

# Chirurgie

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

**Zufallsbefund Gallenblasenkarzinom**

**Die sichere Cholezystektomie**

**Operationstechnische Assistenz**



**3|2023**

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

### Sommerloch

... ist eine journalistische Bezeichnung für die Zeit der Pause der politischen Institutionen, kulturellen Einrichtungen und Sportligen. Sensationsmeldungen – so meinte man – bleiben in dieser Zeit oft aus.

In den letzten Jahren waren wir in Österreich jedoch reich gesegnet an Sensationsmeldungen, die uns in den Sommermonaten beschäftigt haben.

Wer erinnert sich noch? Flüchtlingswelle (2015), Wiederholung der Bundespräsidentenstichwahl wegen mangelhafter Kuverts (2016), Nationalratswahlkampf zwischen Kern und Kurz (2018), Das Ibiza-Video (2019), der Sommer nach dem ersten Lockdown (2020), die Übergangsregierung (2021) und die Teuerung und der Krieg in der Ukraine (2022).

Nach dem Ende der COVID-Pandemie war zu befürchten, dass es im Sommer 2023 keine journalistisch beachtenswerten Themen geben wird ...

Gerade jetzt, wo es zuallererst konstruktive Zusammenarbeit braucht, um die Auswirkungen der Pandemie auf das österreichische Gesundheitswesen zu meistern, treten Funktionäre der Ärztekammer in Konfrontation mit den politischen Entscheidungsträgern und tragen einen internen Machtkampf in den Medien aus.

Die Forderungen der Ärztekammer sind grundlegend richtig und Verbesserungen dringend notwendig:

- Die Rahmenbedingungen aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen müssen verbessert werden, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.
- Die Ausbildung muss verbessert werden, um anstehende Pensionierungen in der Ärzteschaft ersetzen zu können.
- Eine Neuorganisation des Gesundheitswesens mit funktionierenden Schnittstellen zwischen dem niedergelassenen und Spitalsbereich ist notwendig.
- Ein modernes und flexibles Management muss auf allen Ebenen des Gesundheitswesens ermöglicht werden.

Es steht zu bezweifeln, dass das Ausrichten von „Nettigkeiten“ und „roten Linien“ zu einem positiven und konstruktiven Verhandlungsergebnis führen wird, schon gar nicht dann, wenn die Ärztekammer vornehmlich mit sich selbst beschäftigt ist.

In der Diskussion wird übersehen, dass trotz aller Widrigkeiten die medizinische Versorgung mit hoher Motivation und Pflichtbewusstsein aller Berufsgruppen aufrechterhalten wird. In allen Meldungen geht dieser Aspekt verloren und das Ansehen der Ärzteschaft wird beschädigt.

Es bleibt zu wünschen, dass sich die Turbulenzen unserer Standesvertretung so schnell wie möglich auflösen und ein konstruktiver Dialog mit Entscheidungsträgern gesucht wird.

Ihr,  
Sebastian Roka

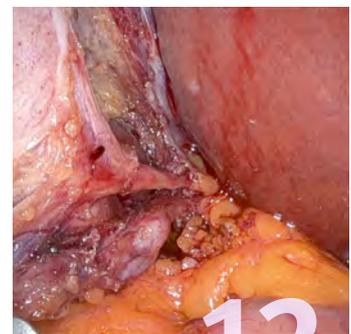
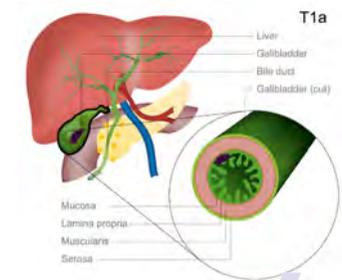
### KORRESPONDENZADRESSE



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

## Inhalt

- 2 Editorial
- 4 Zufallsbefund Gallenblasenkarzinom bei der Cholezystektomie  
AutorInnen: K. Esswein, E. Braunwarth, S. Schneeberger; Innsbruck
- 7 Pankreaskarzinom:  
Ist der histologische Nachweis vor Resektion ein Muss?  
AutorInnen: A. Faraj-Allah, P. Götzingler; St.Pölten
- 9 12. Forum Niedergelassener Chirurgen – Programm
- 10 How I do it – Cholezystektomie  
AutorInnen: S. Raab, A. Shamiyeh; Linz
- 12 How I do it – Sichere Cholezystektomie  
Autor: B. Glaser, Wien
- 14 How I do it – Laparoskopische Cholezystektomie  
Autorin: M. Bubenova, Salzkammergutklinikum Vöcklabruck
- 16 How I do it – Sichere Cholezystektomie  
Autorin: M. Ninkovic, Innsbruck
- 17 Themen der Zeit  
Personalmangel im OP – ist die OTA die Lösung?  
Autor: J. Smolle, Graz
- 19 Wie soll die OTA in den klinischen Alltag integriert werden?  
OTA – ein neues Mitglied im multiprofessionellen Team des  
Operationssaals  
Autorin: Jennifer Nieke, Linz
- 21 Im Portrait – der chirurgische Fragebogen:  
Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Klikovits, PhD  
OA Dr. Ingrid Haunold
- 22 Ausbildung am Limit – wenn man nicht mehr weiter weiß  
Autorin: M. Bubenova, Salzkammergutklinikum Vöcklabruck
- 23 Einladung zur BÖC Generalversammlung
- 24 22. Österreichischer Chirurgetag 2023 – Programm



24

## ÖGCH

- 26 Hospitationsbericht:  
Hepato-Pancreato-Biliary (HPB) Fellowship @ Karl J Oldhafer  
Autor: J. Längle, Wien
- 28 Protokoll der Vollversammlung der  
Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH

## Service

- 13 Impressum
- 33 Terminkalender
- 34 Ihre Ansprechpartner

## Zufallsbefund

## Gallenblasenkarzinom bei der Cholezystektomie

AutorInnen: K. Esswein, E. Braunwarth, S. Schneeberger; Innsbruck

Das Gallenblasenkarzinom ist eine seltene, jedoch aggressive Tumorerkrankung. In frühen Stadien sind die Symptome unspezifisch und so werden die meisten Gallenblasenkarzinome zufällig bei einer Vorsorgeuntersuchung oder im Rahmen einer Cholezystektomie entdeckt. Durch ein besseres Verständnis der Erkrankung und verbesserte Therapieoptionen konnte das Gesamtüberleben gesteigert werden, jedoch haben PatientInnen insgesamt eine immer noch schlechte Prognose. Die 5-Jahres-Überlebensraten für operable Gallenblasenkarzinome liegen zwischen 20 - 50 % (1-3). Die einzige Chance auf Heilung ist nach wie vor die vollständige chirurgische Entfernung des Tumors.

### Epidemiologie

In Westeuropa ist die Inzidenz der Gallenblasenkarzinome mit 1,6–2,0 Fälle pro 100 000 Einwohner gering (4). Frauen sind ungefähr dreimal häufiger betroffen als Männer (1, 5). Die Prognose ist stark vom Tumorstadium abhängig (6). Der wichtigste Risikofaktor für das Gallenblasenkarzinom sind Gallenblasensteine. Weitere Risikofaktoren sind eine Porzellangallenblase, Gallenblasenpolypen, eine primär sklerosierende Cholangitis, chronische bakterielle und parasitäre Cholangitiden (Bsp. Salmonellen), Malformationen (Bsp. Choledochuszysten), Adipositas und Diabetes mellitus (4, 6).

### Klinische Präsentation und Diagnostik

Viele PatientInnen stellen sich erst spät im Krankheitsverlauf vor. Im Frühstadium sind die Symptome häufig unspezifisch und können auch als Gallenkolik missinterpretiert werden. Etwa 70 % der Gallenblasenkarzinome werden inzidentell, während oder nach einer Cholezystektomie im Rahmen der histologischen Aufarbeitung des Präparates entdeckt. Bei jedem Verdacht, wie beispielsweise bei Unregelmäßigkeiten der Gallenblasenwand und insbesondere bei einem bildgebend vorliegenden Tumor mit soliden Anteilen, sollte präoperativ ein Gallenblasenkarzinom suspekt und eine entsprechende Abklärung durchgeführt werden.

