaus in den letzten 10–15 Jahren transorale endoskopische Methoden entwickelt, die die Belastung für die Patienten noch weiter reduzieren sollten. Bislang hat sich keine dieser Methoden als Standard durchgesetzt.

Zuletzt wurde die Methodenvielfalt der laparoskopischen Verfahren durch Wiederbelebung eines alten experimentellen Konzeptes der „loose ligation“ des unteren Ösophagussphinkters in Form des LINX® Systems erweitert. Eine Kette an magnetischen Perlen soll dabei dem Konzept zufolge die durch Magenfüllung entstehende Verkürzung und somit Schwächung des unteren Ösophagussphinkters verhindern und die antirefluxive Kompetenz des Schließmuskels augmentieren.

## Das LINX® System

Aufgrund des speziellen Aufbaues ist beim Schlucken zur Erweiterung des Kettendurchmessers – die zur Ermöglichung der Boluspassage erforderlich ist – initial vermehrte Kraft aufzuwenden (entspricht 0,4 N), danach nimmt der Widerstand der 10 bis 18 Glieder, sich voneinander zu entfernen und das Lumen zu erweitern, ab (auf etwa 0,07 N); das Implantat verhält sich also invers zum Dehnungsverhalten elastischen Materials, das mit zunehmender Dehnung exponentiell vermehrt Widerstand leistet. Der Initialwiderstand des LINX® Systems kann durch den Schluckakt überwunden werden, nicht aber durch die bloße Magenfüllung, wodurch eine unidirektionale ventilartige und somit antirefluxive Wirkung erreicht wird.

Als technischer Vorteil des LINX® Systems im Vergleich zur Standardoperation wird ins Treffen geführt, dass zur Implantation lediglich ein kleiner periösophagealer Tunnel zu schaffen ist, um das Implantat zu positionieren, nicht aber eine ausgiebige Mobilisierung und Darstellung des ösophago-gastralen Übergangs und des Hiatus. Die OP Dauer verkürzt sich damit in geübten Händen auf etwa 30 Minuten oder weniger.

Derzeit sind Patienten mit relevanter axialer Hiatushernie (3 cm oder länger), Barrett Ösophagus, Motilitätsstörungen oder höhergradiger Refluxösophagitis und Voroperationen in der Region von der Anwendung des Verfahrens ausgeschlossen. Da bei liegendem Implantat keine MRT mehr durchgeführt werden darf, müssen Erkrankungen bzw. Erkrankungsrisiken ausgeschlossen werden, die den Bedarf einer MRT wahrscheinlich erscheinen lassen. Eine allfällig notwendige Gastroskopie wird durch das Implantat nicht behindert

## Bisherige Erfahrungen

Bislang liegen bereits erste Berichte über die Ergebnisse nach maximal 4 Jahren bei 44 (Machbarkeitsstudie; Lipham et al.) bzw. 100 Patienten (Pivotal Trial; Ganz et al.) vor. Dabei kam es intra- und postoperativ zu keinen schweren Akutkomplikationen (Bonavina et al.). Nach 3 Jahren war bei 80% der Patienten eine Normalisierung der Säureexposition der Speiseröhre objektivierbar. Nach 1, 2, 3 und 4 Jahren war bei über 90% der Patienten eine deutliche Verbesserung des QoL Scorings im Vergleich zum präoperativen Ergebnis (über 50%ige Reduktion des GERD-HRQL) festzustellen. 80% der Patienten waren von der täglichen PPI Einnahme befreit, 87,5% der Patienten waren mit dem Ergebnis nach 4 Jahren zufrieden. Auffallend ist dabei, dass die funktionellen und subjektiven Ergebnisse während der Nachbeobachtungsphase sehr konstant geblieben sind, was eine geringere Rezidivtendenz im Vergleich zur Standardmethode erwarten lässt.

Die Unmöglichkeit Luft aufzustoßen oder zu erbrechen war nur ausnahmsweise zu beobachten (<5%).

Postoperativ zeigte sich allerdings eine passagere Dysphagie bei etwa 2/3 der Patienten als Hauptproblem. In der Regel war die Dysphagie – als Folge der Bildung eines Fibrosekanals um das Implantat interpretiert – selbstlimitierend und spätestens nach 3 Monaten vergangen. Knapp 20% wurden ballondilatiert, bei 3 Patienten musste das Implantat wegen der Schluckbeschwerden wieder entfernt werden. Insgesamt betrug die Explantationrate in den beiden Studien 6% (Dysphagie 4 Pat, Therapieversagen 2, Schmerzen 1, notwendige MRT 1, rezid.

Erbrechen 1). Die Entfernung hat sich laparoskopisch als technisch weitgehend problemlos herausgestellt, das Verfahren ist somit als gut reversibel zu bezeichnen. Eine Transmigration des Implantates in den Ösophagus war in beiden Studien nicht beobachtet worden.

Obwohl das LINX® System nicht als Ersatz für das Standardverfahren Fundoplicatio konzipiert ist, gibt es zwei case-control Studien: Eine Vergleichserie aus Boston (Sheu et al.) zeigt mit 75 vs 83% einen Trend zur effektiveren Refluxkontrolle durch die Nissen-Fundoplicatio. Während 50% der Patienten nach LINX® Implantation über ausgeprägte Dysphagie klagten, waren andere Beschwerden wie Bloating, Meteorismus und Durchfall deutlich seltener festzustellen als nach Fundoplicatio.

Eine Studie aus Seattle zeigte vergleichbare Ergebnisse bezüglich des LQ-Scorings aber bessere Refluxkontrolle nach Fundoplicatio in der pH-Metrie. Sie bestätigt die günstigeren Ergebnisse des LINX® Implantates in Hinblick auf das Gasbloating und der Fähigkeit Luft aufzustoßen (Louie et al.)

Das Verfahren ist seit 2012 von der FDA anerkannt. Bislang wurden laut Hersteller etwa 2000 LINX® Implantate eingesetzt. In Europa ist bis Anfang des Jahres ein Register gelaufen, dessen Ergebnisse jüngst publiziert wurden (Riegler et al.). Von 202 Patienten, die ein LINX® Implantat erhielten, nahmen 82% ein Jahr nach der OP keinen PPI mehr ein, 7% beschrieben bei der Nachuntersuchung eine Dysphagie. Bei 4% der Patienten wurde das Implantat wieder entfernt, eine Implantatpermigration wurde nicht beschrieben. Die befürchtete Implantat-Transmigration ist derzeit nach Kenntnis der Autoren nur bei insgesamt 4 Patienten jeweils in der Initialphase der betreffenden Institution zu beobachten gewesen.

## Ausblick

Das LINX® System hat die Methodenvielfalt bei der Behandlung der GERD erweitert. Es ist bei sachkundiger Implantation als sicher zu bezeichnen und bewirkt bei 80% der Patienten zumindest eine deutliche Verbesserung der Beschwerden. Den bislang

### Autoren:

J. Zacherl, Wien  
B. Eltschka, Wien

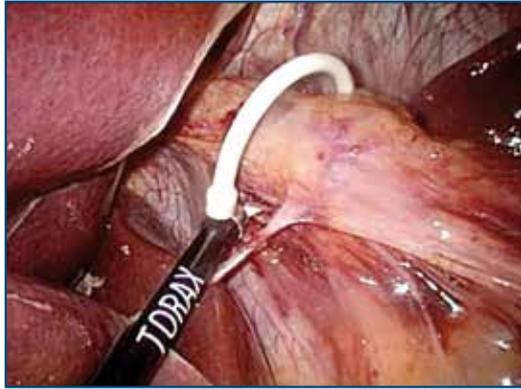


Abb 2: Messung des Umfangs des distalen Ösophagus an der Implantationsstelle zur Klärung der idealen Implantatlänge (Anzahl der Kettenglieder; min. 10, max. 18)



Abb 3: Situs nach Einbringen und Schließen des Implantates (die Fäden dienen der Erleichterung des Handlings und werden am Ende der OP entfernt)

vorliegenden Informationen zufolge sind die Ergebnisse über die ersten Jahre sehr stabil, was die Robustheit des Implantates und seiner Wirkung bestätigt.

Postoperativ ist mit einer hohen Dysphagierate über mehrere Wochen zu rechnen. Darüber und über die Nichtdurchführbarkeit einer MRT müssen LINX®-Kandidaten eingehend informiert werden.

Ein definitiver Nachteil sind die Kosten des Implantates. Naturgemäß sind Langzeitergebnisse bezüglich Effektivität und möglicher Langzeit-Auswirkungen des Implantates noch nicht vorhanden.

Die Effektivität ist bislang nur bei PPI sensibler GERD mit kleiner oder abwesender Hiatushernie untersucht worden. Das ist bislang auch die Zielgruppe für diese Methode, also jene Patienten mit leichter oder mäßiger GERD und geringer oder abwesender Hernie, die dennoch mit dem konservativen Management nicht zurechtkommen, andererseits aber nicht zur Fundoplicatio bereit sind. Der geringere Präparationsaufwand und die etwas kürzere OP Dauer mögen Argu-

mente in Hinblick auf eine geringere Belastung der Patienten zugunsten des LINX® Systems sein. Jedenfalls ist zahlenmäßig in geübten Händen kaum ein anhaltender Unterschied in der Morbidität im Vergleich zur Fundoplicatio auszumachen. Im Vergleich zur partiellen Fundoplicatio erscheint die häufig auftretende Dysphagie sogar ein Nachteil zu sein. Im Vergleich zur Nissen Fundoplicatio dürften Vorteile bezüglich Bloating und Belching bestehen.

Aus unserer persönlichen Sicht ist der Platz des LINX® Systems noch nicht ausreichend gut definiert. Standardeingriff bleibt die laparoskopische Fundoplicatio. Je nach individueller Situation und persönlicher Argumentation gegen eine Fundoplicatio kann der „magnetische Sphinkter“ mit den genannten Einschränkungen als Alternative angeboten werden. Neben den leichten Formen der GERD könnte das Implantat aufgrund der Robustheit in Zukunft eventuell auch bei der Versorgung von symptomatischen Rezidiven nach Fundoplicatio eine Rolle spielen, um ein neuerliches Rezidiv effektiver verhindern zu können. Dazu liegen jedoch noch keine Studien vor. ■

#### Korrespondenzadressen:

Prim. Univ. Doz. Dr. Johannes Zacherl  
OA Dr. B. Eltschka

Zentrum für Speiseröhren- und  
Magenchirurgie der Vinzenz Gruppe Wien

Abteilung für Allgemein Chirurgie  
Herz Jesu Krankenhaus  
Baumgasse 20a, 1030 Wien

Abteilung für Chirurgie  
St. Josef Krankenhaus Wien  
Auhofstraße 189, 1130 Wien

johannes.zacherl@sjk-wien.at

#### Literatur:

1. Anvari M et al. (2011) *Surg Endosc* 25(8): 2547-22554
2. Bonavina L et al. (2013) *Ther Adv Gastroenterol* 6(4): 261-268
3. Cook MB et al. (2014) *PLoS One* 9(7):e103508.
4. Dent J et al. (2005) *Gut* 54: 710-717
5. Desai TK et al. (2012) *GUT* 61(7):970-976
6. Faria R et al. (2013) *Br J Surg* 100(9):1205-1213
7. Finks J et al. (2006) *Surg Endosc* 20:1698-1701.
8. Ganz R. et al. (2013) *N Engl J Med* 368: 719-727.
9. Goeree R. et al. (2011) *Value Health* 14(2):263-73.
10. Hvid-Jensen F et al. (2011) *NEJM* 365(15):1375-1383
11. Koch OO et al. (2013) *Surg Endosc* 27(7):2383-2390
12. Lipham J. et al. (2012) *Surg Endosc* 26: 2944-2949.
13. Louie BE et al. (2014) *Ann Thorac Surg.* 98(2):498-505.
14. Riegler M et al. (2004) *Surg Endosc.* 2014: Epub
15. Shaheen N et al. (2006) *Am J Gastroenterol* 101: 2128-2138
16. Sheu EG et al. (2014) *Surg Endosc.* 2014: Epub
17. Thijssen M et al. (2011) *Surg Endosc* 25(10):3127-3134
18. Wileman S et al. (2010) *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD003243.
19. Zerbib F et al. (2013) *United Eur Gastroenterol J* 1: 21-31

## How I do it: Dissektion des Ligamentum hepatoduodenale

Die Dissektion des Ligamentum hepatoduodenale ist integraler Bestandteil onkologisch radikaler Resektionen hepatobiliärer<sup>1</sup> und pankreatischer<sup>2</sup> als auch ösophago-gastraler Tumore<sup>3</sup>. Auch bei benignen Erkrankungen der Gallenwege, sowie als eigenständiger Eingriff in der hepatobiliären Chirurgie, wie auch in der Transplantationschirurgie muss die Präparation in dieser Region auch unter erschwerten Bedingungen wie portaler Hypertension beherrscht werden.

Bereits präoperativ kommt der Operationsplanung anhand der Computertomografie eine große Bedeutung zu. Neben der chirurgisch-technischen Resektabilität des zu Grunde liegenden Tumors gilt anatomischen Gegebenheiten (Varietäten in der arteriellen Leberversorgung<sup>4</sup>), eventuellen Pathologien, wie Zeichen der portalen Hypertension bzw. Vorliegen einer cavernösen Transformation der Pfortader, besonderes Augenmerk.