### Operatives Vorgehen

Die vollständige Resektion (R0) ist der wichtigste prognostische Faktor für das Gesamtüberleben, daher ist ein überlegtes intra- und postoperatives Vorgehen wichtig (6).

Zu den Kontraindikationen für eine Resektion gehören Fernmetastasen, ein bilobäres multifokales Wachstum sowie ein Organüberschreiten, das eine vollständige Resektion ausschließt. Bei einer Infiltration in die Lebervenen oder auch in die Pfortader ist in manchen Fällen eine Resektion mit Rekonstruktion der Gefäße möglich und sinnvoll. Die chirurgischen Maßnahmen beinhalten in situ und ex-situ Resektion, gegebenenfalls mit einer kalten Perfusion und Kühlung der Leber bis eine Revaskularisation hergestellt ist. Bei Lymphknotenmetastasen (peripankreatisch, periduodenal, periportal, coeliacal) ist die Indikation streng zu stellen und nur bei gutem Risiko-Nutzen Profil zu überlegen.

Wie bei PatientInnen mit Verdacht auf ein cholangiozelluläres Karzinom, ist bei einer verdächtigen Masse der Gallenblase eine präoperative Gewebediagnose wünschenswert. Bei kleinen Herden in der Gallenblasenwand ist eine Biopsie jedoch oft nicht sinnvoll möglich und kann zu falsch-negativen Ergebnissen führen. Auch wegen des Risikos einer Ausbreitung des Tumors in das Peritoneum zu verursachen, soll in solchen Fällen gleich eine Cholezystektomie durchgeführt werden.

Prinzipiell besteht das vorrangige Ziel darin, eine Resektion im Gesunden mit negativen pathologischen Resektionsrändern (R0) zu erreichen. Die Überlebensraten von R1 resezierten PatientInnen entsprechen, ungeachtet vom Tumorstadium, der Prognose von PatientInnen mit einem Tumorstadium IV (7). Um sicher im Gesunden reseziieren zu können wird bereits ab dem Stadium T1b eine erweiterte Cholezystektomie empfohlen.

### Stadien-gerechte Resektion

T1a-Tumore, d. h. solche, die auf die Lamina propria beschränkt sind, werden oft bei oder nach einer einfachen Cholezystektomie entdeckt und erfordern bei freien Resektionsrändern keine Nachresektion. In diesem Stadium liegt das Risiko für Lymphknotenmetastasen bei 0–2% und die 5-Jahres Überlebensrate liegt bei bis zu 85–100% (8–11).

Bei T1b-Tumoren ist die Muskelschicht in der Gallenblase betroffen und die Resektion sollte als erweiterter Cholezystektomie, im Sinne einer Mitnahme des angrenzenden Lebergewebes sowie eine portale Lymphknotendissektion, durchgeführt werden (12).

T2-Tumore infiltrieren das perimuskuläre Bindegewebe und erfordern eine radikale Resektion, einschließlich der Entfernung der angrenzenden Leber mit großzügiger Indikation zur Resektion der angrenzenden Lebersegmente sowie der Lymphadenektomie des Ligamentum hepatoduodenale (12). Eine Gallengangsresektion ist gegebenenfalls zum Erreichen einer R0-Resektion notwendig (1, 2, 13). Das Ausmaß der erforderlichen Leberresektion hängt davon ab, ob ein Befall des rechten Pfortaderast bzw. der rechten Leberarterie vorliegt. Kann dies ausgeschlossen werden, kann eine Resektion der Segmente IVb und V durchgeführt werden. Die Dissektionsebene bei einer einfachen Cholezystektomie liegt innerhalb des perimuskulären Bindegewebes. Damit ist ab einem Tumorstadium T1b/T2 für eine komplette Tumorentfernung eine Resektion unter Mitnahme des Lebergewebes notwendig. Wenn nur eine Cholezystektomie im

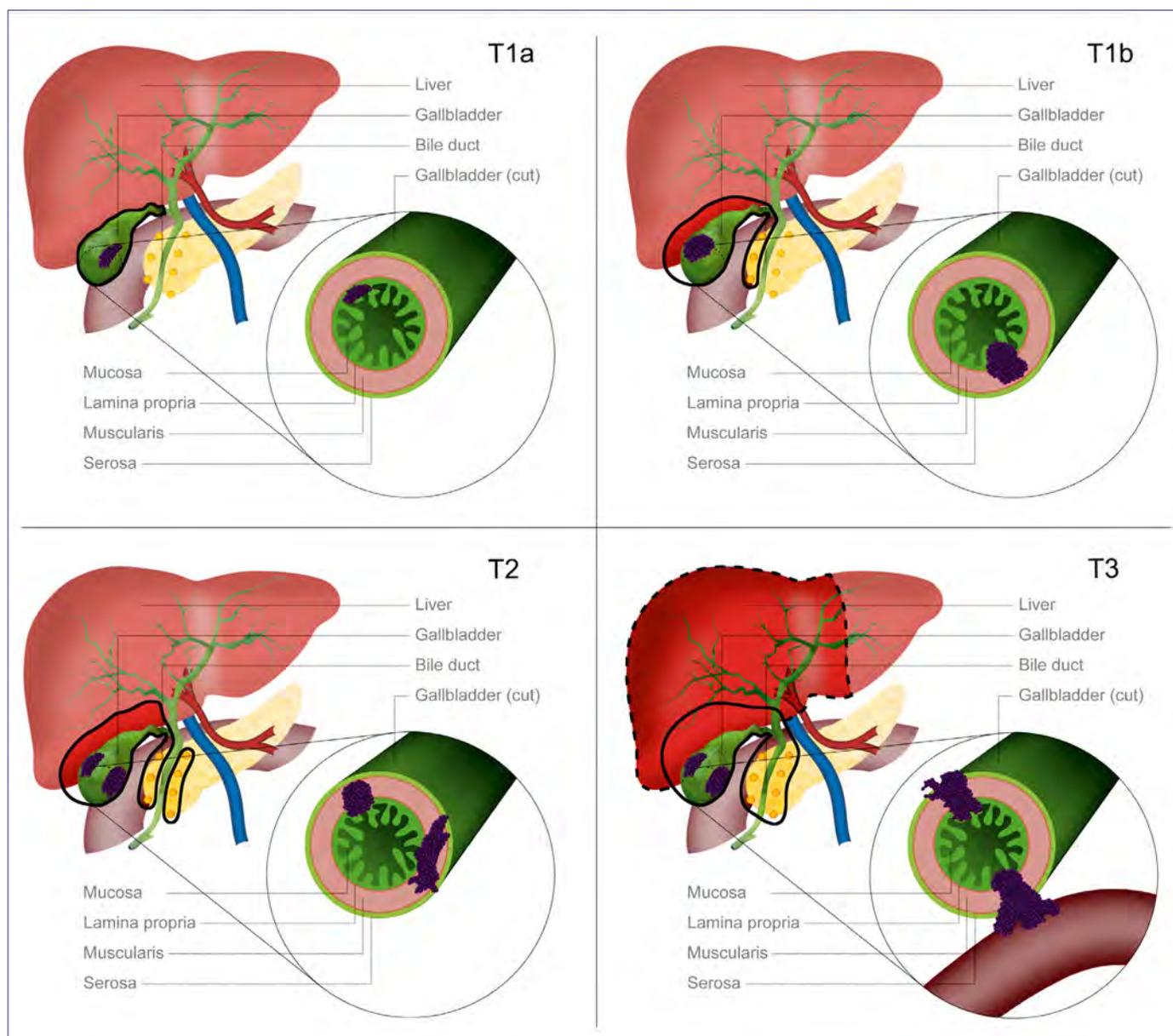


Abbildung: Darstellung des Resektionsausmaßes nach Tumorstadium

Stadium T2 durchgeführt wird, beträgt das 5-Jahres-Überleben 20% im Vergleich zu 70% nach radikaler Resektion (14).

Bei einer lokal fortgeschrittenen Erkrankung (T3/T4) ist eine erweiterte Leberresektion notwendig. Das erforderliche Ausmaß der Leberresektion hängt von Gefäß- und Parenchyminvasion ab und sollte so gewählt werden, dass eine R0-Resektion erreicht wird (2). Gegebenenfalls sind Augmentationsverfahren zum Erreichen eines ausreichenden Volumens der zukünftigen Restleber notwendig. Aortocaval, retropankreatisch oder coeliakal liegende Lymphknoten sind als Fernmetastasen zu werten.

### Gallenblasenkarzinom als Zufallsbefund während der Cholezystektomie

Falls während einer Cholezystektomie tumorverdächtiges Gewebe entdeckt wird, sollte eine Resektion ausreichend im gesunden Gewebe und eine Schnellschnittdiagnostik durchgeführt werden. Es wird empfohlen die Bergung der Gallenblase in einem Beutel durchzuführen, um eine Tumorzellverschleppung zu vermeiden. Wird ein Karzinom diagnostiziert, hängt die Notwendigkeit zur Erweiterung der Operation vom T-Stadium ab. Falls diese im Schnellschnitt nicht ausreichend beurteilt werden kann, muss gegebenenfalls

abgewartet werden, bis eine vollständige histopathologische Auswertung vorliegt. In jedem Fall sollte eine Exploration des Abdomens erfolgen, um Metastasen auszuschließen.

Je nach Tumorstadium gelten die im vorherigen Abschnitt beschriebenen onkologischen Resektionen. Wenn diese an einer Einrichtung nicht durchgeführt werden kann, sollte die Operation abgebrochen werden und die Transferierung an ein Zentrum erfolgen. Wenn am Ende eine tumorstadiengerechte, radikale Resektion erfolgt, hat das zweizeitige Vorgehen keinen negativen Einfluss auf das Ergebnis (3, 15).

**Tabelle 1: Behandlungsempfehlung nach Tumorstadium**

Tumorstadium	Empfohlenes operatives Vorgehen	Kommentar
1a	Einfache Cholezystektomie	85–100 % Heilungsrate
1b	Erweiterte Cholezystektomie, Resektion der Lebersegmente IVb und V sowie eine portale Lymphknotendisektion	
2	Erweiterte Cholezystektomie, mind. Resektion der Lebersegmente IVb und V sowie eine Lymphadenektomie des Ligamentum hepatoduodenale Gallengangsresektion nur wenn für R0 Resektion erforderlich	
3	Erweiterte Cholezystektomie, Leberresektion (Segmente IVb, V) mit Gallengangsresektion und ggf. erweiterter Hepatektomie	Häufiger sind Gallengang und rechtsseitige Gefäßstrukturen betroffen, was eine Leberresektion erfordert
4	Wie bei Stadium III, wenn resektabel	Oft inoperabel wegen Invasion der Hilusgefäße

### Diagnosestellung postoperativ nach einer Cholezystektomie

Wird die Diagnose eines Gallenblasenkarzinoms nach einer Cholezystektomie im Zuge der histologischen Aufarbeitung entdeckt, muss zunächst ein Staging mittels Schnittbildgebung erfolgen. Eine Computertomographie des Körperstamms sollte zum Ausschluss von Metastasen durchgeführt werden. Zur Beurteilung der lokalen Ausbreitung hilft gegebenenfalls die Durchführung eines MRTs/MRCP. Falls sich aus der Befunderweiterung die Indikation für eine Leberresektion ergibt, sollte der Gesundheitszustand, die Leberfunktion und das verbleibende Leberrestvolumen evaluiert werden. In jedem Fall sollten die chirurgischen Maßnahmen zum Erreichen einer R0-Resektion durchgeführt werden. Fong et al. zeigten, dass die 5-Jahres-Überlebensrate bei PatientInnen, bei denen nach einer zweiten Operation eine chirurgische Tumorfreiheit erzielt wurde, mit 61 % deutlich höher war als bei denjenigen, die nicht radikal nachoperiert wurden (19 % 5-Jahres-Überleben) (3). Die R0-Resektion hat den stärksten Einfluss auf das Überleben. Das gilt auch bei höheren Tumorstadien (1, 7, 15). Ab einem Stadium T1b wird

gegebenenfalls eine Nachresektion so früh wie möglich empfohlen (4). Bereits im Stadium T2 ist eine Infiltration der Leber in bis zu 25% der Fälle beschrieben und es finden sich Lymphknotenmetastasen in bis zu 50% (16). Daher beinhaltet das chirurgische Vorgehen eine Lymphadenektomie sowie dem T-Stadium entsprechender Resektion der angrenzenden Leber(8).

Für ein adäquates Staging wird eine Entfernung von mindestens 6 Lymphknoten empfohlen. Die regionale Lymphadenektomie umfasst die Lymphknoten im Ligamentum hepatoduodenale, Ligamentum hepatogastricum und retroduodenal. Falls in einer initialen laparoskopischen Cholezystektomie keine Bergung der Gallenblase in einem Beutel stattgefunden hat, ist eine Resektion der Trokarstellen aufgrund von Tumorzellverschleppung zu erwägen (4).

### Zusammenfassung

Die meisten Gallenblasenkarzinome werden inzidentell im Rahmen einer Cholezystektomie entdeckt. Da die R0-Resektion der wichtigste prognostische Faktor ist, sollte in jedem Fall eine Resektion zum Erreichen eines R0 Stadiums versucht werden. □

### LITERATUR

- Goetze TO et al. (2010): Surg Endosc. 24(9):2156-64.
- D'Angelica M et al (2009): Ann Surg Oncol.: 16(4):806-16.
- Fong Y et al. (2000): Ann Surg.: 232(4):557-69.
- Vogel A et al. (2023): Ann Oncol. 34(2):127-40.
- Lazcano-Ponce EC et al. (2001): CA Cancer J Clin.:51(6):349-64.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2022), AWMF-Registernummer: 032/053OL,2022.
- Butte JM et al. (2014): J Am Coll Surg.: 219(3):416-29.
- Sahara K et al. (2020): J Surg Oncol.:121(3):503-10.
- Shirai Y et al. (1992): Ann Surg.: 215(4):326-31.
- You DD et al. (2008): Ann Surg.: 247(5):835-8.
- Søreide K et al. (2019): Br J Surg.: 106(1):32-45.
- Pierre-Alain Clavien MGS et al. (2016): Atlas of Upper Gastrointestinal and Hepatology-Pancreato-Biliary Surgery. Second edition
- Parks RW et al. (2019): Hepatobiliary and Pancreatic Surgery
- De Aretxabala XA et al. (1997): Eur J Surg.: 163(6):419-26.
- Foster JM et al. (2007): Ann Surg Oncol.: 14(2):833-40.
- Ito H et al. (2011): Ann Surg.: 254(2):320-5.

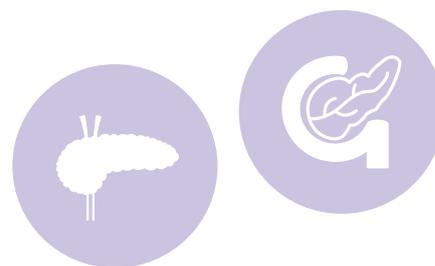
## KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. med. Katharina Esswein**  
 Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie  
 Department Operative Medizin  
 Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria  
 Anichstraße 35  
 A- 6020 Innsbruck  
 E-Mail: katharina.esswein@tirol-kliniken.at

# Pankreaskarzinom: Ist der histologische Nachweis vor Resektion ein Muss?

AutorInnen: A. Faraj-Allah, P. Götzinger; St.Pölten



## Hintergrund

Das Pankreaskarzinom, das zu über 95 % als Adenokarzinom aus dem exokrinen Anteil des Pankreas entsteht, gehört zu den fünf häufigsten onkologischen Todesursachen in der westlichen Welt (1). In Österreich erkranken jährlich ca. 1900 Menschen an einem Pankreaskarzinom. Das 5-Jahres-überleben beträgt derzeit ca. 11 %. Die niedrige Überlebensrate resultiert aus mehreren Faktoren, zu denen die späte Diagnosestellung, die Operabilität sowie die frühe Metastasierung zählen.