### Chirurgische Technik:

Die Präparation des Ligamentum hepatoduodenale beginnt mit der Cholezystektomie, typischerweise beginnend mit der Ligatur des Ductus cysticus (**Abb. 1, A**). Zuvor wird mit der Diathermie das vom Operateur und der 1. Assistenz mit der chirurgischen Pinzette aufgespannte Peritoneum beginnend von lateral Leberhilusnahe inzidiert. Der Ligaturfaden am Cystikusstumpf wird angeklemt, um die Gallengangspräparation zu erleichtern. Die Arteria cystica wird präparatwärts einfach und patientenwärts doppelt mit 3-0 Vicryl ligiert und durchtrennt. Nun wird der Leberstiel mit dem linken Zeigefinger unterfahren und mittels Diathermie die Pars flaccida des Omentum minus durchtrennt. Falls nicht bereits aus der präoperativen CT bekannt, wird noch nach einer allfälligen akzessorischen rechten aus der A. mesenterica superior oder linken Leberarterie aus der A. gastrica sinistra kommand palpatorisch gesucht. Häufig wird lediglich eine tiefe Gabelung der A. hepatica communis beobachtet, wobei die A. hepatica propria dextra hinter und lateral des Gallenganges

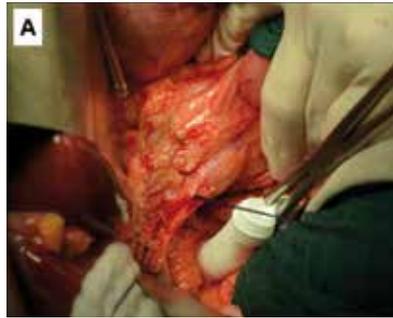


Abb. 1, A Ductus cysticus ist ligiert

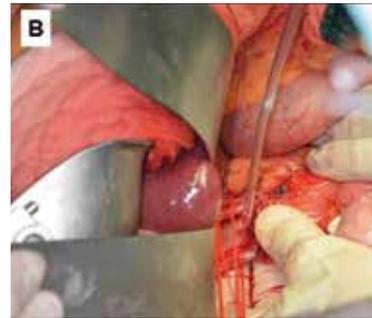


Abb. 1, B Arterien sind angeschlossen, Ductus hepaticus durchtrennt

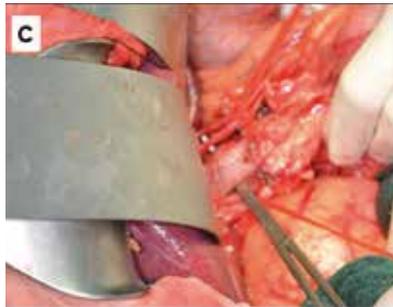


Abb. 1, C Unterfahren der Pfortader zur Dissektion der retroportalen lymphatischen Strukturen

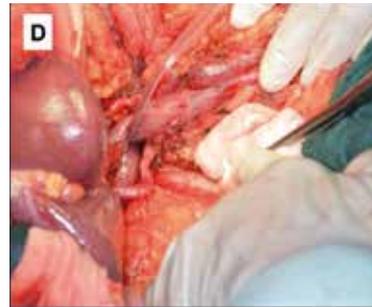


Abb. 1, D Varietät der rechten Leberarterie

verlaufen kann und so eine akzessorische Arterie, die üblicherweise hinter der Pfortader nach rechts verläuft, vortäuschen kann. Die arteriellen Gefäßstrukturen werden mittels Vessel-Loops angeschlossen und so die Lymphknotendissektion erleichtert (**Abb. 1, B**). Oft wird auch eine tiefe Aufzweigung für die linkslateralen Segmente II und III sowie für den Segmentast für SIVa und IVb beobachtet und entsprechend geschont. Mittels Overholt wird der Ductus hepaticus unterfahren und ebenso angeschlossen, so er nicht wie bei einer Pankreaskopfresektion partiell mit dem Ductus choledochus mitreseziert wird. In diesem Fall wird der D. hepaticus vorerst etwas proximal der Cystikusmündung mit einer Ligatur versorgt und durchtrennt. Nach Anschlingen und Versorgen der Abgangsstelle mittels Prolene Durchstechungsligatur wird die A. gastroduodenalis durchtrennt Die Pfortader wird ebenfalls von lymphatischem Gewebe befreit und mittels Overholt von rechts unterfahren, die Oberholt um 180 Grad gedreht und nach rechts luxiert (**Abb. 1, C**). So können die retroportalen lymphatischen Strukturen leicht durchtrennt

und weiter Richtung Pankreaskopf hin disseziert werden. Entlang der A. hepatica erfolgt die Lymphadenektomie dann weiter Richtung Truncus coeliacus (**Abb. 1, D**). Verwendet werden neben einer Präparierschere, Mixer- und Overholt-Klemme, die Diathermie, bipolare Diathermie und entsprechende Versiegelungsinstrumente. ■

### Literatur:

1. Blumgart LH (2012): *Blumgart's surgery of the liver, biliary tract and pancreas*, 5th Edition
2. Trede M (1997): *Surgery of the pancreas*
3. Songun I et al (2010): *Lancet Oncol*; 11:439-49
4. Löschner C (2013): *Fortschr Röntgenstr*; 185 ff

### Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof.Dr.Mag. Walter Mark  
Landeskrankenhaus Hall in Tirol  
Lehrkrankenhaus der Medizinischen  
Universität Innsbruck  
Abteilung für Allgemein- und  
Viszeralchirurgie  
Milsrerstraße 10  
A-6060 Hall in Tirol  
E-mail: Walter.Mark@tilak.at



W. Mark, Hall/Tirol

**Autor:**  
W. Mark, Hall/Tirol

## How I do it: Dissektion des Ligamentum hepatoduodenale

### Anatomie:

Das Ligamentum hepatoduodenale stellt einen Teil des Omentum minus, welches sich im Rahmen der Entstehung des oberen Bauchsitus aus dem Mesogastrium ventrale entwickelte, dar. Als derber Strang, beinhaltend den Ductus hepatocholedochus, die V.portae sowie die A.hepatica propria, zieht dieses von der Leber zum Dünndarm. Begleitet werden diese Leitungsbahnen von vegetativen Nervenplexen aber auch von Lymphgefäßen, weshalb der Dissektion des Ligamentum hepatoduodenale in der onkologischen Chirurgie eine große Bedeutung zukommt.



L. Manzenreiter, Linz

### Hintergrund:

Eine Einteilung der Lymphknotenstation im Rahmen der Behandlung des Magenkarzinoms erfolgte durch die Japanese Gastric Cancer Society (JGCS) und wurde in den letzten Jahren verbindlich: Kompartiment I = Lymphabflussstationen 1-6 (Lymphknoten, an der großen als auch kleinen Kurvatur des Magen lokalisiert), Kompartiment II = Lymphabflussstation 7-12 (Lymphknoten im Bereich des Truncus coelicus, der A.lienalis und der A.hepatica propria) sowie Kompartiment III = Lymphabflussstation 13-16 (paraaortale und mesenteriale Lymphknoten).

Dieser Einteilung zu Folge ist u.a die Dissektion des Ligamentum jeweils dann indiziert, wenn eine Lymphadenektomie des Kompartiments II im Rahmen der malignen Grunderkrankung und dem damit verbunden Befall der zugehörigen Lymphknotenstationen erfolgen muss. Besonders seien hier Magen-, Ösophagus-, Pankreas aber auch Leberkarzinome erwähnt. Während in einer internationalen, multi-zentrischen Studie [1] ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Langzeitüberlebensrate und der Anzahl der entnommen Lymphknoten im Rahmen der operativen Sanierung des Ösophaguskarzinom festgestellt wurde, erfolgte bzgl. der Lymphadenektomie beim Magenkarzinom, D1 versus D2 Resektion, eine jahrzehntelange

Diskussion. Während in asiatischen Ländern die D2 – Resektion 1981, den Japanese Gastric Cancer Guidelines entsprechend, standardisiert wurde, wurden in den westlichen Ländern diesbezüglich zahlreiche Studien durchgeführt, u.a die Dutch-Studie [2], in welcher hinsichtlich der Langzeitüberlebensrate der D2 Resektion zu Beginn kein Vorteil abgewonnen werden konnte. Im 15 – jährigen follow-up zeigte sich jedoch die karzinombezogene Sterberate in der D2-Gruppe (37%) wesentlich niedriger als in der D1-Gruppe (48%), sodass selbige Autoren sich für die D2-Lymphadenektomie äußerten und diese mittlerweile in unseren Regionen einen Standard in der operativen Behandlung des Magenkarzinoms darstellt. Eine gute Zusammenfassung der sich mit dieser Thematik auseinandersetzen Literatur bieten die rezent publizierten Übersichtsarbeiten von Strong et al. [3] und Wobbe O.de Steur et al.[4].

### How I do it:

Ist nun im Rahmen der Grunderkrankung eine Dissektion des Ligamentum hepatoduodenale indiziert, erfolgt an unserer Abteilung hinsichtlich der Präparation eine standardisiertes Vorgehen: Nachdem eine Oberbauchlaparatomie durchgeführt und das Ligamentum falciforme im vorderen Drittel durchtrennt wurde, erfolgt zu Beginn eine exakte Exploration des Oberbauchsitus. Stuhlerhaken sowie Zenkerring werden in typischer Art und Weise eingebracht und positioniert - in der Regel sind je nach Ausmaß der Operation zwei Assistenzen beteiligt, welche sich beide links des Patienten befinden. Um das Ligament nun systematisch zu dissezieren, sollte dieses vorerst unter leichten Zug gebracht werden. Dies gelingt sehr gut, indem unsere 1.Assistenz Magen, Duodenum und Pankreas zwischen Zeigefinger und Mittelfinger der linken Hand nach kaudal spannt, während eine Elevation der Leber im Gegenzugprinzip durch die 2.Assistenz erfolgt. Schritt für Schritt wird nun das Ligamentum hepatoduodenale, vom Leberhilus

ausgehend, nach kaudal disseziert. Für die Präparation von fettigen Strukturen kommt an unserer Abteilung die bipolare Schere (Power-Star (Covidien) zum Einsatz. Sobald Nervenstrukturen sowie Lymphknoten detektiert worden sind, erfolgt ein Wechsel der Instrumente. Mittels feiner Pinzette und Schere (Limbeck) sowie unter Verwendung von Kaustik (bipolar, Boresch) wird nun die präzise Präparation fortgesetzt (Fig.1). Generell sollte bei der Verwendung von stromführenden Geräten auf Gallengangsverletzungen geachtet werden, welche oft unerkant bleiben.

Sind V.portae sowie A.hepatica und deren Äste als auch der Ductus hepatocholedochus dargestellt, erfolgt ein Anzügeln der Strukturen. Hierfür verwenden wir Ethiloops (Medica) unterschiedlicher Farbe: blau für die Pfortader, rot für die Arterie und gelb schließlich für den Ductus hepatocholedochus. Da nun ein Überblick gewährleistet ist, wird, um nun die Lymphknoten im Bereich des Foramen epiploicum sowie retroduodenal zu dissezieren, das Kocher-Manöver in üblicher Art und Weise durchgeführt. Um den Lymphknoten 13, welcher sich bereits im Kompartiment III befindet, freipräparieren zu können, wird schließlich das Omentum minus eröffnet und dieser sodann vorsichtig von rechts nach links, dorsal des bereits präparierten Ligaments, durchgeschoben. Feine Schere und Pinzette kommen jetzt abermals zum Einsatz und die Lymphknoten entlang der A.hepatica communis werden gemeinsam mit Lymphknoten 13 entfernt. Alle Präparate, welche im Rahmen der Operation entnommen und dem Kompartiment zugehörig beschriftet wurden, werden sodann zur histologischen Untersuchung abgegeben. Grundsätzlich ist auch eine en-bloc-Präparation des gesamten Lymphknotenpaketes mit Belassung am Hauptpräparat möglich. Dies setzt eine genaue Abstimmung mit der beurteilenden pathologischen Abteilung voraus und ist im Einzelfall zu besprechen und gegeb-

nenfalls für die jeweilige Abteilung zu erarbeiten.

### Zusammenfassung:

Es ist von Vorteil, sich im Rahmen der Dissektion dieser komplexen Strukturen an eine möglichst standardisierte Vorgehensweise zu halten, da auf diese Weise einerseits gewährleistet ist, dass sämtliche lymphatische Strukturen entfernt werden und andererseits die Häufigkeit von iatrogenen Verletzungen am Gallengangssystem oder Lebergefäßen minimiert werden können. Weiters kann dadurch auch ein schrittweises Heranführen an die Operation im Rahmen der Ausbildung von jüngeren Kollegen erfolgen. ■

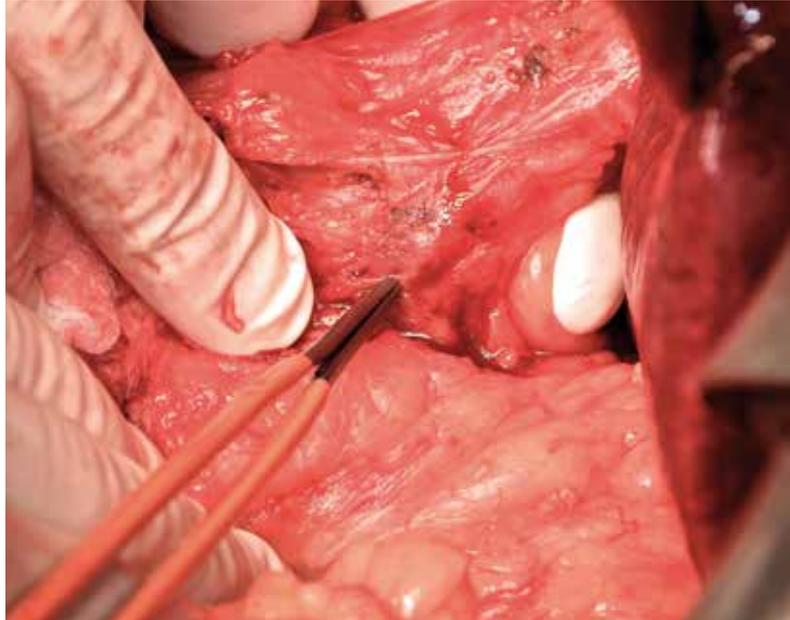


Abb. 1

### Autoren:

L. Manzenreiter, Linz;  
K. Emmanuel, Linz

### Literaturliste:

- [1] Christian G. Peyre et al., *Ann Surg* 2008;248: 549-556
- [2] Bonenkamp JJ et al., *Lancet* 1995; 345: 745-748
- [3] V. Strong et al., *World J Surg* 2013; 37:1773-1777
- [4] Wobbe O. de Steur et al., *Dig Surg* 2013; 30:96-103

### Korrespondenzadresse:

Ass. Dr. Lisa Manzenreiter  
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz  
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Seilerstätte 4, 4010 Linz  
E-Mail: lisa.manzenreiter@bhs.at

Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel  
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz  
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Seilerstätte 4, 4010 Linz  
E-Mail: klaus.emmanuel@bhs.at

## Radikalitätsprinzipien: Gallenblasenkarzinom

### Einleitung

Das Gallenblasenkarzinom ist mit ca. 2000 Neuerkrankungen im Jahr in Deutschland selten, allerdings mit einer sehr schlechten Prognose assoziiert. Die Mehrzahl der Karzinome wird im Rahmen einer Cholezystektomie diagnostiziert, bei ca. 3 % aller durchgeführten Cholezystektomien findet sich ein Gallenblasenkarzinom. Zum Zeitpunkt der Diagnose liegt durchwegs ein fortgeschrittenes Tumorstadium vor. Dies und die besondere Lokalisation am Leberhilus mit frühzeitiger Infiltration benachbarter Strukturen sowie der komplexe Lymphabfluss sind zum Teil für die schlechten Überlebensraten verantwortlich. Neben der Infiltrationstiefe in die Gallenblasenwand, der Lokalisation an der Gallenblase erfordern die Kenntnis des Lymphabflusses eine besondere Betrachtung und vor allem chirurgische Strategie. Vier wesentliche Lymphabflusswege sind bekannt, der retropankreatische Weg, die coeliacale und mesenteriale Drainage und der leberorientierte Abstrom. N1 beschreibt die Lymphknoten im Ligamentum hepatoduodenale, distantere Lymphknoten am Truncus coeliacus, Arteria mesenterica superior und paraaortal entsprechen einer N2 Situation und sind einem Stadium IV gleichbedeutend (1). Problematisch ist der lebergerichtete Abfluss, häufige Ursache für Lebermetastasen und einem peritonealen Befall am Zwerchfell sowie Lymphknotenmetastasen im Mediastinum. Darüber hinaus treten frühzeitig eine Peritonealkarzinose und eine hämatogenen Metastasierung auf.