In den letzten Jahren hat auch beim Pankreaskarzinom die multimodale Therapie immer mehr an Stellenwert gewonnen, wobei jedoch nach wie vor die chirurgische Resektion die Therapie der ersten Wahl bei primär resektablen PatientInnen darstellt.

## Bildgebende & laborchemische Diagnostik

Die Diagnostik des Pankreaskarzinoms stützt sich in erster Linie auf die bildgebenden Verfahren. Neben der Magnetresonanztomographie ist es vor allem die hochauflösende, kontrastmittelverstärkte Computertomografie (CT), die relevante Auskunft hinsichtlich Charakteristik des Tumorgewebes, Staging und Operabilität gibt. Mit beiden Verfahren kann eine diagnostische Sensitivität von ca. 93–96 % erreicht werden (2). Nur untergeordnete Bedeutung in der diagnostischen Entscheidung hinsichtlich Operabilität haben die Positronen-Emissionstomographie (PET) und der endoskopische Ultraschall (EUS). Der EUS hat seinen Platz bei PatientInnen mit inoperablen Verhältnissen, die eine palliative Chemotherapie benötigen oder bei PatientInnen mit Borderline-Resektabilität, die eine neoadjuvante Therapie notwendig macht. Voraussetzung für diese palliative oder neoadjuvante Therapie ist der histologische Nachweis des Tumors, der mittels endosonographischer Nadelbiopsie gelingen kann (3).

Die Bestimmung der serologischen Tumormarker CA 19-9 (Carbohydrat-Antigen 19-9) und CEA (Carcinoembryonales Antigen) geben einen weiteren Hinweis auf die Dignität der pankreatischen Läsion. Beachtet werden muss jedoch, dass der Tumormarker CA 19-9 ein Antigen im Lewis-Blutgruppensystem darstellt und dieses Antigen bei ca. 15 % der PatientInnen nicht exprimiert wird, was wiederum zu einer falsch negativen Aussage führen kann (1).

## Stellenwert der histologischen Diagnostik in der präoperativen Abklärung

Auch heute noch wird die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der präoperativen Biopsie suspekter Pankreastumore kontrovers diskutiert. Es wird allgemein akzeptiert, dass PatientInnen mit systemischen oder peritonealen Metastasen eines Pankreaskarzinoms für eine Resektion nicht infrage kommen. Diese PatientInnen mit systemisch fortgeschrittener Pankreaskarzinomerkrankung brauchen die histologische Abklärung vor einer palliativen Chemotherapie (3).

Ähnlich verhält es sich mit PatientInnen mit lokal fortgeschrittenen, aber potentiell resektablen Tumoren. Hier ist die histologische Abklärung vor neoadjuvanter Chemotherapie angezeigt. Zur histologischen Abklärung stehen, wie bereits erwähnt, die endosonographisch gezielte Feinnadelaspiration bzw. -biopsie und/oder die sonographisch/CT-gezielte perkutane Biopsie zur Verfügung (4).

Bei Pankreastumoren, die in den bildgebenden Verfahren als primär resektabel eingestuft werden, kann jedoch auf die histologische Abklärung verzichtet werden. Einerseits besteht das nicht zu vernachlässigende Risiko der Tumorzellaussaat und andererseits besteht die Möglichkeit einer falsch negativen Diagnose. Diese Einschätzung wird in den aktuellen NCCN (National

Comprehensive Cancer Network) Guidelines unterstützt (1). Es wird in diesen Guidelines festgehalten, dass der histologische Nachweis unterlassen werden kann, wenn die solide Pankreasraumforderung in den bildgebenden Verfahren als maligne und als primär resektabel eingeschätzt wird. Seltener kann eine solide pankreatische Raumforderung durch einen endokrinen Tumor, ein Azinuszellkarzinom, einen mesenchymalen Tumor oder eine Metastase verursacht werden. Ohne Zeichen einer systemischen Erkrankung stellt auch bei diesen selteneren Ursachen die operative Resektion den alleinigen kurativen Therapieansatz dar. Einzig PatientInnen mit einem Lymphom profitieren nicht von der Resektion. Das primäre Pankreaslymphom ist jedoch sehr selten und macht deutlich weniger als 0,5 % aller Pankreastumore aus (3).

In einer Metaanalyse von Hartwig W. et al. aus dem Jahr 2008 wurden 53 Studien retrospektiv analysiert, die sich mit der Rolle der präoperativen Biopsie bei Pankreastumoren beschäftigten. Hier zeigte sich eine hohe falsch negative Rate der Biopsien von bis zu 20 % bei soliden Tumoren. Hinzu kam das Risiko der durch die Probeentnahme verursachten Komplikationen. Darüber hinaus wird durch die angestrebte präoperative Diagnosesicherung die Wartezeit auf die Operation deutlich verlängert (5).

In einer Arbeit von Brugel M. et al. wurden Patientengruppen mit einem Pankreaskarzinom verglichen, die innerhalb von 2 Wochen operiert wurden, sowie jene, die eine zeitliche Verspätung bis zur Operation erfuhren. Es zeigte sich in der später behandelten Gruppe eine höhere Rate an Venenresektionen sowie präoperativer biliärer Ableitungen (6).

In einer Studie von Pandé R. et al. zeigte sich neben der höheren Erfolgsrate der Operationen, auch eine Kostenreduktion,



da bei kürzerer Wartezeit zwischen bildgebender Diagnostik und Operation keine Interventionen im Sinne eines Stenting notwendig sind (7).

Bezogen auf eine Publikation von Gamboa AC. et al. aus dem Jahr 2020, die 29167 PatientInnen inkludierte, wurde ebenso die Auswirkung der Verzögerung auf die Therapie evaluiert. In der Gruppe der PatientInnen, die in den ersten 6 Wochen behandelt wurden, zeigt sich ein signifikant höheres Überleben als bei jenen, die 7 bis 12 Wochen nach Diagnosestellung behandelt wurden (8).

Eine retrospektiv durchgeführte Arbeit aus dem Jahr 2018 von Apollos JR. et al. untersuchte 153 PatientInnen, die im Zeitraum von 2010 bis 2016 aufgrund eines Pankreaskarzinoms behandelt wurden. Dabei zeigte sich eine signifikante Verzögerung in der Diagnosestellung bei jenen PatientInnen, die einer endoskopischen Abklärung unterzogen wurden, im Vergleich zu jenen ohne eben diesen Voruntersuchungen (9).

## Zusammenfassung

Bezogen auf die klinische Praxis wurden an der Abteilung für Chirurgie, Universitätsklinikum St. Pölten, von 2020 bis Mitte 2023 156 Pankreasresektionen bei Tumorverdacht durchgeführt. Dabei lagen bei lediglich 39 PatientInnen (25 %) präoperative histologische Proben vor. Bei allen operierten PatientInnen lag im postoperativen Präparat ein Malignom vor. Dies bestärkt die Aussage, dass bei Pankreastumoren, die bildmorphologisch Malignitätskriterien aufweisen und technisch resektabel sind, keine präoperative histologische Abklärung notwendig ist, um die korrekte Indikation zur Resektion zu stellen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass durch den Verzicht auf die histologische Abklärung suspekter, primär resektabler Pankreasläsionen die Wartezeit auf die chirurgische Resektion signifikant gesenkt werden kann. Durch die Zuweisung eben dieser PatientInnen an ein Pankreaszentrum können in einer interdisziplinären Besprechung, z.B. einem Viszeralboard, die diagnostischen, interventionellen und therapeutischen Optionen diskutiert und damit der weitere Behandlungspfad zeitnah festgelegt und umgesetzt werden.

## LITERATUR

1. Margaret A. Tempero et al. (2021): Pancreatic Adenocarcinoma Version 2.2023 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)
2. Chu L. et al. (2017): Diagnosis and Detection of pancreatic cancer. *Cancer J* 2017 Nov/Dec; 23(6): 333-342
3. Hartwig W. et al. (2008): Preoperative tissue diagnosis for tumours of the pancreas *Br J Surg.* 2009 Jan;96(1):5-20. doi: 10.1002/bjs.6407. PMID: 19016272.
4. Clarke DL et al. (2004): The role of preoperative biopsy in pancreatic cancer. *HPB (Oxford).* 2004;6(3):144-53. doi: 10.1080/13651820410030862. PMID: 18333068; PMID: PMC2020672.
5. Böttger T. et al. (1998): Preoperative diagnostics in pancreatic carcinoma: would less be better? *Langenbecks Arch Surg.* 1998 Aug;383(3-4):243-8. doi: 10.1007/s004230050126. PMID: 9776450.
6. Brugel M. et al. (2021): Time from first seen in specialist care to surgery does not influence survival outcome in patients with upfront resected pancreatic adenocarcinoma. *BMC Surg.* 2021 Dec 7;21(1):413. doi: 10.1186/s12893-021-01409-7. PMID: 34876080; PMID: PMC8649990
7. Pandé R. et al. (2019): Evaluation of the clinical and economic impact of delays to surgery in patients with periampullary cancer. *BJs Open.* 2019 Apr 2;3(4):476-484. doi: 10.1002/bjs5.50161. PMID: 31388640; PMID: PMC6677092.
8. Gamboa AC. et al: Optimal timing and treatment strategy for pancreatic cancer. *J Surg Oncol.* 2020 Sep;122(3):457-468. doi: 10.1002/jso.25976. Epub 2020 May 29. PMID: 32470166; PMID: PMC7396281
9. Apollos JR, Sami S, Prasanth MN, Jeyakumar J, McFadyen AK. Pre-diagnostic delays caused by gastrointestinal investigations do not affect outcomes in pancreatic cancer. *Ann Med Surg (Lond).* 2018 Sep 10;34:66-70. doi: 10.1016/j.jamsu.2018.07.011. PMID: 30254746; PMID: PMC6149195.

## KORRESPONDENZADRESSEN



**Ass.Dr.med.univ. Ayah Faraj-Allah**  
Klinische Abteilung für Chirurgie  
Universitätsklinikum St.Pölten  
Dunant-Platz 1, 3100 St.Pölten  
E-Mail: ayah.faraj-allah@stpoelten.lknoe.at



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



11. November 2023

## 12. Forum Niedergelassener Chirurgen

Congress Casino Baden

### Unsere diesjährigen Themen

**08.30 – 09.30 ENDOSKOPIE/OBERER GI-Trakt**

08.30 – 09.00 Pathologie des Ösophagus  
*Prof. Dr. Martin Klimpfinger, Wien*

09.00 – 09.30 First-Line-Endoskopiker/  
Worauf muß man achten/Sinnvolle Scores  
*OA Dr. Josef Holzinger, Salzburg*

**09.30 – 10.00 STANDESPOLITIK**  
**Vorsorge-Coloskopie NEU**  
*Dr. Anton Weiser, Wien*

10.00 – 10.30 KAFFEEPAUSE

**10.30 – 12.00 SEDIERUNG IN DER NIEDERLASSUNG/PRAXIS**

10.30 – 11.00 Aus der Sicht des Anästhesisten  
*Dr. Mario Rauter, Wien*

11.00 – 11.30 Aus der Sicht des Chirurgen/Endoskopikers  
*Dr. Anton Weiser, Wien*

11.30 – 12.00 Aus der Sicht der Juristin  
*Dr. Martina Haag, St. Pölten*

12.30 MITTAGESSEN / BRÖTCHENBUFFET

**Save the date**

in Kooperation mit:



Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgie (ÖGCH)

## How I do it – Cholezystektomie

AutorInnen: S. Raab, A. Shamiyeh; Linz

Das Wichtigste in der Ausbildung ist, für jede Operation einen Standard zu haben. Gewisse Punkte werden bei jeder Operation in gleicher Abfolge durchgeführt. Genauso bei der laparoskopischen Cholezystektomie. Jede Operation ist im Kepler Universitätsklinikum standardisiert und als SOP im System festgehalten.

### Trokarstellung

Schlüsselwörter: französische/amerikanische Position, Reduced Port

Zwischen der französischen und der amerikanischen Lagerung haben wir uns für die amerikanische Variante entschieden (Fig. 1). Der/die Chirurg/in steht zwischen den Beinen des/der Patienten/in. Der/die Patient/in ist in Anti-Trendelenburglagerung leicht nach links gelagert, die 1. Assistentz steht auf der linken und die 2. Assistentz auf der rechten Patientenseite (bei Bedarf).

Variante 1 (Reduced Port): Multiport transumbilical (bei Bedarf 3mm Port rechte vordere Axillarlinie) (Fig. 2)



Fig. 1: Lagerung des Patienten



Fig. 2: Wunde direkt postoperativ (Single Port)

Variante 2: Der Kameratrokar befindet sich supraumbilikal, die Gallenblasenfasszange epigastrisch links oder rechts des Ligamentum falciforme (bei langem Ligament links zur Hebelung des Ligaments), die beiden Arbeitstrokare jeweils in der rechten vorderen Axillarlinie eine Handbreit unterhalb des Rippenbogens und links medioclavikular oberhalb des Nabels.

### Landmarks und intraoperative Sicherheitsmaßnahmen

Schlüsselwörter: Rundumblick, Calot'sches Dreieck, Budde-Rocko Dreieck, Critical View of Safety, Cholangiografie, intraoperative ERCP

Zuerst erfolgt ein Rundumblick in allen 4 Quadranten, wie bei jeder Operation. Dies wird im OP Bericht auch so festgehalten. Nach dem Aufspannen der Gallenblase (Fundus Richtung Zwerchfell, Infundibulum nach rechts) dient der Rouviere's Sulcus zur Einstiegshilfe (Fig. 3). Darüber liegt nun der Ductus cysticus und die Arteria cystica, darunter der Ductus choledochus. Auch der Lymphknoten stellt eine Landmarke für die darunter lokalisierte A. cystica dar. Das Peritoneum wird inzidiert, mit dem Ziel der Freipräparation des Calot'schen Dreiecks (welches im weiteren Sinne dem Budde-Rocko Dreieck entspricht), das durch den D. cysticus, den DHC und Leberunterrand begrenzt wird. Die beiden Strukturen werden dann sorgfältig freipräpariert und das untere Drittel der Gallenblase aus dem Leberbett mobilisiert. Es erfolgt nun der „Critical view of safety“ [1] der genannten Strukturen im Rahmen eines 5-Sekunden Time Outs (Fig. 4). Dieses wird mittels Foto dokumentiert. Generell wird die gesamte Operation mitgefilmt.

Anschließend erfolgt routinemäßig eine intraoperative Cholangiografie (IOC). Warum? Um das Röntgen, die Anatomie und Pathologien bzw. Normvarianten kennenzulernen und in schwierigen Situationen (akut,

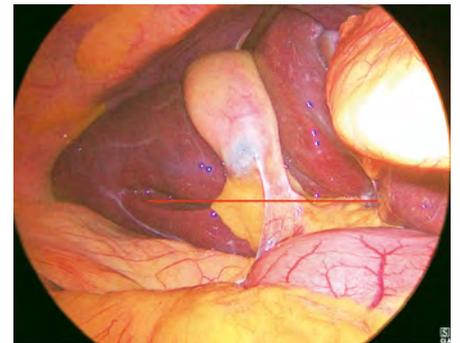


Fig. 3: Rouviere's Sulcus

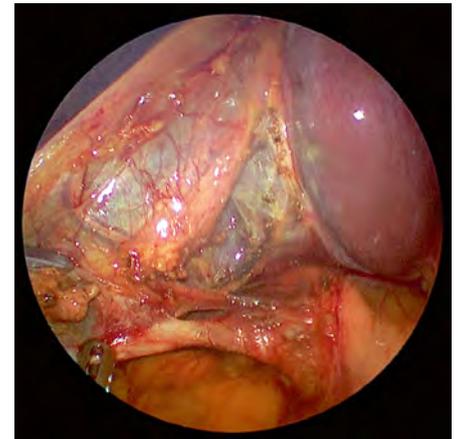


Fig. 4: Critical View of safety

anatomische Varianten) selbst richtig interpretieren, das Problem managen zu können und Fehler zu minimieren. Außerdem müssen auch asymptomatische Gallengangsteine immer entfernt werden. In diesen Fällen wird bei uns eine intraoperative ERCP durchgeführt, die bei Cholezysto-, Choledocholithiasis 24/7 stattfindet. Wird die IOC routinemäßig durchgeführt, so funktioniert dies auch ohne Zeitverlust und Aufwand. Am Ende der Operation folgt der abschließende Rundumblick und Entfernen der Trokare unter Sicht.