A. Königsrainer, Tübingen

### Chirurgische Strategie:

Die Resektion ist die einzige potenziell kurative Option im Stadium I-III und ist prinzipiell auch noch im Stadium IV a (T4 N0-1, M0) möglich. Das chirurgische Vorgehen orientiert sich am Tumorstadium und reicht von der einfachen Cholezystektomie bis zur radikalen En-bloc Resektion der extrahepatischen Gallenwege in Kombination mit einer Trisektorrektomie der Leber (erweiterte Hemihepatektomie- Segment I, IV-VIII), Pfortadergabelresektion und Lymphadenektomie. Bei unzureichender funktioneller Reservekapazität der verbleibenden Leber kann eine transhepatische partielle Pfortaderembolisation zur Augmentation der Leber oder auch ein zweizeitiges Vorgehen (In-Situ-Split) erforderlich werden. Sollte bereits primär die Verdachtsdiagnose eines Gallenblasenkarzinoms vorliegen müssen diese Überlegungen in der Planung des Eingriffes Berücksichtigung finden, um den Patienten initial einer kurativ intendierten Operation zuführen zu können. Anders ist die Situation beim inzidentell diagnostizierten Karzinom, welches in über 90% der Fälle eine radikal intendierte Reoperation erfordert. In einer retrospektiven Analyse eines großen Patientenkollektives fand sich in über 60% ein pT2 und bei 25% ein pT3 Stadium mit positiven Lymphknoten in bis zu 80% der Patienten. Ebenso fanden sich bei 16% der pT2 Tumoren und 42% der pT3 Tumoren bereits Lebermetastasen oder eine Peritonealkarzinose (2). Dies legt nahe, dass bei Patienten mit einem primär diagnostizierten Karzinom die diagnostische Laparoskopie relevant ist. Wird das Gallenblasenkarzinom nach einer laparoskopischen Cholezystektomie diagnostiziert, ist darüber

hinaus gerade bei fortgeschrittenen Tumoren die Resektion der Portein-stichstellen zu fordern.

### Stadiengerechtes Vorgehen:

pT1a: Bei histologisch negativem Absetzungsrand am Ductus cysticus ist die einfache Cholezystektomie ausreichend und die Prognose exzellent.

pT1b: Ab diesem Stadium ist die erweiterte Cholezystektomie, die möglichst offen erfolgen sollte das Standardvorgehen. Dies beinhaltet neben der Cholezystektomie die Resektion einer mindestens 2 cm breiten Manschette (Segment IV und V) um das Gallenblasenbett, der extrahepatischen Gallenwege (bei positivem Schnitttrand am Ductus cysticus) und die Lymphadenektomie am Ligamentum hepatoduodenale. Dieses Vorgehen ist beim älteren Patienten oder bei relevanten Komorbiditäten kontrovers, allerdings belegen retrospektive Ergebnisse einen signifikanten Überlebensvorteil von über 3 Jahren im median gegenüber der alleinigen Cholezystektomie (3).

T2/pT2: Bei dieser Konstellation ist die erweiterte Cholezystektomie alternativlos indiziert. In über 50% der primär wegen eines vermuteten Gallensteinleiden operierten Patienten findet sich im Nachresektat Tumor und bei über 30% Lymphknotenmetastasen (4).

T3/T4: Die Empfehlungen divergieren von nicht chirurgischen

Palliativmaßnahmen über die erweiterte Cholezystektomie bis zur erweiterten Resektion, die neben der Trisektorrektomie der Leber, die Resektion der extrahepatischen Gallenwege verbunden mit einer Pankreaskopfresektion sowie Pfortadergabelresektion beinhalten.

Letzteres zeigte in unterschiedlichen Fallserien Langzeitüberleben bei T3 Tumoren in bis zu 45% und bei T4 Tumoren immerhin noch von 25%. Allerdings gehen diese Prozeduren mit einer Komplikationsrate von 50% und einer Mortalität von 15-20% einher (5). Legt man diesem aggressiven Konzept die Tumorbiologie und die lymphogene sowie perineurale Ausbreitungswege zugrunde, ergibt sich eine Berechtigung dieses Verfahren gerade jüngeren und fitteren Patienten anzubieten, denn nur so ist eine wahrscheinlich kurative intendierte Operation zu erreichen. Die Dissektion der N2-Lymphknoten wird nicht empfohlen, sind diese vergrößert sollte vor einer erweiterten Resektion ein Tumorbefall geklärt werden. Nachdem positive N2-Lymphknoten mit einem Stadium IVb gleichzusetzen sind relativiert sich ein erweitertes Vorgehen, denn man muss von einer palliativen Situation ausgehen. Anders herum ist es aber auch nicht gerechtfertigt einem Patienten in gutem Allgemeinzustand eine potenziell kurative Operation vorzuenthalten, wenn in der Bildgebung im N2-Level vergrößerte Lymphknoten beschrieben werden. Hier empfiehlt sich die Histologiegewinnung mittels Punktion oder Laparoskopie, Minilaparotomie.

Wird ein fortgeschrittenes Karzinom im Rahmen einer primär intendierten Cholezystektomie intraoperativ festgestellt, empfiehlt es sich die Operation als Exploration ohne Cholezystektomie zu beenden, ein Staging durchzuführen und den Patienten sekundär der kurativen Operation zuzuführen. Bei fehlender Expertise ist eine frühzeitige Verlegung an ein Hepatobiliäres Zentrum sinnvoll.

#### Zusammenfassung:

Die radikale Resektion ist die einzige kurative Therapieoption. Die schlechte Prognose des Gallenblasenkarzinoms ist zum Teil tumorbiologisch aber auch therapeutisch bedingt, d.h. eine stadiengerechte Therapie erfordert eine entsprechende hepatobiliäre Expertise und ist für den Patienten prognoserelevant. ■

#### Literatur:

1. Uesaka K. et al. (1996): *J Am Coll Surg* 183:345.
2. Pawlik TM. et al. (2007): *J Gastrointest Surg* 11:1478.
3. Abramson MA. et al. (2009): *HPB (Oxford)*. 11:656.
4. Shimada H. et al. (1997): *Cancer*. 79:892.
5. Shirai Y. et al. (1992): *Eur J Surg* 158:545.

#### Autor:

A. Königsrainer, Tübingen

#### Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof Dr. A. Königsrainer  
Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie  
Hoppe-Seylerstrasse 3  
D-72076 Tübingen, Deutschland  
E-Mail: [alfred.koenigsrainer@med.uni-tuebingen.de](mailto:alfred.koenigsrainer@med.uni-tuebingen.de)



# corner

Dr. Georg Györi  
Univ. Klinik f. Chirurgie  
Klin. Abt. f. Transplantation  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien  
[georg.gyoeeri@meduniwien.ac.at](mailto:georg.gyoeeri@meduniwien.ac.at)



## CliniCalc Medical Calculator

### Liebe LeserInnen!

Medizinische Rechenprogramme – neudeutsch medical calculators – gehören wahrscheinlich zu den meistverbreitetsten Apps unter Ärzten. Durchsucht man die App-Stores nach solchen Programmen erhält man eine schier unüberschaubare Liste an Anwendungen. Wir haben daher für sie in dieser Ausgabe Medical Calculators getestet.

Nach dem Praxistest mehrerer Apps hat uns vor allem der CliniCalc Medical Calculator von Medicon Applications überzeugt. Dieser kommt gratis als Basisversion mit den wichtigsten Funktionen. Über einen InApp Kauf kann man auf die Vollversion um derzeit € 4,49 upgraden, was im Vergleich zu anderen Rechen Apps am unteren Ende der Preisskala angesiedelt ist.

Es sind schon in der Basisversion etwa 80 Formeln inkludiert, in der Vollversion werden noch einmal 80 weitere freigeschaltet. Die Bedienung ist einfach und intuitiv.

Am rechten Bildschirmrand kann man die Einheiten ändern und kann so Befunde unterschiedlicher Systeme ohne Adaptation einsetzen.

Alle Scores und Formeln sind in Kategorien nach Fachgebieten eingeteilt, können aber auch über die Volltext Suche gefunden werden, was umständliches Browsen erspart. Es ist auch möglich eine eigene Favoritenliste anzulegen. Die zuletzt am häufigsten verwendeten Formeln werden automatisch vom Rechner in einer eigenen Liste abgelegt.

In einer eigenen Informationsansicht wird der Hintergrund zu den Formeln und die Interpretation des Scores erklärt. Das macht diese App auch für Ärzte in Ausbildung und bei der Interpretation von Scores in Arztbriefen fachfremder Disziplinen sehr hilfreich.

Zusammenfassend kann man sagen, dass mit CliniCalc eine gute und umfassendere Medical Calculator zur Verfügung steht, der schon in der kostenlosen Basisversion die meisten Bedürfnisse abdeckt und daher auf keinem Smartphone fehlen sollte.

## Das war der 55. Österreichische Chirurgenkongress

Die 55. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie fand vom 25. bis 27. Juni 2014 im Messe-Kongresszentrum Graz statt. Der ursprüngliche, traditionelle Termin zu Fronleichnam hatte wegen der überraschenden, praktisch zeitgleichen Terminisierung des Formel-1 Grand-Prix in Spielberg verlassen werden müssen. Die Terminänderung eröffnete die Gelegenheit, den Kongress erstmals nicht von Donnerstag Vormittag bis Samstag Mittag, sondern von Mittwoch Vormittag bis Freitag Mittag abzuhalten.



F.-M. Smolle-Jüttner, Graz

Am Vorabend des Kongressbeginns fand im Bühnensaal des Schlossbergrestaurants bei prachtvoller Blick auf Graz das traditionelle Expertenmeeting statt. Nach einer kurzen Begrüßung, die wetterbedingt in den Saal verlegt werden musste, begann der wie immer rege nationale und internationale Erfahrungsaustausch. Der Generalsekretär Prof. Dr. Albert Tuchmann stellte die Biografie der Präsidentin in seinem unverwechselbaren, prägnanten und zugleich launigen Stil dar.

Am 25. Juni 2014 begann die Eröffnung um 9:00 Uhr. Die schwungvolle musikalische Untermalung wurde von der Bigband der Medizinischen Universität Graz übernommen, einer Gruppierung, die sich ausschließlich aus Studierenden der Medizin zusammensetzt, und in guter interuniversitärer Zusammenarbeit von Nicolo Loro Ravelli, einem Studierenden der Kunstuniversität Graz, geleitet wurde.

### Kongresseröffnung / Eröffnungsrede

*Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich will nicht über das Generalthema „Grenzen der Chirurgie“ sprechen – es wird in den folgenden Tagen in vielen hochkarätigen Präsentationen und Diskussionen behandelt werden.*

*Ich will stattdessen auf eine andere Art von Grenze hinweisen, die die Medizin insgesamt, im Besonderen aber die Chirurgie heute zunehmend in eine Sackgasse führt. Anhand eines Falles möchte ich das Dilemma, die Fehlentwicklung der heutigen Medizin illustrieren.*

**Autorin:**

F.-M. Smolle-Jüttner, Graz

*Vor ziemlich genau einer Woche wurden wir vom Hubschrauber alarmiert. Ein Thoraxstich in Herznähe war angekündigt. Ein Operationssaal wurde sofort freigemacht, die Herzlungenmaschine bereitgestellt. Der Patient kam mit dem parasternal steckenden, großen Messer in den Schockraum. Der Messergriff bewegte sich pulssynchron. Wir wollten den Patienten sofort in den Operationssaal bringen.*

*Das war aber nicht möglich, denn an der Klinik wurde erst kürzlich das Schockraummanagement eingeführt. Der kraft eines absolvierten Kurses ernannte Traumaleader wollte die Trauma-Checkliste abarbeiten. Harnkatheter, Monitoring, Thoraxröntgen... eine schwere Decke wurde über den Patienten, über den Messergriff geworfen, denn laut*

*Checkliste musste er gewärmt werden. Es kam zu unschönen Szenen, zu heftigen Wortgefechten. Dann durfte der Patient endlich in den Operationssaal, mit glücklicherweise positivem Ausgang.*

*Das ist leider das neue Gesicht der Medizin: Richtlinien, Leitlinien, Prozessdefinitionen, SOP's, Checklisten, Dokumentation – Reglementierung eines jeden Handgriffs mit genauer Zuteilung der Kompetenzen. All das geschieht unter dem Deckmantel der Qualität und Ökonomisierung. Beides trifft nicht zu, denn genau dieser Wust an Formalisierung und Bürokratisierung macht das System teuer, behäbig und letztlich minderqualitativ.*

*Kritik am System wird allerdings nicht gern gehört. Schließlich seien Abläufe allenthalben nur mittels tiefgreifender Reglementierungen denkbar. Schließlich gäbe es Checklisten ja auch in der Luftfahrt. Nun – ganz abgesehen davon, dass Mensch und Flugzeug schon aus der Sicht der Systemtheorie nicht vergleichbar sind (das eine ist ein komplexes, das andere ein kompliziertes System), ist nicht einmal ein gesunder, menschlicher Organismus in seiner Komplexität mit einem Flugzeug auch nur annähernd vergleichbar. Einen kranken Menschen mit einem Fluggerät gleichzusetzen halte ich für frivol.*

*Während Checklisten das Flugwesen mit seinen – letztlich überschaubaren Möglichkeiten an Fehlern und Fehlfunktionen – tatsächlich sicherer machen, können sie daher für Patienten eine Gefahr darstellen: Bewegt sich eine individuelle Casuistik nicht im Rahmen der antizipierten Möglichkeiten, ist Fehlbehandlung vorprogrammiert.*

*Aber ist „Sicherheit“ für den Patienten die eigentliche Triebfeder für die um sich greifenden Formalisierungen? Nein. Es ist die Angst. Wir müssen in einem angstgetriebenen System arbeiten, das primär durch die vorauseilende Sorge vor einer Klage aus der nächstbesten Anwaltskanzlei bestimmt wird – und nicht durch tatsächliche Qualitätsansprüche. Alles muss seine „juridische Korrektheit“ haben – ohne dadurch richtig sein zu müssen (bzw. zu können). Und so werden „korrekte Prozessabläufe“ wichtiger als das Ergebnis: Hart ausgedrückt: Prozess korrekt – Patient tot – keine Klage – alles bestens. Die legitimierte Fehlbehand-*

Abb. 1: Die Studierenden- Bigband der Medizinischen Universität Graz schaffte einen schwungvollen musikalischen Rahmen für die Eröffnung des Kongresses.



lung, gewissermaßen. Sie bemerken: Ich polemisiere. Und ich tue das ganz bewusst.

Durch Checklisten, SOP's, durch Prozesse also, begegnet man der Angst, in der Annahme, dadurch die Verantwortung abzugeben, die Verantwortung „los zu sein“. Das System bringt damit im wahrsten Sinne des Wortes Verantwortungslosigkeit hervor. Denn SOP's und Standards schaffen auch Distanz und Desinteresse. Sie nehmen individuelle Entscheidungsfreiheit, führen letztlich zum Kompetenzverlust. Unangenehm ist dabei: Die SOP, die schiere Inkompetenz kompensieren kann, gibt es nicht. Ein Kollege hat es sehr treffend auf den Punkt gebracht: Die jungen Chirurgen haben so viel Angst davor, das Falsche zu tun, dass sie nicht mehr lernen, was das Richtige ist. Und das bringt mich zur Frage des Nachwuchses in der Medizin. Wir haben heute Nachwuchsprobleme. Nicht nur in unserem so faszinierenden Fach. Generell. Man sagt uns, das sei eben die „Generation Y“. Eine hedonistische Masse, die nur die am wenigsten arbeitsintensive und dabei einträglichste Überbrückung zwischen Studium und Pension anstrebt. Ich glaube das nicht.