### Timing und Technik bei akuter Cholezystitis

Grundsätzlich wird eine akute Cholezystitis sobald als möglich nach stationärer

Aufnahme operiert, dies sollte innerhalb von 72 Stunden erfolgen. Bei uns an der Klinik spätestens am nächsten Tag, sollte sich die Operation nachts nicht mehr ausgeben wegen dringender gereihter Operationen. Bis dahin erhält der/die Patient/in eine intravenöse Antibiose. Bei einer Cholezystitis ohne akuten Abdomen werden bei ungünstigen vorliegenden Kombinationen (zB.: Antikoagulation, nicht nüchtern) diese vorerst optimiert.

Assistenten/innen dürfen nach Freigabe durch den/die Vorgesetzte/n auch ohne Facharzt/Fachärztin eine LCHE durchführen – im Falle von Schwierigkeiten muss jedoch bevor umgestiegen wird ein/e erfahrene/r Chirurg/in in den OP beigezogen werden.

### Dokumentation / Aufklärung

Präoperativ:

- Unterzeichnete Aufklärung nach entsprechendem Gespräch
- Alternative Behandlungsmöglichkeiten
- Typische Komplikationen (Choledochusverletzung <0,2%, Nachblutung)

OP Bericht (zeitnah diktieren – am besten innerhalb von 24h)

Neben den einzelnen OP Schritten zwingend zu diktieren:

- Erster Rundumblick
- Critical View of safety
- Abschließender Rundumblick

### Tipps am Anfang

- bei schwierigen anatomischen Verhältnissen einen zusätzlichen Trokar setzen (zB: Spatel für Leber/Omentum)
- Unklare anatomische Strukturen erkenntlich machen bevor etwas durchtrennt/geklippt wird
- Wenn vorhanden: ICG (Indocyaningrün) zur Darstellung des DHC

### LITERATUR

1. Montalvo-Javé EE, Contreras-Flores EH, Ayala-Moreno EA, Mercado MA. Strasberg's Critical View: Strategy for a Safe Laparoscopic Cholecystectomy. Euroasian J Hepatogastroenterol. 2022;12(1):40-44

## KORRESPONDENZADRESSE



Ass. Dr. Sandra Raab  
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Kepler Universitätsklinikum GmbH  
Med Campus III.  
Krankenhausstraße 9, 4021 Linz  
E-Mail:sandra.raab@kepleruniklinikum.at

# BÖC WEBINARE



Berufsverband  
Österreichischer  
Chirurgen

Wie schon in den Vorjahren seit 2020, führt der BÖC auch 2023 die erfolgreiche Webinar-Reihe fort.

Die nächsten Termine und Themen sehen Sie auf der Website [www.boec.at](http://www.boec.at) unter „BÖC Akademie“.

Mit freundlicher Unterstützung

**ETHICON**

Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

# How I do it – Sichere Cholezystektomie

Autor: B. Glaser, Wien

Die Cholezystektomie (CHE) ist eine der am häufigsten durchgeführten viszeral-chirurgischen Eingriffe. Seit der Erstbeschreibung 1985 hat sich die laparoskopische Technik als Goldstandard etabliert und zählt heutzutage zu den Ausbildungsoperationen.

Die Verletzung des Gallengangs stellt eine zwar seltene, aber typische und schwerwiegende Komplikation der Cholezystektomie dar. Ein standardisiertes Vorgehen und die Beachtung anatomischer „landmarks“ sind entscheidend für die Sicherheit der Patient:innen und auch aus gutachterlicher Sicht einzuhalten und zu dokumentieren.

Mit Einführung der chirurgischen Robotersysteme wird die Cholezystektomie an unserer Abteilung auch da als Ausbildungseingriff durchgeführt. Obwohl die Lagerung und die verwendeten Instrumente unterschiedlich sind, bleiben die geforderten Standards die gleichen.

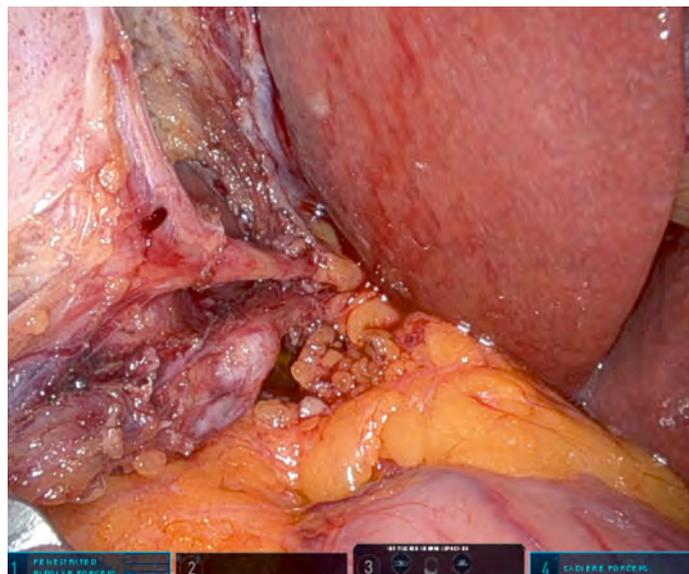
Der/die Patient:in wird in „French-Position“ (mod. Lloyd-Davis Lagerung) gelagert, wobei der Operateur zwischen den Beinen und die 1. Assistenz auf der linken Patientenseite steht. Bei Verwendung des Roboters sind Patient:innen in Rückenlage gelagert. Der erste Trokar wird infraumbilical durch offenes Eingehen über die Nabelücke (Ablösen des Nabelstegs) oder bei stark adipösen PatientInnen mittels Visiport-Technik, nach Insufflation mit der Veres-Nadel, gesetzt. Ein 12 mm Trokar für die rechte Hand des Operateurs wird in Triangulation mit dem Kameraport im linken Epigastrium und ein 5 mm Port für die linke Hand im rechten Oberbauch gesetzt. Der 5 mm Assistenzport befindet sich im linken Oberbauch (rechte Hand der Assistenz) und dient zum Anheben der Gallenblase. Bei Verwendung des Roboters werden vier 8 mm Ports in einer Reihe im rechten Winkel auf eine gedachte Linie Richtung rechte Schulter gesetzt.

Ich beginne mit der Eröffnung des Peritoneums am Gallenblaseninfundibulum, wobei ich dafür gerne bei der Laparoskopie ein Häkchen und beim Roboter eine monopolare Schere verwende.

Als Orientierungshilfe dient der **Cysticus Lymphknoten**, der im Calot'schen Dreieck oberflächlich zur A. cystica liegt. [2] Wichtig

ist die zirkuläre Abpräparation des Peritoneums bis zur Leber und die Mobilisation des sog. **Hartmann's Pouch**. Dieser ist eine Aussackung des Gallenblasen-Infundibulums, der aus laparoskopischem Blickwinkel den Ductus cysticus verdecken kann. Bei starker Ausprägung des Hartmann's Pouch kann eine fehlende Darstellung den Operateur zur Präparation direkt am Ductus choledochus verleiten.

Eine der wesentlichsten Aspekte zur sicheren Identifikation der Strukturen der Gallenblase stellt der erstmals von Strasberg et al. im Jahr 1995 beschriebene **Critical View of Safety (CVS)** dar. Diese intraoperative Sicherheitsmaßnahme wird von vielen internationalen Gesellschaften und Leitlinien als wichtigster Parameter der sicheren Cholezystektomie gesehen.



Critical View of Safety (CVS) bei robotisch assistierter CHE - Ductus cysticus, Arteria cystica und unteres Drittel des Gallenblasenbettes präpariert

Eine weitere wichtige anatomische Landmark ist das **Calot'sches Dreieck** [1], welches durch Ductus hepaticus communis, Ductus cysticus und hinterem Leberrand gebildet wird. In diesem wird durch vorsichtige Präparation, nach Darstellung des Ductus cysticus, die A. cystica aufgesucht (CAVE: anatomische Variabilität). Hilfreich ist es auch den **Rouviere's Sulcus** [2] zu identifizieren. Hier tritt die portale Trias in den rechten Leberlappen ein. Die Präparation sollte immer kranial des **Rouviere's Sulcus** stattfinden um eine Verletzung der portalen Trias zu vermeiden.

Der erste Schritt dabei ist die Identifikation der oben beschriebenen Landmarks und die Präparation des Calot'schen Dreiecks, sowie des unteren Drittels des Gallenblasenbettes. Das Calot'sche Dreieck sollte derart auspräpariert werden, dass Ductus cysticus und Arteria cystica die einzig verbleibenden Strukturen darstellen, die zur Gallenblase ziehen. Erst dann ist eine eindeutige Identifikation gewährleistet. Vor Versorgung und Durchtrennung der Strukturen führen wir ein kurzes Time-out durch, um die Qualität des CVS gemeinsam mit der Assistenz zu überprüfen. Aus juristischen Gründen, würde ich empfehlen

diesen Schritt mittels Foto im Krankenakt zu dokumentieren und dezidiert im OP-Bericht zu vermerken. [3][1] Anschließend werden Arterie und Ductus cysticus selektiv mit Clips versorgt. Ich bevorzuge dabei selbst-einrastende Kunststoff-Clips, wobei ich patientenseitig zur Sicherheit zwei Stück setze. Das Herauslösen der Gallenblase sollte sorgfältig in der richtigen Schicht erfolgen, um keine oberflächlichen Strukturen im Leberbett zu verletzen. Ich berge die Gallenblase am Ende der Operation über die umbilicale Inzision mittels Bergebeutel. Drainagen verwende ich in der Regel keine, außer bei akuten Entzündungen.

Eine routinemäßige intraoperative Cholangiographie (IOC) führen wir bei uns nicht mehr durch. Eine Reduktion der Gallengangsverletzungen konnte in Studien nicht gezeigt werden. Nichtsdestotrotz sollte die Technik der IOC beherrscht werden, da sie in schwierigen anatomischen Situationen oder fraglichen Gallengangsverletzungen eine sofort verfügbare und zuverlässige Darstellung des Gangsystems ermöglicht [4].

Im Falle einer akuten Entzündung ist das Timing der Operation ein wesentlicher Faktor. Der beste Zeitpunkt für die Operation

wurde bislang kontrovers diskutiert. Im Allgemeinen gilt aber: „Je früher desto besser“! Eine rezente Metaanalyse zeigte, dass eine Operation innerhalb von 72 Stunden nach Symptombeginn das Risiko für postoperative Komplikationen reduzieren kann (RR = 0.6). Das Timing der Operation sollte sich eher nach dem Onset der Symptome, als nach dem Zeitpunkt der Aufnahme richten. [5] Die oben beschriebenen technischen Aspekte und Landmarks sollten im akuten Setting ebenso beachtet werden.

**Die Kenntnis der anatomischen Landmarks und die Beachtung der intraoperativen Sicherheitsmaßnahmen (Critical View of Safety), sowie das optimale Timing bei akuter Cholezystitis sind wesentliche Aspekte einer sicheren Cholezystektomie.** □

## LITERATUR

1. Yamashita Y, Kimura T, Matsumoto S. A safe laparoscopic cholecystectomy depends upon the establishment of a critical view of safety. *Surg Today* 2010;40:507–13. doi:10.1007/s00595-009-4218-z
2. Gupta V, Jain G. Safe laparoscopic cholecystectomy: Adoption of universal culture of safety in cholecystectomy. *World J Gastrointest Surg* 2019;11:62–84. doi:10.4240/wjgs.v11.i2.62
3. Gupta V. How to achieve the critical view of safety for safe laparoscopic cholecystectomy: Technical aspects. *Ann Hepato-Biliary-Pancreat Surg* 2023;27:201–10. doi:10.14701/ahbps.22-064
4. Kovács N, Németh D, Földi M, et al. Selective intraoperative cholangiography should be considered over routine intraoperative cholangiography during cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc* 2022;36:7126–39. doi:10.1007/s00464-022-09267-x
5. Borzellino G, Khuri S, Pisano M, et al. Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *World J Emerg Surg WJES* 2021;16:16. doi:10.1186/s13017-021-00360-5

## KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. Benjamin Glaser**  
Chirurgische Abteilung  
Klinik Donaustadt  
Langobardenstraße 122  
A-1220 Wien  
E-Mail: benjamin.glaser@gesundheitsverbund.at

## Impressum

### CHIRURGIE

Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

### HERAUSGEBER



Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)



Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

### CHEFREDAKTEUR

Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian Roka

### STV. CHEFREDAKTEUR

Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann

### REDAKTION

BÖC Geschäftsstelle:  
Catherine Tomek

### REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG

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

### REDAKTIONSTEAM

Dr. Maria Bubenova  
Kepler Universitätsklinikum Linz

Priv. Doz. Dr. Georg Györi  
Medizinische Universität Wien

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

Dr. Elisabeth Gschwandtner  
Medizinische Universität Graz

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

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

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

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

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

Priv.-Doz. Dr. Stefan Stättner  
KH Vöcklabruck

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

OA Dr. Karl-Franz Wolllein  
Evangelisches Krankenhaus Wien

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

### BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT

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



### GRAFIK

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



### DRUCK

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



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

Bildnachweise:  
Coverbild: shutterstock  
Seite 7: [www.vecteezy.com](http://www.vecteezy.com)  
Seite 26: istock.com



Gedruckt nach der Richtlinie des Österreichischen Umweltzeichens „Druckerzeugnisse“

# How I do it – Laparoskopische Cholezystektomie

Autorin: M. Bubenova, Salzkammergutklinikum Vöcklabruck

Die laparoskopische Cholezystektomie gehört zu den häufigsten Operationen im Repertoire nicht nur jüngerer Chirurgen. Da Sicherheit und hohe Qualitätsstandards in der Chirurgie zunehmend an der ersten Stelle stehen, wird auch bei der Cholezystektomie der sogenannten „Culture of Safety“ immer mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Die Voraussetzung einer erfolgreichen Operation ist die präzise Indikationsstellung und das richtige Timing. Der Expertise-Level spielt ebenso eine entscheidende Rolle. Das impliziert aber nicht, dass es bei erfahrenen Chirurgen zu keinen vaskulobiliären Verletzungen kommen kann. Die Regeln „Critical View of Safety“ oder „Bail-out“ haben sich als eine gute, evidenzbasierte Strategie bewährt.

### Präoperative Phase: Indikationsstellung und Vorbereitung

Die Frage: „Wann nicht operieren?“ sollte von einer genauso großen Relevanz wie die Frage: „Wann operieren?“ sein.

Die Entscheidung sollte unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, Laborbefunden, Bildgebung und Zeitintervall seit dem Beschwerdeaufreten getroffen werden. Die Tokyo Leitlinie 2018 teilt die akute Cholezystitis in 4 Schweregrade ein und kann die Schwierigkeit der Cholezystektomie prognostizieren (1). Bei unkomplizierten Patienten mit Beschwerdesymptomatik weniger als 72 Stunden – entsprechend Grad I - wird eine akute laparoskopische Operation empfohlen. Über das beste Management von Grad II wird oft individuell entschieden. Bei Grad III, wenn die Beschwerden länger als 10 Tage dauern, wo sowohl akute als auch chronische Entzündung vorhanden sind, muss mit schwierigen anatomischen Verhältnissen gerechnet werden, das Risiko von biliären Komplikationen ist hoch (2). Das Vorgehen richtet sich nach multiplen Faktoren, es können sowohl eine Cholezystektomie als auch eine Cholezystostomie mit definitiver Versorgung im Intervall durchgeführt werden (1). Die hochkomplexen Situationen wie Zirrhose, Pankreatitis, Cholangitis, Komorbiditäten, Schwangerschaft und Voroperationen sind nie eine „Alles-oder-nichts-Angelegenheit“, deshalb muss manchmal über die beste Lösung im multidisziplinären Team entschieden werden. Die Operationsindikation bei elektiven Eingriffen sollte sich nach der Leitlinie richten. Bei einer intermittierend symptomatischen Cholezystolithiasis und OP-Wunsch der Betroffenen kann vorbehaltlich Anästhesiefreigabe operiert werden. Ein wichtiger Bestandteil der präoperativen Vorbereitung ist die Patientenaufklärung mit exakter Dokumentation.