Ich sehe unsere Studierenden – es sind ja gar nicht wenige davon hier im Saal. Sie haben sich dem Auswahlverfahren unterzogen. Sie meistern die ambitionierten Anforderungen des neuen Curriculums. Und darüber hinaus entwickeln sie so viel Eigeninitiative: Sei es das Teddybärkrankenhaus, sei es studentische Forschung, Organisation eines internationalen Studierendenkongresses, eines eigenen Chors, einer Bigband und vieles mehr. Nein, diese jungen Leute sind nicht desinteressiert, materialistisch und abgebrüht.

Sie haben aber das wache Auge der Jugend und sehen genau, wo es an unserem System krankt. Und dort, wo man nicht das anwenden darf, was man im Studium gelernt hat, wo man nicht mehr einfach ein guter Arzt werden darf, sein darf, sondern für jeden Handgriff quasi ein Bittgesuch einlegen muss, Medizin „nach Kochbuch“ (und dazu noch oft nach einem minderqualitativen) betreiben muss, verlässt sie der Enthusiasmus. Wenn der Arztberuf nichts Besonderes mehr ist, zur reglementierten Fließbandarbeit verkommt, ist er nicht mehr erfüllt und erfüllend. Ein Job eben. Und der muss gut bezahlt sein, da mag man sich auch nicht anstrengen – wozu denn auch? Die Formalisierung bringt Probleme, schafft Frustration. Aber das heißt nicht, dass es so bleiben muss.

Die beste Qualitätssicherung ist und bleibt die ehrliche, von Empathie und Verantwortungsgefühl getragene Arzt-Patient-Beziehung. Und gleiches gilt übrigens für die Pflegeberufe. Intakter Berufsethos bringt ganz von selbst Sorgfalt und Umsicht, aber auch in der entsprechenden Situation persönlichen Mut zur Entscheidung hervor. Dieses individuelle Bewusstsein der Eigenverantwortung gilt es unter Beibehaltung aller wissenschaftlichen Grundlagen der Evidenzbasiertheit wiederherzustellen – zugleich mit der Freiheit, Dinge so zu tun, wie es richtig ist. Mit der nötigen, situationsadäquaten Flexibilität. Es wird nicht leicht sein den Paradigmenwechsel zu vollziehen, und es wird lange dauern. Daher müssen wir ihn beginnen.



Abb. 2: Prof. Buhr (links) und Prof. Friehs (rechts), die beiden neuen Ehrenmitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie.

Es folgten die Eröffnungsworte von Prof. Dr. Albert Tuchmann, dem Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, der die gute Zusammenarbeit mit der Industrie und die damit verbundene, verstärkte Nachwuchsförderung herausstrich.

In seinen Grußworten betonte der Rektor der Medizinischen Universität Graz, Univ. Prof. Dr. Josef Smolle die Bedeutung der Chirurgie in Forschung und Lehre und wies auf den Stellenwert der möglichst frühen praktischen Tätigkeit hin. Frau Gemeinderat Elisabeth Potzinger als Vertreterin der Stadt Graz sowie von Frau Landesrat Dr. Bettina Vollath als Vertreterin des Landes Steiermark betonten die Bedeutung des Wissenschaftsstandorts Graz und die hohe Wertschöpfung durch Forschung und Entwicklung in der Steiermark.

Gemäß einem Beschluss des Vorstandes wurden heuer nur **zwei Ehrenmitgliedschaften** verliehen. Die eine erging an Prof. Dr. Heinz-Johannes Buhr für seine Pionierstellung in der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie und deren Verflechtung mit der österreichischen Chirurgie. Die zweite Ehrenmitgliedschaft wurde an Univ. Prof. Dr. Gerhard B. Friehs für seine hervorragenden, länderübergreifenden Leistungen in der onkologischen, hyperbaren und experimentellen Chirurgie, der Thoraxchirurgie sowie in der interventionellen Endoskopie verliehen.



Abb. 3: Der Gewinner des Theodor-Billroth-Preises 2014, Dr. Patrick Starlinger, mit Prof. Dr. Albert Tuchmann und Prof. Dr. Freyja-Maria Smolle-Jüttner.

- Der **Theodor-Billroth-Preis 2014 der ÖGC** wurde nach übereinstimmendem Votum aller Jurymitglieder an Dr. Patrick Starlinger für die Arbeit „*Evidence for Serotonin as a Relevant Inducer of Liver Regeneration after Liver Resection in Humans*“ verliehen. Der **Preis der ACO-ASSO** ging an cand. med. Thomas Schweiger für die Arbeit “EGFR, BRAF and KRAS Status in Patients Undergoing Pulmonary Metastasectomy from Primary Colorectal Carcinoma: A Prospective Follow-Up Study.”

An zehn der 33 Kolleginnen und Kollegen, die im Dezember 2013 die Facharztprüfung in Chirurgie mit Erfolg abgelegt hatten, konnten die Dekrete persönlich überreicht werden. Im Anschluss daran erfolgte der Dank an die zahlreichen Aussteller und Repräsentanten der Firmen für deren Kooperation und die Eröffnung der Industrieausstellung.

### Wissenschaftliches Programm / neue Sitzungen

Der Kongress war mit 1114 Teilnehmern erfreulich gut besucht. Wir durften 44 Aussteller und Sponsoren begrüßen. In vier Lunchsymposien wurden von der Industrie neue medizintechnische Entwicklungen vorgestellt. Der auch heuer wieder angebotene Laparoskopiekurs wurde von 23 Teilnehmern besucht.

Das wissenschaftliche Programm umfasste 365 Vorträge und 42 Posterpräsentationen. Sehr großes Interesse fanden die Hauptsitzungen, die von hochrangigen, österreichischen Spezialisten im Bereich Leber-, Pancreas-, Colon-, Plastisch-rekonstruktive- bzw. Thoraxchirurgie unter Einbeziehung internationaler Referenten ausgerichtet worden waren. Darüber hinaus fanden die Sitzungen „Alt trifft Jung“, bei der die Probleme des Nachwuchses in der Chirurgie erörtert wurden und „Ideen von Früher und ihre Bedeutung für die moderne Chirurgie“, wo sich zeigte, dass nicht alles vermeintlich Neue wirklich so neu ist, großes Interesse.

Highlights waren die von „European Surgery“ und vom „British Journal of Surgery (BJS)“ gesponserten Invited Lectures. Prof. Dr. Jonathan Earnshaw, der Editor des „BJS“, stellte in einem ebenso pointierten wie instruktiven Referat die Kriterien dar, die ein Manuskript erfüllen muss um



Abb. 4: Prof. Dr. Hubert Hauser überreicht den Preis der ACO-ASSO an cand. med. Thomas Schweiger.

eine Chance für die Veröffentlichung im “BJS” zu haben. Prof. Dr. Markus Margreiter präsentierte eine ausgewogene Darstellung des aktuellen Stands der Roboterchirurgie in ihrem Spannungsfeld zwischen Qualitätsgewinn und Kosteneffizienz.

Das OP-Pflegesymposium, bei dem 9 Vorträge gehalten wurden, fand mit rund 100 Teilnehmern außergewöhnlich großes Interesse.

Wir legten bewusst besonderes Augenmerk Richtung Nachwuchs und Jungärzte. Im Rahmen des mittlerweile gut etablierten Young Surgeons Forum wurden in zwei Sitzungen die Arbeiten der jungen Forscher unter den Chirurgen vorgestellt. Eine weitere Sitzung war für Diplomarbeiten und Dissertationen aus dem Fachgebiet Chirurgie reserviert. Die drei jeweils besten Präsentationen in den beiden Foren wurden prämiert.

Großes Interesse fand am Donnerstag, dem 26. Juni 2014, die Aktion „Chirurg für einen Tag“, die sich an interessierte Jugendliche der 6. und 7. Oberstufenklassen in Grazer Schulen richtete. Entsprechend dem Prinzip „first come, first served“ hatten sich für die limitierten Plätze



Abb. 5: Die neuen Fachärzte für Chirurgie nach der feierlichen Verleihung der Dekrete.

54 Schüler aus verschiedenen Schulen aus Graz und Wien gemeldet. Nach einer Einführung, in der das Berufsfeld „Chirurgie“ dargestellt wurde und bei der junge Chirurgen und Chirurginnen den Jugendlichen Rede und Antwort standen, hatten die Jugendlichen Gelegenheit am POP-Trainer, an Bananen und am DaVinci Roboter eigene Erfahrungen zu sammeln. Der ORF dokumentierte die Aktion in einem Fernsehbericht. Medialen Niederschlag fand die Tagung darüber hinaus in einem Bericht in der „Kleinen Zeitung“ und in der „Krone“.

Der letzte Kongresshalbtage, der Vormittag des Freitags, 27. Juni 2014, war im Gegensatz zu den früheren Samstag-Halbtagen sehr gut besucht, sodass das Konzept der Verlegung des Kongresses in die Wochenmitte durchaus positiv bewertet werden kann.

### Gesellschaftliches Rahmenprogramm

Mittwoch abends fand der Empfang des Bürgermeisters der Stadt Graz statt, bei der die Besucher während der Ausführungen nicht nur Gelegenheit hatten im Sitzungssaal des Gemeinderats Platz zu nehmen, sondern auch vom Balkon des Rathauses einen nur Wenigen vorbehaltenen Blick auf Graz genießen durften.

Am Donnerstag war der traditionelle Festabend angesetzt, der in der barocken Aula der alten Universität stattfand. Auch in diesem Rahmen war die musikalische Untermauerung „rein medizinisch“ in Form der Studenten-Jazzband „Med-Five“. Nach dem Dessert frequentierten viele Gäste die Bar, wo man sich bis in die Morgenstunden bestens unterhielt.

Bei der **Schlussveranstaltung** wurden die während des Kongresses zuerkannten Preise verliehen:

Dr. Christian Pizzera erhielt den Preis der AMIC für die Präsentation „Laparoskopische Fixation des Colon ascendens und Coecums bei coecalem Volvulus“. Drei Preisträger wurden im Rahmen des „Young Surgeons Forum“ ausgewählt. Die in diesem Rahmen vergebenen Kongressstipendien der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie erhielten Dr. Franka Messner (1. Platz) für *“The Effect of Preservation Solutions HTK, HTK-N and TiProtec on Various Tissue Components using a Rat-Hind-Limb-Transplantation Model”*, Dr. Andrea Bradatsch (2. Platz) für *“The occult parathyroid adenoma – a challenge to the surgeon”* und cand. med. Thomas Schöffmann (3. Platz) für *“Konservative Therapie von Gallensteinen mittels ESWL: Kritische Beurteilung der Ergebnisse nach 20 Jahren Verlaufsbeobachtung”*. Die Preise für die besten Diplomarbeiten bzw. Dissertationen ergingen an Adrian Türkcan, B.Sc. (1. Preis) für *“Cadmium-A Novel Risk Factor for Cardiac Fibrosis and Hypertrophy”*, Susanne Samadinger (2. Preis) für *“Erste erfolgreiche Implementation eines geschlossenen, minimal invasiven extrakorporalen Herz-Lungenmaschinensystems bei herzchirurgischen Eingriffen an angeborenen Herzfehlern”* und Matthias Kelm (3. Preis) für *“Kombination der Pfortaderembolisation mit subcutaner Hormongabe in der Leberchirurgie: eine Chance zur Verbesserung der Leberhypertrophie mit Erhöhung der Operabilität?”*

Nach nochmaligem Dank an alle, die zum Gelingen des Kongresses beigetragen hatten, allen voran Prof. Dr. Albert Tuchmann, dem Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, an die beiden Kongresssekretäre, Doz. Dr. Jörg Lindenmann und Dr. Nicole Neuböck, an Frau Bianca Theuer von der Medizinischen Akademie, an die Sekretärin der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Frau Sigrid Ecker, und an die Repräsentanten der Sponsoren und Aussteller wurde das Steuerrad an Prof. Dr. Reinhold Függer, den kommenden Präsidenten der ÖGC übergeben, der zum Kongress 2015 nach Linz einlud.



Abb. 6: Die barocke „alte Aula“ der Universität als würdiger Rahmen für den Festabend.



Abb. 7: Die Medizin-Studierenden-Jazzband „Med-Five“ sorgte für Stimmung während des Festabends.



Abb. 8: Übergabe des Steuerrades an Prof. Dr. Reinhold Függer (rechts).

### Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Freyja-Maria Smolle-Jüttner  
 ÖGC-Präsidentin 2013/14  
 Univ.-Klinik für Chirurgie (MUG)  
 Klin. Abteilung für Thorax- und Hyperbare Chirurgie  
 Auenbruggerplatz 29, 8036 Graz  
 Tel. +43 (0)316 385-13302, E-Mail: freyja.smolle@medunigraz.at



# 56. Österreichischer Chirurgenkongress

3. - 5. Juni 2015 | Linz



## *Chirurgische Infektionen – eine unterschätzte Gefahr?*

Kongresspräsident:

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Függer**

Kongresssekretäre:

**OA Dr. Ulrike Enkner**

**OA Dr. Odo Gangl**

**Dr. Peter Adelsgruber**

Organisation und Information:

Wiener Medizinische Akademie, Bianca Theuer

1090 Wien, Alser Straße 4

T +43 1 405 13 83 12, F +43 1 407 82 74

bt@medacad.org

www.medacad.org

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



# Protokoll der VOLLVERSAMMLUNG der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

vom Donnerstag, dem 26. Juni 2014, von 12:30 bis 14:20 Uhr,

im Saal 10, Messe Congress Graz,

Messeplatz 1, 8010 Graz

(im Rahmen des 55. Österreichischen Chirurgenkongresses)

Die Präsidentin eröffnet die Vollversammlung um 12:30 Uhr und begrüßt die Teilnehmer. Da weniger als ein Drittel der Mitglieder anwesend ist, wird statutengemäß 15 Minuten gewartet, bis um 12:45 Uhr die

## ad 1) Feststellung der Beschlussfähigkeit

erfolgen kann.

## ad 2) Bericht der Präsidentin, Prof.Dr.F.-M. Smolle-Jüttner

Der im Gange befindliche Chirurgenkongress verläuft äußerst zufriedenstellend: bis Freitag Mittag wurden 1.005 Teilnehmer registriert. Der Kongress bietet 365 Vorträge, 42 Posterpräsentationen, 4 Lunchsymposien, ein OP-Pflegesymposien sowie Fortbildungskurse für laparoskopische Chirurgie.

Im Rahmen des Young Surgeons Forum fanden 2 Sitzungen mit 17 Referaten statt. Sehr gut angenommen wurden auch die beiden neuen Sitzungen mit Dissertationen und Diplomarbeiten zum Thema Chirurgie sowie eine Veranstaltung für Schüler mit dem Titel „Chirurg für einen Tag“.

44 Aussteller aus Pharma- und Medizintechnikindustrie sowie medizinische Verlage stellen ihre Produkte vor.

## ad 3) Bericht des Generalsekretärs, Prof.Dr.A. Tuchmann

Prof.Tuchmann gibt eingangs den Mitgliederstand per 26. Juni 2014 bekannt:

Aufnahmeanträge für die Stammgesellschaft seit der letzten Vollversammlung 2013/Wien:

☑ Ordentliche Mitglieder	84
☑ Fördernde Mitglieder	9
☑ Stammgesellschaft (ÖGC)	2.167 Mitglieder
☑ Stand in der Mitgliedergesamtdatei (d.h. Stammgesellschaft + 24 assoziierte Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften)	5.337 Mitglieder

Außer der Präsidiumssitzung und den drei Vorstandssitzungen wurden drei weitere Sitzungen des erweiterten Präsidiums abgehalten.

Prof.Tuchmann reflektiert die 8 Punkte seines Programms, die er vor einem Jahr vorgestellt hat:

1. Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie ist in erster Linie eine **wissenschaftliche Gesellschaft**. Die Zeitschrift „Chirurgie“ hat sich gut etabliert, sie verfügt über ein ansprechendes Layout und wertvolle Beiträge, insbesondere für die Fortbildung des chirurgischen Nachwuchses. Die Kooperationsvereinbarung zwischen ÖGC und BÖC wurde für weitere drei Jahre verlängert.
2. Die **Chirurgische Facharztausbildung**, nun Weiterbildung genannt (man beachte die neue Terminologie) ist der Gesellschaft ein zentrales Anliegen (siehe Aktionskomitee Prof.Mischinger).
3. **Öffentlichkeitsarbeit**, früher PR, wird mit neuer Agentur und definierten Zielen fortgeführt.
4. **Internationalität**: Die Chirurgenkongresse der USA, Deutschland und Schweiz wurden besucht und damit internationale Verflechtung gepflegt.
5. **Standespolitik**: Dieser kann sich auch die ÖGC als wissenschaftliche Gesellschaft nicht entziehen; kooperiert wird mit dem Berufsverband.
6. **Ökonomie**: Es soll einfach „mehr Geld in die Hand genommen werden“, hauptsächlich für die Nachwuchsförderung. Die Anzahl der Fördernden Mitglieder wurde von 7 auf 16 erhöht. Weitere Fördernde Mitglieder sollen akquiriert werden.
7. **Demokratische Meinungsäußerung** und Konsensfindung sind willkommen.
8. **Kommunikation**: Es finden nun auch regelmäßig Sitzungen des „erweiterten Präsidiums“ statt – Jede Meinung ist willkommen! Ebenso erfolgen regelmäßige Treffen mit der Industrie, das letzte am 18. Juni 2014. Als vorläufiges Ergebnis dieser Gespräche steht fest, dass die Österreichischen Chirurgenkongresse nur mehr Mittwoch bis Freitag stattfinden werden, der Samstag ist kongressfrei.

#### ad 4) Änderung der Statuten: Aufnahme von Fördernden Mitgliedern durch den Vorstand, Prof.Dr.A.Tuchmann

Um das Aufnahmeverfahren für Fördernde Mitglieder abzukürzen, wurde vom Vorstand unter Mitarbeit eines Juristen eine Statutenänderung ausgearbeitet (in den §§ 7, 9, 12 und 16), die besagt, dass die Kompetenz zur Aufnahme von Fördernden Mitgliedern von der Vollversammlung auf den Vorstand übergehen soll. Damit sind neue Fördernde Mitglieder bereits ab der folgenden Vorstandssitzung zahlungsberechtigt.

Der Antrag um Genehmigung der neuen Statuten kommt zur Abstimmung und wird einstimmig durch die Vollversammlung angenommen.

#### ad 5) Öffentlichkeitsarbeit, Prof.Dr.A.Tuchmann

Diese wird von Peri Consulting ([www.periconsulting.at](http://www.periconsulting.at)) durchgeführt mit den Schwerpunkten Berufsbild des Chirurgen (Wahrnehmung des Chirurgen in der Öffentlichkeit) und Weiterbildung/Nachwuchsförderung junger ChirurgInnen. Nicht mehr im Vordergrund stehen die Darstellung einzelner Chirurgen (PR) oder einzelner Behandlungsmethoden.

#### ad 6) Bericht des Kassenverwalters, Prof.Dr.H.Mächler

Prof.Mächler legt den Jahresabschluss 2013 und einen Zwischenbericht von 1. Jänner bis 30. Mai 2014 vor und erläutert alle Ausgaben und Einnahmen im Detail. Im letzten Jahr hat sich der Vermögensstand u.a. durch die sehr intensive Stipendienvergabe und Forschungsförderung um EUR 56.000,- reduziert und beträgt mit Ende Mai 2014 EUR 431.000,-. Wie jedes Jahr wurde der Gebarungsbildung von einem Steuerberater geprüft mit dem Ergebnis, dass das Rechnungswesen ordnungsgemäß geführt wird, die im Rechnungsabschluss ausgewiesenen liquiden Mittel bestandsmäßig vorhanden sind und dass die Ausgaben der ÖGC statutenkonform erfolgen.

Der Kassenverwalter plant aus ökonomischen und ökologischen Gründen die Einhebung der Mitgliedsbeiträge auf E-Mail-Versand umzustellen. Die ÖGC wird sich dadurch Postkosten für den Postversand von Erlagscheinen in Höhe von rund EUR 2.400,- pro Jahr ersparen. Als Probelauf sollen bereits die im Oktober fälligen Zahlungserinnerungen per E-Mail verschickt werden. Wenn dies erfolgreich verläuft, soll die gesamte Vorschreibung der Mitgliedsbeiträge ab 2015 auf Mailbasis umgestellt werden.

#### ad 7) Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes

Ein Mitglied aus dem Auditorium beantragt die Entlastung des Kassenverwalters und des Vorstandes: Beide werden einstimmig entlastet.

#### ad 8) Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie, Prof.Dr.H.W.Waclawiczek

Prof.Waclawiczek geht mit Ende 2014 in Pension und tritt deshalb nach 20-jähriger Tätigkeit zurück (gewählt wurde sein Nachfolger Prof.Öfner-Velano von der PMU Salzburg, siehe Punkt 13).

##### Fortbildungsseminare

Das (116.) Fortbildungsseminar am 14./15. März 2014 behandelte die Themen Polytrauma und Gefäßchirurgie und war mit 197 Teilnehmern wieder sehr gut besucht.

Das letzte von Prof.Waclawiczek noch organisierte (117.) Fortbildungsseminar am 26./27. September 2014 zum Thema „What's New in Surgery?“ ist bereits in Vorbereitung.

Schon unter der Leitung von Prof.Öfner-Velano wird am 11./12. Dezember 2014 die Tagung „Aintree/Liverpool meets Salzburg – A collaborative educational meeting on hepatobiliary disorders“ gemeinsam

mit der ESSO und der ACO-ASSO stattfinden; diese Veranstaltung gilt zugleich auch als 118. ÖGC-Fortbildungsseminar: zumindest ein Nachmittag wird speziell Ausbildungsassistenten über die Leberchirurgie gewidmet.

Prof.Tuchmann regt an, bei den ÖGC-Fortbildungen hauptsächlich die „Chirurgie des Normalen“ zu lehren, da diese Veranstaltungen auch als Vorbereitung auf die Facharztprüfung dienen sollen. Zu viel Spezialisierung und Subspezialisierung sollten seiner Meinung nach nicht im Rahmen der ÖGC-Fortbildung thematisiert werden.

Der Generalsekretär dankt Prof.Waclawiczek für seine ausgezeichnete über 20 Jahre währende verdienstvolle Tätigkeit für die ÖGC und den chirurgischen Nachwuchs!

##### Gesetzliche Facharztprüfung:

Prof.Waclawiczek berichtet, dass beim letzten Termin im Dezember 2013 nur ein Kandidat von 26 Prüflingen nicht bestanden hat. Bei der gerade in Graz durchgeführten Facharztprüfung sind 33 Kandidaten angetreten, die höchste bislang zu prüfende Zahl an Kandidaten. 32 der 33 KandidatInnen haben erfolgreich bestanden.

Die Ärztekammer hat eine neue Prüfungskommission für die Facharztprüfung Chirurgie eingesetzt, der unter dem Vorsitz von Prof. Waclawiczek, Frau OÄ Mag.Dr.Katrin Bermoser, Frau OÄ Dr.Martina Lemmerer, Prof.Dr.Dietmar Öfner-Velano, Doz.Dr.Andreas Shamiyeh und Prof. Dr. Hans-Jörg Mischinger angehören. Prof.Waclawiczek ist bis 2017 der Vorsitzende der fachspezifischen Prüfungskommission Chirurgie. Die Prüfung kann nun bereits ab dem 56. Ausbildungsmonat abgelegt werden, sie ist nur mehr fünf Mal wiederholbar. Die Evaluierung der schriftlichen Prüfung (MC) erfolgt durch Prof. Dr. Martin Lischka von der Besonderen Einrichtung für Medizinische Aus- und Weiterbildung (BEMAW) der Medizinischen Universität Wien; die Ergebnisse werden computerassistent ausgewertet und den Kandidaten spätestens eine Woche nach der Prüfung über Internet bekannt gegeben. Die Ärztekammer erlaubt die (bislang übliche) sofortige Bekanntgabe der Ergebnisse nach der Prüfung nicht mehr; denn dadurch wäre die Möglichkeit von Beschwerden nicht gegeben.

Prof.Öfner-Velano hat ein komplettes Chirurgieskriptum mit dem Titel „Textbuch Chirurgie“ hergestellt, abrufbar unter:

[www.salzburg-chirurgie.at/de/fortbildung-chirurgie-salzburg](http://www.salzburg-chirurgie.at/de/fortbildung-chirurgie-salzburg)

Prof.Tuchmann hat eine Mitschrift verfasst von einem deutschen Vorbereitungskurs für die Facharztprüfung der DGAV („FFF – Fit für den Facharzt“, November 2013 in Berlin). Beides ist über die ÖGC-Homepage abrufbar.

Prof.Waclawiczek beendet seinen Bericht mit einem Hinweis auf das Young Surgeons Forum 2014: in zwei Sitzungen sind 17 Referate von jungen KollegInnen auf hohem Niveau gehalten worden – die Überreichung der Preise (= ÖGC-Kongressstipendien) erfolgt wie üblich im Rahmen der Schlussveranstaltung des Kongresses:

1. Preis (EUR 2.500,-) Frau Dr.Franka Messner (Chir. Univ.-Klinik Innsbruck)
2. Preis (EUR 1.000,-) Frau Dr.Andrea Bradatsch (Chir. Univ.-Klinik Graz)
3. Preis (EUR 500,-) Herrn cand.med.Thomas Schöffmann (PMU Salzburg)

Prof.Waclawiczek bedankt sich für das große Vertrauen von Seiten der Gesellschaft, das ihm 20 Jahre lang entgegengebracht wurde.

## ad 9) Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees, Prof.Dr.H.J.Mischinger

Die Weiterbildung (früher: Facharzt Ausbildung) wurde nach 10 Jahren wechselnder Modelle nun festgelegt: 9 Monate Common Trunk, 5 ¼ Jahre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie, wobei die ersten 15 Monate Basisweiterbildung sind. Das Curriculum dieser 15 Monate wird derzeit erstellt. Es gibt keinen Turnus mehr (stattdessen einen Facharzt für Allgemeinmedizin, der ebenfalls 6 Jahre dauert). Es gibt keine Gegenfächer mehr! Der Hauptvorteil der neuen Weiterbildungsordnung besteht darin, dass nun 5 ¼ Jahre im Hauptfach Chirurgie verbracht werden und nicht wie bisher 4 Jahre (durch die Gegenfächer).

## ad 10) Bericht des Schriftleiters der „European Surgery · ACA“, Prof.Dr.M.Riegler

Prof.Riegler dankt eingangs der Präsidentin für die Publikation des Abstract-Bandes in European Surgery · ACA – die Zeitschrift wird dadurch stärker wahrnehmbar!

Es folgt ein detaillierter Bericht über die Manuskriptentwicklung, deren Akzeptanz und die Ablehnungsrate. Leider weist die Entwicklung des Impact Faktors in den letzten Jahren einen Negativtrend auf; der IF beträgt 2012 0,148. Es wird einmal mehr dringend um verstärktes Networking und Unterstützung durch Zitierungen aus der European Surgery · ACA ersucht.

Qualität geht vor Quantität: die Ablehnungsrate eingereicherter Manuskripte liegt seit Jahren gleichbleibend bei rund 80%. Prof.Riegler ist es ein besonderes Anliegen vor allem die Jugend mit der European Surgery·ACA für eine akademische Laufbahn zu motivieren. So wird z.B. gemeinsam mit Prof.Öfner-Velano ein neues Projekt umgesetzt, wonach pro Heft ein bis zwei Artikel mit Themen für die Facharztprüfung in Deutsch erscheinen werden.

Prof.Hermann regt eine konzertierte Aktion durch die Gesellschaft an mit dem Ziel, dass alle Universitätskliniken und alle chirurgischen Abteilungen sich zur Unterstützung der European Surgery·ACA bekennen und Publikationen der rezenten letzten zwei Jahre auch entsprechend zitieren. Das Ziel muss sein, dass die European Surgery · ACA PubMed-gelistet wird und eine signifikante Steigerung des Impact Faktors erfährt.

Abschließend wird hingewiesen auf das von Springer Medizin angebotene Gratis-Testabonnement zum Kennenlernen der Zeitschrift. Die nächsten 3 Ausgaben der European Surgery · ACA können kostenlos und ohne jede weitere Verpflichtung bestellt werden. Diese Aktion läuft noch bis Ende 2014.

## ad 11) Bericht des Assistentenvertreters, Dr.Ch.Sperker, entfällt

## ad 12) Bericht der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, Prof.Dr.S.Roka

Von Seiten der ÖGC sind Prof.Öfner-Velano und Prof. Roka als Mitglieder im wissenschaftlichen Beirat zu A-IQI des Bundesministeriums für Gesundheit vertreten. Neben den derzeit vorgesehenen Diagnosen zu A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) wird versucht nun auch ungeplante Reeingriffe innerhalb des Programms zu implementieren.

Vorgespräche im BM dazu wurden bereits geführt und versuchsweise Auswertungen zugesichert. Die nächste Sitzung des wissenschaftlichen Beirats wird im September stattfinden.

## ad 13) Wahlen zum Vorstand 2014/15

Die Präsidentin legt der Vollversammlung die Anträge des Vorstandes für die Neu- bzw. Wiederwahl vakanter Vorstandsfunktionen zur Abstimmung vor; über jede Funktion wird einzeln abgestimmt:

- 2.Kassenverwalter: Vorschlag des Vorstandes: Wiederwahl von Prof.Dr.Hubert **Hauser**, Graz – dies wird einstimmig angenommen.
- Vorsitzender des Aktionskomitees: Vorschlag des Vorstandes: Wiederwahl von Prof.Dr.Hans-Jörg **Mischinger**, Graz – einstimmige Befürwortung.
- Vorsitzender der Fortbildungsakademie: der Wahlvorschlag: Prof.Dr.Dietmar **Öfner-Velano**, Salzburg, wird einstimmig positiv bestätigt.
- Vertreter der Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie Wien: einstimmige Wiederwahl von Prof.Dr.Michael **Gnant**
- Vertreter der Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie Innsbruck: der Wahlvorschlag des Vorstandes: Prof.Dr.Michael **Grimm** wird einstimmig angenommen.
- VertreterIn des Mittelbaus der Universitätskliniken: Vorschlag: Priv.Doiz.Dr.Daniela **Kniepeiss**, Graz; dies wird mit einer Stimmenthaltung angenommen.

## ad 14) Gedenken der verstorbenen Mitglieder

Alle Anwesenden erheben sich zu einer Gedenkminute für die im letzten Jahr verstorbenen Mitglieder, deren Namen und Fotos eingespielt werden. Die Gesellschaft hat 26 Mitglieder verloren, darunter auch einige Ehrenmitglieder, für die ein Nachruf in der Vereinszeitschrift erschienen ist.

## ad 15) Aufnahme von Mitgliedern

Besonders erfreulich ist die große Zahl an eingelangten Aufnahmeanträgen. Es liegen 9 Anträge für die Fördernde Mitgliedschaft und 84 Anträge für die ordentliche Mitgliedschaft vor. Diese werden der Vollversammlung in einer Präsentation vorgestellt und anschließend einstimmig positiv abgestimmt.

Der Generalsekretär hat die Urkunden der neuen Fördernden Mitglieder im Anschluss an die Vollversammlung den entsprechenden Firmenvertretern in der Industrieausstellung feierlich übergeben.

## ad 16) Allfälliges

Aus Anlass eines geschmacklosen Covers der aktuellen Ausgabe 6–7/2014 der Österreichischen Krankenhauszeitung ruft Prof.Tuchmann zu mehr Ernst und Geschmack in medizinischen Journalen auf. Er hält das Titelbild für sexistisch und wird seinen Protest an die Chefredakteurin kommunizieren.

Weitere Wortmeldungen erfolgen nicht.

Die Präsidentin dankt den Anwesenden für ihre Teilnahme und schließt die Vollversammlung um 14:20 Uhr.

Sigrid Ecker  
ÖGC-Büro

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



## Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) Umstellung der Beitragseinhebung Elektronischer Versand

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
Verehrte Mitglieder der ÖGC,*

aus ökologischen und ökonomischen Gründen wird die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie zukünftig bei der Einhebung der Mitgliedsbeiträge auf die Postsendung von Erlagscheinen verzichten und **auf elektronischen Versand von pdf-Rechnungen per E-Mail umstellen.**

Wir ersuchen Sie unserem Sekretariat Ihre gültigen E-Mail-Adressen bzw. aktuelle Änderungen laufend bekannt zu geben ([chirurgie@billrothhaus.at](mailto:chirurgie@billrothhaus.at)) – Herzlichen Dank!

Für den Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

**Univ.-Prof.Dr.Heinrich Mächler, MSc, MBA**  
1.Kassenverwalter



### 7. DGAV-Chirurgie-Update-Seminar

27. und 28. Februar 2015, Wiesbaden  
6. und 7. März 2015, Berlin

# 2015

# DGAV CHIRURGIEUPDATE

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

#### Wissenschaftliche Leitung

Dietmar Lorenz, Offenbach  
Helmut Friess, München  
Christoph-Thomas Germer, Würzburg  
Sven Jonas, Paris

Anmeldung und weitere Informationen unter  
[www.chirurgie-update.com](http://www.chirurgie-update.com)

Schirmherrschaften



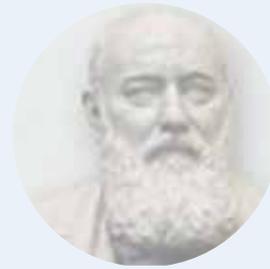
Partner

Konzept & Veranstalter



Medienkooperation





## Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

Die **Österreichische Gesellschaft für Chirurgie** schreibt hiermit auch für das Jahr 2015 wieder den Theodor-Billroth-Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen Chirurgie und deren Grenzgebiete aus. Der Preis ist mit **EUR 6.000,-** dotiert.

Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Bestimmungen:

1. Der Autor der einzureichenden Arbeit muss Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie bzw. einer ihr assoziierten Fachgesellschaft sein.
2. Vorstände, Abteilungsleiter und Primarii sind von der Bewerbung insofern ausgeschlossen, als sie wohl als Mitautoren aufscheinen können, bei der Verteilung des Geldbetrages aber nicht berücksichtigt werden dürfen.
3. Der Einreicher muss Erstautor der eingereichten Arbeit sein. Die Einreichung von Gemeinschaftsarbeiten ist möglich, wobei der zuerkannte Preis auf die im Titel genannten Autoren gleichmäßig verteilt wird.
4. Die eingereichte Arbeit darf nach dem Datum der Publikation nicht älter als zwei Jahre sein und darf nur für den Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie eingereicht werden. Es ist nicht gestattet, dieselbe Arbeit für Preise anderer Institutionen einzureichen, auch ein nochmaliges Einreichen im Folgejahr ist nicht statthaft.
5. Noch nicht publizierte Arbeiten können nur eingereicht werden, wenn ein druckfertiges, von einer Zeitschrift angenommenes Manuskript vorliegt.
6. Die unter Punkt 3 und 4 genannten Sonderdrucke oder Manuskripte müssen **bis zum 5. Dezember 2014 in vierfacher Ausführung** beim Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Univ.-Prof.Dr. **Albert Tuchmann**, Frankgasse 8, Billroth-Haus, 1090 Wien, eingereicht werden. (Nicht deutsch oder englisch verfassten Publikationen ist eine deutsche Übersetzung – ebenfalls vierfach – beizulegen!).
7. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury. Diese Jury wird vom Präsidium der Gesellschaft bestimmt und bleibt anonym.
8. Die eingereichten Arbeiten werden nummeriert und ohne Namen der Autoren zur Begutachtung den Mitgliedern der Jury übergeben. Die Begutachtung der Arbeiten erfolgt von den einzelnen Juroren völlig unabhängig.
9. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 6 Punkten.
10. Wenn keine der Arbeiten von den Juroren als preiswürdig erachtet wird, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
11. Werden von den Juroren mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
12. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses.

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

Univ.-Prof.Dr. **Reinhold Függer**  
Präsident 2014/15

## BöC Akademie & Termine 2014

Veranstaltung	Termine	Ort
Laparoskopietage – Kurs für Fortgeschrittene	06. – 08.10.2014	Linz
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische OP Techniken	17. – 18.10.2014	Innsbruck
BöC Nahtkurs Gefäßchirurgie	12.11.2014	Wien
BöC Nahtkurs Viszeralchirurgie	12.11.2014	Wien
ACP Grundkurs: Proktologische Dermatologie / STD / Onkologie	12. – 13.11.2014	Wien
14. Österreichischer Chirurgetag: Der „chirurgische“ Notfall	14. – 15.11.2014	Baden/Wien
4. Forum Niedergelassener Chirurgen: Notfall in der Praxis	15.11.2014	Baden/Wien
ACP Koloproktologischer Endosonographiekurs	27. – 28.11.2014	Wien
ACP Koloproktologischer Endosonographiekurs	22.01.2015	Igls/Tirol

Informationen und Anmeldung unter [www.boec.at](http://www.boec.at)

## Impressum

### CHIRURGIE

Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

### HERAUSGEBER

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BöC)



Berufsverband Österreichischer Chirurgen

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)



### CHEFREDAKTEUR

Ao. Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka

### REDAKTION

BöC Geschäftsstelle:  
Sonja Niederkofler, MA  
Manuela Walland, MA

### REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG

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

### REDAKTIONSTEAM

Univ. Prof. Dr. Gabriela Berlakovich  
Medizinische Universität, Wien  
Univ. Prof. Dr. Michael Gnant  
Medizinische Universität, Wien  
Univ.-Prof. Dr. Georg Györi  
Universitätsspital Zürich  
Priv.-Doz. Dr. Christian Hollinsky  
SMZ Floridsdorf, Wien  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Mag. Alexander Klaus  
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Wien  
Prim. i.R. Univ. Prof. Dr. Rudolf Roka  
Ordination Prof. Dr. Roka, Wien  
Univ.-Prof. Dr. Sebastian Roka  
Medizinische Universität, Wien  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann  
SMZ Floridsdorf, Wien  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Zacherl  
Herz-Jesu Krankenhaus, Wien

### BöC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT

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

### GRAFIK

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



### DRUCK

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



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

Bild Titelseite:  
© [www.shutterstock.com](http://www.shutterstock.com)



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

# ärzte\$ervice



## ÄrzteService Dienstleistung GmbH

Ferstelgasse 6 | 1090 Wien | T: 01 402 68 34 | F: 01 402 68 34 25  
 www.aerzteservice.com | office@aerzteservice.com  
 www.facebook.com/aerzteservice | www.twitter.com/aerzteserviceAT

## Ärzte Rechtsschutzversicherung

Steigende mediale Aufmerksamkeit und die vermehrte rechtliche Aufklärung der Patienten erhöhen das Risiko, als Arzt/Ärztin in einen Rechtsstreit zu geraten oder juristischen Rat zu brauchen.

2013 wurden von den mit Verdacht auf ärztliche Behandlungsfehler eingebrachten Gutachten lediglich 25% als Behandlungsfehler bestätigt.

Mit dem Basispaket der Ärzteservice Rechtsschutzversicherung werden die Verteidigungskosten ab Eröffnung des Hauptverfahrens übernommen.

Durch den **Einschluss des Spezialstrafrechtsschutzes** haben Sie bereits anwaltlichen Beistand während der behördlichen Untersuchung auch wenn es zu keiner Anklageerhebung kommt.

### Die wichtigsten Deckungen:

- ♥ Basisdeckung inkl. KfZ-Rechtsschutz (NEU: inkl. E-Bikes, Motor- und Segelboote) und DocInkasso (Forderungsmanagement Intrum Justitia GmbH)
- ♥ Deckung für die Angestellten der Ordination (im betrieblichen Bereich)
- ♥ Vertrags- und Strafrechtsschutz
- ♥ Mietrechtsschutz
- ♥ Arbeitsrechtsschutz
- ♥ Sozialversicherungsrechtsschutz
- ♥ Zürich Partneranwaltsnetz
- ♥ Beratungsrechtsschutz über das Service der Vertragsanwälte
- ♥ Datenrechtsschutz

### Die wichtigsten Neuerungen:

- ♥ Erhöhung der Versicherungssumme auf € 250.000,-
- ♥ Spezialstrafrechtsschutz in Basisdeckung inkludiert (VS 125.000,- EUR)
- ♥ Arbeitsgerichts- und Sozialversicherungsrechtsschutz mitversichert (Streitwertobergrenze entfällt bei Streit mit Sozialversicherungsträgern)
- ♥ Streitigkeiten mit dem Wohlfahrtsfonds mitversichert (Streitwertobergrenze entfällt)
- ♥ Familienmitglieder kostenlos mitversichert
- ♥ Partnerrabatt
- ♥ **Für BÖC Mitglieder gibt es einen zusätzlichen Gruppennachlass von € 40,- auf die Jahresprämie.**



Gerhard Ulmer

© Felicitas Matern / www.feelimage.at

### Informationen erhalten Sie von:

#### ÄrzteService

Ferstelgasse 6  
1090 Wien

Tel.: 01/402 68 34

Fax.: 01/402 68 34 -25

office@aerzteservice.com

www.aerzteservice.com

## In Memoriam em. Prof. Dr. med. Ernst Kern

*Am 14. Mai 2014 ist Prof. Ernst Kern in seiner Wahlheimat Zürich im zweiundneunzigsten Lebensjahr verstorben. Kern wurde am 13. Januar 1923 in Gleisenau Unterfranken geboren und wuchs in Augsburg auf. Nach dem Abitur 1941 wurde er zur Wehrmacht eingezogen und diente bei den Gebirgsjägern bis zu einer schweren Verwundung 1945.*

*Seine Zeit im elterlichen Pfarrhaus, aber auch besonders seine Jahre als Kriegsteilnehmer haben ihn nachhaltig geprägt und wie er selbst sagte, seinen „Kreiselkompass“ festgelegt.*

*Von 1945 bis 1949 studierte er Medizin in München und Erlangen, wo er anschließend bei O.F. Franke im Institut für Physiologie arbeitete. Dieses Fach faszinierte ihn, es prägte mit der Physiologie und der Pathophysiologie seine spätere wissenschaftliche Karriere.*

*Von 1952 bis 1954 war Kern Assistent bei W. Wachsmuth an der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg, danach wechselte er zu H. Kraus nach Freiburg. Dort habilitierte er 1959 mit einer beeindruckenden Arbeit über Pankreaserkrankungen. 1956 veröffentlichte er zusammen mit K. Wiemers die erste Monographie über chirurgische Intensivmedizin mit dem Titel: „Die postoperativen Frühkomplikationen“.*

*Zum 1. September 1969 erhielt Ernst Kern nach zweijähriger Tätigkeit als Chefarzt der Chirurgie am Klinikum Lörrach den Ruf an die Chirurgische Klinik der Julius Maximilians Universität Würzburg. Dort wurde er am 31. März 1991 emeritiert.*

*Mehr als 120 Chirurgen hat Ernst Kern ausgebildet, 27 davon wurden habilitiert und über 30 seiner Schüler konnten in herausragende Positionen platziert werden, sowohl als Ordinarien und Chefarzte, aber auch als Präsidenten der zentralen Gremien der Deutschen Chirurgie. Kern selbst hatte nie ein besonderes Interesse an einer intensiven Verbandstätigkeit, und trotzdem war er 1972 und 1990 Präsident der Bayerischen Chirurgenvereinigung und 1980 Präsident der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen, deren Ehrenmitglied er war.*

*Mit Stolz erfüllte ihn die Mitgliedschaft in der ehrwürdigen ACADEMIA LEOPOLDINA Halle und mit großer Freude und Engagement nahm er über viele Jahre erfolgreich die Aufgabe des Herausgebers der wichtigen wissenschaftlichen Zeitschrift „DER CHIRURG“ wahr. Nicht zuletzt war er Mitherausgeber von „BREITNER CHIRURGISCHE OPERATIONSLEHRE“.*



*Ernst Kern war ein besonderer Mensch, ausgestattet mit einer hohen analytischen Intelligenz, mit einer bis zuletzt bewundernswerten Neugierde und einer unvergleichlichen Intellektualität, nicht nur auf dem Gebiet der Chirurgie. Über seine vielseitigen musischen Begabungen finden wir Belege in zahlreichen Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Kunst, besonders der Musik – er war seit seiner Kindheit ein durchaus bemerkenswerter Pianist und Organist – aber auch der Malerei, der Naturkunde und der Literatur. Einen Meilenstein unter den literarischen Arbeiten von Ernst Kern bildet die faszinierend gelungene Biographie von Theodor Billroth, die 1994 erschien. Über seine ihn bis zuletzt so bestimmenden Kriegserlebnisse berichtete er in dem beeindruckenden Buch: „Der Soldat an der Ostfront“, das auf Tagebuchaufzeichnungen für seine Eltern basiert.*

*Seine umfassenden literarischen Werke umfassen Prosa und Gedichte und im Jahr 2012 überraschte er mit seinem letzten Werk: „Versuch einer Autobiographie – Dreizehn Leben parallel“.*

*Ernst Kern besaß eine besondere Maxime für sein Leben: „Alles im Leben ist ersetzbar, nur nicht die Zeit“.*

*Mit dieser Philosophie, der er immer treu geblieben ist, war ihm ein erfülltes Leben beschied.*

*Trotz seiner herausragenden Erfolge und Lebensleistungen ist er immer ein bescheidener Mann geblieben, dem Eitelkeiten fremd waren.*

*Wenn Ernst Kern uns allen das Zitat von Bertolt Brecht: „Der Mensch ist erst tot, wenn niemand mehr an ihn denkt“ ins Gedächtnis ruft, so werden wir, seine Freunde, Kollegen, Schüler und Weggefährten ihn nicht vergessen und ihm ein ehrenvolles Andenken bewahren.*

R. Arbogast

# 14. Österreichischer **Chirurgentag**

14. bis 15. November 2014

**Congress Casino Baden**

## Der „chirurgische“ Notfall

15. November 2014

**4. Forum Niedergelassener Chirurgen**

Notfall in der Praxis

**FINALES PROGRAMM**

gemeinsam mit:



Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgie (ÖGC)

**Registrierung JETZT möglich!**  
Frühbucherbonus verlängert bis 05.10.2014

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrages 2014 bis zum 30. Juni 2014  
ist Voraussetzung für die ermäßigten Teilnahmegebühren am  
14. Österreichischen Chirurgentag 2014

## 14. Österreichischer Chirurgentag 2014

mit 4. Forum Niedergelassener Chirurgen

14. bis 15. November 2014

### Freitag, 14. November 2014

**08:45 – 09:00** Eröffnung

**09:00 – 10:45** Blutung

Obere GI – Blutung – Sofortmaßnahmen, medikamentös – endoskopische Therapie  
Obere GI – Blutung – Wann muss der Chirurg eingreifen?  
Blutung aus dem unteren GI – Trakt – Ursachen, Lokalisation und Therapie  
Klinische Wertigkeit der gastrointestinalen Blutungsszintigraphie: Wann brauchen wir sie?  
Stellenwert der interventionellen Radiologie  
GI – Blutung – Was tun wenn die Blutung nicht lokalisiert werden kann?  
Management rupturierter Lebertumore  
Dringliche Eingriffe unter Antikoagulantientherapie und Thrombozytenaggregation

**10:45 – 11:15** Kaffeepause/Ausstellung

**11:15 – 13:00** Ileus/endoskopische Perforation

Chronische Dünndarmileus  
Dünndarmileus bei Karzinose  
Dickdarmileus – stadienadaptiertes Vorgehen  
Wann ist ein endoskopisches Vorgehen indiziert?  
Vorgehen bei Perforation nach endoskopischen Eingriffen am Gallenwegssystem  
Management der iatrogenen Perforation am oberen GI – Trakt  
Management der iatrogenen Perforation bei der Koloskopie

**10:45 – 11:15** Mittagspause/Ausstellung

**14:00 – 15:30** Der akute Gefäßverschluss

Essentielle Diagnostik  
Indikation zur Lysetherapie  
Indikation zum interventionellen Vorgehen  
Indikation zum chirurgischen Vorgehen  
Indikation zur Fasziotomie/Schnittführung  
Intestinale Ischämie

**15:30 – 16:00** Kaffeepause/Ausstellung

**16:00 – 18:00** Wie hätten Sie entschieden? – Falldiskussion mit Expertenpanel

**18:00 – 20:00** Chill – out Cocktail in der Ausstellung

Registrieren Sie sich jetzt auf [www.boec.at](http://www.boec.at)  
Frühbucherbonus bis 05.10.2014 verlängert

## 14. Österreichischer Chirurtag 2014

mit 4. Forum Niedergelassener Chirurgen

14. bis 15. November 2014

### Samstag, 15. November 2014

**07:30 – 08:00** BÖC Generalversammlung

**08:00 – 09:00** Das Abdominaltrauma

Grundsätzliches bei Leber- und Milzverletzungen  
Allgemeinchirurgische Maßnahmen bei Beckenringfrakturen  
Stumpfes und perforierendes Bauchtrauma  
Traumatische Gefäßverletzung

**09:00 – 10:00** Spezielle Notfallsituationen

Bedrohliche Infektionen der Hand  
Foudroyante und nekrotisierende Weichteilinfektionen  
Stadienadaptierte Maßnahmen bei Verbrennung  
Inkarzerierte Hernien

**10:00 – 10:30** Kaffeepause/Ausstellung

**10:30 – 13:00** Septische Abdominalerkrankungen

Akute Cholezystitis - Was bringt die Frühoperation?  
Akute Pankreatitis - Der Fall für den Endoskopiker  
Akute Pankreatitis - Der richtige Zeitpunkt für den Chirurgen  
Divertikulitis - gedeckte und freie Perforation - therapeutischer Algorithmus  
Abdominelles Kompartmentsyndrom  
Perityphlitischer Abszess/Infiltrat

---

## 4. Forum Niedergelassener Chirurgen

15. November 2014

**13:30 – 17:00** Der Notfall in der Praxis

Atemwegsmanagement während der Sedierung/Anaphylaktische Reaktionen  
Grundausrüstung für den Notfall in der Praxis/Trainingsmöglichkeiten/  
Aktuelle Richtlinien der CPR (L. Drabauer, Linz)  
Blutung/Blutstillung/Perforation in der Endoskopie /  
Komplikationen in der ambulanten Kleinchirurgie (F.-A. Weiser, Wien)  
Paradoxe Reaktion auf Dormicum/Glaukomanfall nach Buscopan (C. Mörtl)  
Aktuelles aus der Kammer (H.Spaun, Salzburg; F.-A. Weiser, Wien)

*Für Verpflegung wird selbstverständlich gesorgt.*

Registrieren Sie sich jetzt auf [www.boec.at](http://www.boec.at)  
Frühbucherbonus bis 05.10.2014 verlängert

# Gruppen-Sonderklasse Ärztekrankenversicherung

**Mit bester Versorgung gesund werden!**

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

- » **NEU!** Wahlweise Österreich- oder Bundesländertarif
- » Keine Gesundheitsprüfung
- » Sonderklasse Einbettzimmer ist Standard
- » Allgemeine Wartezeiten entfallen
- » Beitritt unabhängig von der Ärztekammer/Zahnärztekammer, bei der Sie ordentliches Mitglied sind



ärzteservice

Telefon: 01 / 402 68 34 · [krankenversicherung@aerzteservice.com](mailto:krankenversicherung@aerzteservice.com)

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

## Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

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

### Geschäftsführendes Präsidium

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

## Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Frankgasse 8, Billroth-Haus, 1090 Wien, Tel: 01/4087920, Fax: 01/4081328  
E-Mail: [chirurgie@billrothhaus.at](mailto:chirurgie@billrothhaus.at), Websites: [www.chirurgie-ges.at](http://www.chirurgie-ges.at) und [www.chirurgenkongress.at](http://www.chirurgenkongress.at)

### Präsidium 2013/14

Präsidentin:	F.-M. Smolle-Jüttner, Graz	<a href="mailto:frejja.smolle@medunigraz.at">frejja.smolle@medunigraz.at</a>
Past President:	M. Frey, Wien	<a href="mailto:office@professor-frey.at">office@professor-frey.at</a>
President Elect:	R. Függer, Linz	<a href="mailto:reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at">reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at</a>
Generalsekretär:	A. Tuchmann, Wien	<a href="mailto:albert.tuchmann@wienkav.at">albert.tuchmann@wienkav.at</a>
1.Kassenverwalter:	H. Mächler, Graz	<a href="mailto:heinrich.maechler@medunigraz.at">heinrich.maechler@medunigraz.at</a>
Vorsitz Aktionskomitee:	H. J. Mischinger, Graz	<a href="mailto:hans.mischinger@medunigraz.at">hans.mischinger@medunigraz.at</a>
Vorsitz Fortbildungsakademie:	H. W. Waclawiczek, Salzburg	<a href="mailto:h.w.waclawiczek@salk.at">h.w.waclawiczek@salk.at</a>

### Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2014:

ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE):	Ch. Scheuba, Wien	<a href="mailto:christian.scheuba@meduniwien.ac.at">christian.scheuba@meduniwien.ac.at</a>
ARGE für Coloproctologie (ACP):	I. Haunold, Wien	<a href="mailto:ingrid.haunold@bhs.at">ingrid.haunold@bhs.at</a>
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC) :	C. Profanter, Innsbruck	<a href="mailto:christoph.profanter@i-med.ac.at">christoph.profanter@i-med.ac.at</a>
ARGE für Hernienchirurgie (AHC):	R. Fortelny, Wien	<a href="mailto:rene.fortelny@wienkav.at">rene.fortelny@wienkav.at</a>
ARGE für Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	A. Klaus, Wien	<a href="mailto:alexander.klaus@bhs.at">alexander.klaus@bhs.at</a>
ARGE für Osteosynthesefragen (AOTrauma Austria):	M. Wagner, Wien	<a href="mailto:michael.wagner@wienkav.at">michael.wagner@wienkav.at</a>
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	<a href="mailto:sebastian.roka@meduniwien.ac.at">sebastian.roka@meduniwien.ac.at</a>
Austria-Hungarian Chapter des American College of Surgeons (ACS)	A. Tuchmann, Wien	<a href="mailto:albert.tuchmann@wienkav.at">albert.tuchmann@wienkav.at</a>
Gesellschaft der Chirurgen in Wien:	F. Herbst, Wien	<a href="mailto:friedrich.herbst@bbwien.at">friedrich.herbst@bbwien.at</a>
Ges. für Implantologie und gewebeIntegrierte Prothetik (GIGIP)	K. Vinzenz, Wien	<a href="mailto:kurt.vinzenz@aon.at">kurt.vinzenz@aon.at</a>
I.S.D.S. (Int.Society for Digestive Surgery)/österr. Sektion	K. Glaser, Wien	<a href="mailto:karl.glaser@wienkav.at">karl.glaser@wienkav.at</a>
Österr.Ges.f.Adipositaschirurgie:	K. Miller, Hallein	<a href="mailto:karl.miller@kh-hallein.at">karl.miller@kh-hallein.at</a>
Österr.Ges.f.Chirurgische Forschung:	M. Puchinger, Graz	<a href="mailto:markus.puchinger@medunigraz.at">markus.puchinger@medunigraz.at</a>
Österr.Ges.f.Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO):	H. Hauser, Graz	<a href="mailto:hubert.hauser@medunigraz.at">hubert.hauser@medunigraz.at</a>
Österr.Ges.f.Gefäßchirurgie (ÖGG):	F. Hinterreiter, Linz	<a href="mailto:franz.hinterreiter@aon.at">franz.hinterreiter@aon.at</a>
Österr.Ges.f.Handchirurgie (ÖGH):	M. Leixnering, Wien	<a href="mailto:m.leixnering@aon.at">m.leixnering@aon.at</a>
Österr.Ges.f.Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG):	I. Watzke, Wien	<a href="mailto:ingeborg.watzke@wienkav.at">ingeborg.watzke@wienkav.at</a>
Österr.Ges.f.Kinder- und Jugendchirurgie:	J. Schalamon, Graz	<a href="mailto:johannes.schalamon@medunigraz.at">johannes.schalamon@medunigraz.at</a>
Österr.Ges.f.Medizinische Videographie:	M. Hermann, Wien	<a href="mailto:michael.hermann@wienkav.at">michael.hermann@wienkav.at</a>
Österr.Ges.f.Neurochirurgie (ÖGNC):	M. Mühlbauer, Wien	<a href="mailto:manfred.muehlbauer@wienkav.at">manfred.muehlbauer@wienkav.at</a>
Österr.Ges.f.Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO):	P. Zenz, Wien	<a href="mailto:peter.zenz@wienkav.at">peter.zenz@wienkav.at</a>
Österr.Ges.f.Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie:	W. Jungwirth, Salzburg	<a href="http://w.jungwirth@plastische-chirurgie.com">w.jungwirth@plastische-chirurgie.com</a>
Österr.Ges.f.Thorax- und Herzchirurgie:	Herzchirurgie: KH. Tscheliessnigg, Graz Thoraxchirurgie: J. Hutter, Salzburg	<a href="mailto:karlheinz.tscheliessnigg@kages.at">karlheinz.tscheliessnigg@kages.at</a> <a href="mailto:j.hutter@salk.at">j.hutter@salk.at</a>
Österr.Ges.f.Unfallchirurgie (ÖGU):	A. Pachucki, Amstetten	<a href="mailto:andreas.pachucki@amstetten.lknoe.at">andreas.pachucki@amstetten.lknoe.at</a>
Österr.Ges.f.Wirbelsäulenchirurgie	M. Ogon, Wien	<a href="mailto:michael.ogon@oss.at">michael.ogon@oss.at</a>

## ÖGC-VERANSTALTUNGEN & ASSOZIIERTE FACHGESELLSCHAFTEN/ARBEITSGEMEINSCHAFTEN

### Fortbildungsakademie der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Leitung: Prim.Univ.-Prof.Dr.Dietmar Öfner-Velano

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

Info: Sekretariat der ÖGC, Frankgasse 8, Billroth-Haus, A-1090 Wien  
Fon +43 1 408 79 20  
E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at  
Web: www.chirurgie-ges.at

#### Termine und Themen:

- 11. und 12. Dezember 2014
- 118. Fortbildungsseminar der ÖGC Aintree/Liverpool meets Salzburg: A collaborative educational meeting on hepatobiliary disorders**  
Tagungsleitung: OA Dr.Stefan Stättner  
Info: www.surgery-meeting-salzburg.com

- 02. bis 04. Oktober 2014
- 31. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)**  
Thema: Multimodale personalisierte Tumortherapie  
Ort: St.Wolfgang (Salzkammergut)  
Info: www.aco-asso.at/jahrestagung2014

- 02. bis 04. Oktober 2014
- 50. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)**  
Thema: Polytrauma  
Ort: Salzburg  
Info: www.unfallchirurgen.at

- 09. bis 10. Oktober 2014
- 50. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Neurochirurgie (ÖGNC)**  
Thema: Meningeome  
Ort: Wien  
Info: www.oegnc-jahrestagung.at

- 13. bis 15. November 2014
- 38. Seminar der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Forschung**  
Thema: Surgery meets Biomedical Engineering  
Ort: Wagrain  
Info: www.chirfor.at

- 14. bis 15. November 2014
- 14. Österreichischer Chirurzentag**  
Thema: Der „chirurgische Notfall“  
Ort: Baden, Congress Casino  
Kongresspräsident:  
ao.Univ.-Prof.Dr.Sebastian Roka  
Info: www.boec.at  
Fon +43 1 533 35 42  
E-Mail: chirurgie@aon.at

- 27. bis 30. Jänner 2015
- 19. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)**  
Thema: Rekonstruktion und ästhetische Chirurgie  
Ort: Mayrhofen  
Info: www.mkg-kongress.at

- 31. Jänner 2015
- 16. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulen Chirurgie**  
Ort: Wien  
Info: www.spine.at

- 06. bis 07. März 2015
- Frühjahrsklausurtagung der Österreichischen Gesellschaft für Handchirurgie (ÖGH)**  
Thema: Replantationen und komplexe Handverletzungen  
Ort: Innsbruck  
Info: www.handchirurgen.at

- 03. bis 05. Juni 2015
- 56. Österreichischer Chirurgenkongress (ÖGC-Jahrestagung)**  
Leitthema: Chirurgische Infektionen – eine unterschätzte Gefahr?  
Ort: Linz, Design Center  
Kongresspräsident: Prim.Univ.-Prof.Dr.Reinhold Függer  
Info: Wiener Medizinische Akademie, Bianca Theuer, Alser Straße 4, A-1090 Wien,  
Fon +43 1 405 13 83 12  
E-Mail: bianca.theuer@medacad.org  
Web: www.chirurgenkongress.at

- 01. bis 03. Oktober 2015
- 51. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)**  
Ort: Salzburg  
Info: www.unfallchirurgen.at

## SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

- 02. bis 04. Oktober 2014
- 23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie**  
Ort: Osnabrück  
Info: www.dgt2014.de

- 03. bis 04. Oktober 2014
- 19. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Dermatochirurgie (ÖGDC)**  
Ort: Wien  
Info: www.oegdc.at

- 06. bis 08. Oktober 2014
- Laparoskopietage Linz**  
Ort: Linz  
Info: www.akh.linz.at

- 08. bis 12. Oktober 2014
- 2<sup>nd</sup> International Congress of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery**  
Ort: Split, Kroatien  
Info: www.2nd-hpb-split.conventuscredo.hr

- 09. bis 11. Oktober 2014
- 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH 2014)**  
Ort: Baden-Baden  
Info: www.dgh-kongress.de

- 09. bis 11. Oktober 2014
- 18. Chirurgische Forschungsstage – Implantatforschung 2014**  
Ort: Hannover  
Info: www.forschungstage2014.de

- 11. bis 15. Oktober 2014
- 28<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)**  
Ort: Mailand  
Info: www.eacts.org

- 15. bis 17. Oktober 2014
- Austrotransplant 2014**  
Ort: Bad Ischl  
Info: www.austrotransplant2014.at

- 17. bis 18. Oktober 2014
- 4. Deutsch-Österreichische Medizinrechtstagung**  
Ort: Mondsee  
Info: www.medak.at

- 16. bis 18. Oktober 2014
- 23. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft**  
Ort: Mannheim  
Info: www.dtg2014.de

- 18. bis 22. Oktober 2014
- UEG – United European Gastroenterology Week**  
Ort: Wien  
Info: www.ueg.eu

- 20. bis 21. Oktober 2014
- 3<sup>rd</sup> European Hand Injury Prevention Congress**  
Ort: Wien  
Info: www.handchirurgen.at

- 20. bis 24. Oktober 2014
- 39<sup>th</sup> Biennial World Congress of the International College of Surgeons (ICS)**  
Ort: Nusa Dua, Bali  
Info: www.icsbali2014.com

- 23. bis 24. Oktober 2014
- 42. Jahrestagung der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern (GfGB)**  
Ort: Augsburg  
Info: www.gfgb.org

- 24. bis 25. Oktober 2014
- 2. Laparoskopie Workshop für ChirurgInnen**  
Ort: Burg Güssing  
Info: www.chirurgieworkshops.at/workshops/laparoskopie/

- 24. bis 25. Oktober 2014
- 15. Jahrestagung der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ÖAG)**  
Ort: Wien  
Info: www.adipositas-austria.org

- 25. Oktober 2014
- Workshop Duplexsonographie**  
Ort: Melk  
Info: www.phlebologie-aktiv.org

- 26. bis 30. Oktober 2014
- 100<sup>th</sup> Clinical Congress of the American College of Surgeons (ACS)**  
Ort: San Francisco  
Info: www.facs.org

- 28. bis 31. Oktober 2014
- Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2014)**  
Ort: Berlin  
Info: www.dkou.de

- 29. bis 31. Oktober 2014
- 34<sup>th</sup> Congress of the European Society of Surgical Oncology (ESSO 34)**  
Ort: Liverpool  
Info: www.essoweb.org

- 30. Oktober bis 01. November 2014
- 7<sup>th</sup> European Pediatric Colorectal Symposium**  
Ort: Hannover  
Info: www.colorectal2014.com

- 31. Oktober bis 01. November 2014
- Chirurgie Update Refresher**  
Ort: Zürich  
Info: www.fomf.ch



- 02. bis 07. November 2014  
**Obesity Week 2014**  
Ort : Boston  
Info : [www.obesityweek.com](http://www.obesityweek.com)
- 06. bis 7. November 2014  
**Hirntod und Organtransplantation**  
Ort : Wien  
Info : <http://iermunivie.ac.at>
- 07. bis 08. November 2014  
**Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Phlebologie und dermatologische Angiologie**  
Ort : Wien  
Info : [www.phlebologie.at](http://www.phlebologie.at)
- 07. bis 08. November 2014  
**Endo Club Nord**  
Ort : Hamburg  
Info : [www.endoclubnord.de](http://www.endoclubnord.de)
- 08. bis 09. November 2014  
**1<sup>st</sup> International Video Symposium (IVS) in Plastic Surgery**  
Ort : Hamburg  
Info : [www.vdtpc-symposium.de](http://www.vdtpc-symposium.de)
- 11. bis 14. November 2014  
**11. Proktologie Kurs**  
Ort : Zürich  
Info : [www.proktokurs.eu](http://www.proktokurs.eu)
- 12. bis 14. November 2014  
**Viszeralchirurgie Linz – Upper GI**  
Ort : Linz  
Info : [www.viszeralchirurgie-linz.at](http://www.viszeralchirurgie-linz.at)
- 13. bis 14. November 2014  
**47. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Handchirurgie (SGH) und 15. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Handrehabilitation (SGHR)**  
Ort : Thun  
Info : <http://de.sgh-sghr-kongresse.ch>
- 13. bis 14. November 2014  
**ERCP-Grundkurs der EndoAkademie**  
Ort : Frankfurt  
Info : [www.endoakademie.de](http://www.endoakademie.de)
- 13. bis 15. November 2014  
**24<sup>th</sup> European Childhood Obesity Group Congress (ECOG)**  
Ort : Salzburg  
Info : [www.ecog-obesity.eu](http://www.ecog-obesity.eu)
- 14. November 2014  
**Fachtagung Wundmanagement**  
Ort : Wien  
Info : [www.fachtagung-wundmanagement.at](http://www.fachtagung-wundmanagement.at)
- 15. November 2014  
**Workshop Schaumsklerotherapie**  
Ort : Melk  
Info : [www.phlebologie-aktiv.org](http://www.phlebologie-aktiv.org)
- 20. bis 22. November 2014  
**33. Arbeitstagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie (CAEK)**  
Ort : Basel  
Info : [www.caek2014.ch](http://www.caek2014.ch)
- 21. bis 22. November 2014  
**Herbsttagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP) der DGAV**  
Ort : Essen  
Info : [www.cacp-herbsttagung.de](http://www.cacp-herbsttagung.de)
- 21. bis 22. November 2014  
**3. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft**  
Ort : Berlin  
Info : [www.knie-komplex.de](http://www.knie-komplex.de)
- 23. bis 25. November 2014  
**7<sup>th</sup> European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress (EMCCC)**  
Ort : Amsterdam  
Info : [www.dccc.nl/emccc2014](http://www.dccc.nl/emccc2014)
- 27. bis 28. November 2014  
**181. Jahrestagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen**  
Ort : Bochum  
Info : [www.nrw-chirurgen.de](http://www.nrw-chirurgen.de)
- 28. bis 29. November 2014  
**Endo-Update 2014**  
Ort : Augsburg  
Info : [www.endoupdate.de](http://www.endoupdate.de)
- 29. November bis 02. Dezember 2014  
**14<sup>th</sup> Central European Lung Cancer Conference (CELCC)**  
Ort : Wien  
Info : [www.mondial-congress.com/celcc2014](http://www.mondial-congress.com/celcc2014)
- 01. bis 04. Dezember 2014  
**8th European Colorectal Congress**  
Ort : München  
Info : [www.colorectalsurgery.eu](http://www.colorectalsurgery.eu)
- 03. bis 06. Dezember 2014  
**24<sup>th</sup> World Congress of the International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO)**  
Ort : Wien  
Info : [www.iasgo.org](http://www.iasgo.org)
- 05. Dezember 2014  
**Workshop Phlebochirurgie**  
Ort : Wien  
Info : [www.phlebologie-aktiv.org](http://www.phlebologie-aktiv.org)
- 11. bis 13. Dezember 2014  
**9. Deutscher Wirbelsäulenkongress**  
Ort : Leipzig  
Info : [www.dwg-kongress.de](http://www.dwg-kongress.de)
- 09. bis 10. Jänner 2015  
**12. Weimarer Unfallchirurgisch-Orthopädisches Symposium**  
Ort : Weimar  
Info : [www.unfallsymposium-weimar.de](http://www.unfallsymposium-weimar.de)
- 14. bis 17. Jänner 2015  
**33. Jahrestagung der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung (DAV 2015)**  
Ort : Leogang  
Info : [www.dav2015.at](http://www.dav2015.at)
- 22. bis 24. Jänner 2015  
**7. Innsbrucker Coloproktologie Wintertagung – in Zusammenarbeit mit der ACP**  
Ort : Igls  
Info : <http://icw.tilak.at>
- 22. bis 24. Jänner 2015  
**1<sup>st</sup> International Symposium on Tumor-Host Interaction in Head and Neck Cancer**  
Ort : Essen  
Info : [www.headandneck2015.org](http://www.headandneck2015.org)
- 23. bis 24. Jänner 2015  
**Endo Linz 2015**  
Ort : Linz  
Info : [www.endolinz.at](http://www.endolinz.at)
- 25. bis 27. Jänner 2015  
**16<sup>th</sup> International Colorectal Forum (ICF)**  
Ort : Villars, Schweiz  
Info : [www.icf-colorectal.com](http://www.icf-colorectal.com)
- 29. bis 30. Jänner 2015  
**13. Dreiländertreffen Minimal Invasive Chirurgie (AMIC-CAMIC-SALTC)**  
Ort : Wien  
Info : [www.mic2015.org](http://www.mic2015.org)
- 26. bis 28. Februar 2015  
**Endoprothetik 2015**  
Ort : Berlin  
Info : [www.endokongress.de](http://www.endokongress.de)
- 27. bis 28. Februar 2015  
**7. DGAV-Chirurgie-Update-Seminar – 1. Termin**  
Ort : Wiesbaden  
Info : [www.chirurgie-update.com](http://www.chirurgie-update.com)
- 27. Februar bis 01. März 2015  
**Bundeskongress Chirurgie 2015**  
Ort : Nürnberg  
Info : [www.bundeskongress-chirurgie.de](http://www.bundeskongress-chirurgie.de)
- 06. bis 07. März 2015  
**7. DGAV-Chirurgie-Update-Seminar – 2. Termin**  
Ort : Berlin  
Info : [www.chirurgie-update.com](http://www.chirurgie-update.com)
- 12. bis 14. März 2015  
**41. Deutscher Koloproktologen-Kongress**  
Ort : München  
Info : [www.koloproktologie.org](http://www.koloproktologie.org)
- 17. März 2015  
**2<sup>nd</sup> Vienna Breast Surgery Day**  
Ort : Wien  
Info : [www.ccc.ac.at](http://www.ccc.ac.at)
- 18. bis 21. März 2015  
**14<sup>th</sup> St.Gallen Breast Cancer Conference**  
Ort : Wien  
Info : [www.oncoconferences.ch](http://www.oncoconferences.ch)
- 26. bis 28. März 2015  
**45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren**  
Ort : München  
Info : [www.dge-bv.de](http://www.dge-bv.de)
- 28. bis 31. März 2015  
**8<sup>th</sup> International Congress of the International Pediatric Transplant Association (IPTA 2015)**  
Ort : San Francisco  
Info : [www.iptaonline.org](http://www.iptaonline.org)
- 08. bis 11. April 2015  
**5<sup>th</sup> International Congress: Biotechnologies for Spinal Surgery (BioSpine)**  
Ort : Berlin  
Info : [www.biospine.org](http://www.biospine.org)
- 24. bis 25. April 2015  
**Endoskopie 2015**  
Ort : Berlin  
Info : [www.endoskopie-live-berlin.de](http://www.endoskopie-live-berlin.de)
- 25. bis 29. April 2015  
**1<sup>st</sup> World Conference on Abdominal Hernia Surgery**  
Ort : Mailand  
Info : [www.hernia2015-milan.com](http://www.hernia2015-milan.com)
- 28. April bis 01. Mai 2015  
**132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**  
Ort : München  
Info : [www.chirurgie2015.de](http://www.chirurgie2015.de)
- 30. April bis 03. Mai 2015  
**46<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Pediatric Surgical Association (APSA)**  
Ort : Fort Lauderdale  
Info : [www.eapsa.org](http://www.eapsa.org)
- 07. bis 09. Mai 2015  
**56. Symposium der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH)**  
Ort : Aarau, Schweiz  
Info : [www.dah.at](http://www.dah.at)
- 07. bis 09. Mai 2015  
**10<sup>th</sup> World Symposium on Congenital Malformations of the Hand and Upper Limb**  
Ort : Rotterdam  
Info : [www.worldcongenitalhand2015.com](http://www.worldcongenitalhand2015.com)
- 20. bis 22. Mai 2015  
**102. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie**  
Ort : Bern  
Info : [www.chirurgiekongress.ch](http://www.chirurgiekongress.ch)
- 04. bis 06. Juni 2015  
**11<sup>th</sup> International Gastric Cancer Congress (IGCC)**  
Ort : Sao Paulo, Brasilien  
Info : [www.11igcc.com.br](http://www.11igcc.com.br)
- 07. bis 10. Juni 2015  
**66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie**  
Ort : Karlsruhe  
Info : [www.dgnc.de/2015](http://www.dgnc.de/2015)
- 12. bis 14. Juni 2015  
**7. Wachauer Venensymposium**  
Ort : Melk  
Info : [www.venensymposium.org](http://www.venensymposium.org)
- 17. bis 20. Juni 2015  
**XX. Congress of the Federation of European Societies for Surgery of the Hand (FESSH)**  
Ort : Mailand  
Info : [www.fessh.com](http://www.fessh.com)
- 25. bis 27. Juni 2015  
**4<sup>th</sup> International Symposium on Complications in GI Endoscopy**  
Ort : Hannover  
Info : [www.complications-in-endoscopy.com](http://www.complications-in-endoscopy.com)
- 06. bis 10. Juli 2015  
**18<sup>th</sup> World Congress of the International Confederation for Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (IPRAS)**  
Ort : Wien  
Info : [www.ipras2015.com](http://www.ipras2015.com)

15

YEARS OF INNOVATION  
**LigaSure™**

**FEIERN SIE MIT UNS  
UND DEM NEUEN  
LIGASURE™ MARYLAND!**