### Operation

Auf der einen Seite gibt es meiner Meinung nach die Elemente, die mit dem Training zusammenhängen wie z. B. die technischen Manöver und die motorische Kontrolle, die dann am effektivsten funktionieren, wenn man umfassende Kenntnisse der normalen und aberranten Anatomie hat. Auf der anderen Seite gibt es sinnvolle Schritte, wie abschließender Rundumblick und Entfernung der Trokare unter Sicht, die bei der ersten und der hundertsten Cholezystektomie genauso gut durchgeführt werden können. Die Technik, die ich beschreibe, entspricht meinem Erfahrungslevel und besteht aus den allgemeinen empfohlenen Schritten.

1. Lagerung: Rückenlage in der Anti-Trendelenburg-Position.
2. Pneumoperitoneum-Anlage: Veress Nadel, falls der Patient nicht voroperiert ist, sonst offener Zugang nach Hasson. Clicktest und Schlürftest. *Notiz:* Bei sehr adipösen oder voroperierten Patienten eventuell alternativer Zugang oberhalb des Nabels oder am Palmer-Punkt im linken Oberbauch.
3. Portstellung: Ich verwende die 4-Trokartechnik in „französischer Position“ und stehe zwischen den Beinen der Patienten. Der 1. Arbeitstroker wird im Epigastrium, der zweite auf dem Umbilicushöhepunkt ungefähr 7 cm rechts und der dritte median 10 cm oberhalb des Umbilicus gesetzt. Die optimale Triangulation erleichtert wesentlich die Präparation. Der obligatorische 360° Rundumblick.
4. Fassen des Gallenblasenfundus. Bei akuter Entzündung und praller Füllung Dekompression, um bessere Exposition und Manipulation zu ermöglichen. Lösen von Adhäsionen,

falls vorhanden. CAVE! Cholezystoduodenale Fistel.

Retraktion vom Infundibulum laterale und leicht kaudal. *Notiz:* Ductus cysticus darf nicht in einer Linie mit Hauptgallengang sein.

5. Vor dem Beginn der Präparation suche ich die typischen Landmarks auf. Die sichere Zone liegt oberhalb des Sulcus Rouvière und der Basis des Segments IV (1; 3; 4). Eröffnung des viszeralen Peritoneums. Bei der Präparation präferiere ich meistens das Präparierhäkchen mit 25W. Die schrittweise Präparation erfolgt immer an der Gallenblase. Die günstigste Schicht ist die sogenannte „SS-Inner Layer“ also die innere subserosale Schicht, die unter Serosa und Fett (SS-Outer Layer) liegt (5).
6. Präparation im Trigonum hepatocysticum ventral der hilären Platte. *Notiz:* Die früher empfohlene Präparation im Calot'schen Dreieck ist jetzt nicht ausreichend. Die obere Grenze wurde durch Strasberg nach kranial zum Lebertrand erweitert und die A. cystica liegt innerhalb dieses Dreiecks, falls die Anatomie normal ist (1; 6). In dieser Zone ist die stumpfe sorgsame Präparation mit dem Sauger meine Wahl. Das gleichzeitige Absaugen und Spülen optimieren die Übersichtlichkeit. Bei manchen Schritten ist auch der Maryland-Dissektor hilfreich.
7. Critical View of Safety (CVS): Das Kardinalkriterium, bevor Clips-gesetzt und durchtrennt wird ist das Erreichen des CVS. *Notiz:* Dies trifft nur dann zu, wenn alle 3 Bedingungen erfüllt werden: Der hepatozystische Dreieck ist frei vom Fettgewebe. Nur 2 tubuläre Strukturen münden in die Gallenblase ein. Fertigstellung der anterioren und posterioren Präparation des unteren Gallenblasedrittels – „Fahne

schwenken“. CAVE! Das dritte Kriterium ist am häufigsten der Stein des Anstoßes (7).

8. Berücksichtigung der aberranten Anatomie: Da die normale Anatomie nur in etwa 50 % der Fälle vorhanden ist, muss man immer an das Vorhandensein von anatomischen Anomalien denken. *Notiz:* Zu den häufigsten Szenarien gehören die Variationen des rechtsposterioren Gallenganges für Segmente VI und VII. Der Verlauf der rechten A. hepatica ventral des Ductus hepaticus communis, der bei etwa 15 % der Patienten vorliegt, kann auch sehr gefährlich sein.
9. Intraoperative Cholangiographie (IOC): Bei akuten Fällen sollte IOC liberal benutzt werden. Wenn die Anatomie unklar ist oder der Verdacht auf Gallengangverletzung vorliegt, ist eine IOC empfohlen (1). *Notiz:* Die non-invasive Verwendung von Indocyaningrün (ICG) mit Narrow Band Imaging hat auch eine unterstützende Rolle, muss praktisch gesehen aber rechtzeitig appliziert werden.
10. Fotodokumentation: Ich mache 1 Foto von CVS. Künftig plane ich „Doublet View“ – also die anteriore und die posteriore Sequenz zu dokumentieren.
11. CVS erreicht: clippen und durchtrennen. *Notiz:* Die infundibulare Technik ist nicht empfohlen. Das häufigste Mechanismus von Gallengangverletzungen ist die Fehlidentifizierung der Strukturen (8). Nicht jede Struktur, die am Beginn wie der Ductus cysticus aussieht ist tatsächlich der Ductus cysticus. Die „5-Sekunden Regel“ vor dem Durchtrennen wird empfohlen (7).
12. Ausschälen der Gallenblase aus dem Gallenblasenbett. Immer gallenblasennah bleiben. Nicht in die Laennec’s Kapsel der Leber einbohren.
13. Bergen des Präparates im Bergebeutel, Kontrolle auf Blutrockenheit, Spülen und Absaugen. Kontrolle der Kleinteile und Instrumente.
14. Der abschließende Rundumblick, Entfernung der Trokare unter Sicht, Ablassen des Pneumoperitoneums.

Verschluss der Inzisionen. *Notiz:* Als Vorbeugung der Narbenhernien gilt es auf einen sorgfältigen Verschluss zu achten, auch wenn das ein bisschen länger dauert.

15. Exakte Dokumentation der Operation. Keine vagen Angaben im OP-Bericht.
16. Bailout Verfahren: Bisher habe ich keine praktische Erfahrung mit den Bailout Verfahren. Es ist wichtig einen Wendepunkt rechtzeitig zu erkennen und zu einer alternativen sicheren Strategie zu greifen. Die empfohlenen Methoden sind die subtotale fenestrierte Cholezystektomie und Cholezystostomie (1). Bei der Fundus-down Technik muss man sehr vorsichtig vorgehen.
17. Konversion: Es gibt klare Kriterien, wo eine Konversion empfohlen und wo diese nicht empfohlen wird (1; 9). Bei einer Konversion ohne dringliche Indikation ist ein ausreichendes Skill Set in offener Chirurgie empfehlenswert.
18. Die vaskulobiliären Verletzungen stellen ein wichtiges Thema dar (10).
19. Nie an die Nachsorge vergessen.

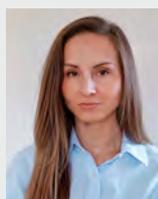
## LITERATUR

1. Wakabayashi et al. (2018): J Hepatobiliary Pancreat Sci 25:73-86
2. Törnqvist et al. (2016): World J Surg 40:1060-1067
3. Lockhart et al. (2018): Asian J Surg 41(1):1-3
4. Gupta et al. (2019): World J Gastrointest Surg 11(2):62-84
5. Honda et al. (2016): J Hepatobiliary Pancreat Sci 23(9):E14-9
6. Strasberg et al. (2010): J Am Coll Surg 211(1):p 132-138
7. Mascagni et al. (2021): J Am Coll Surg 233(4):497-505
8. Strasberg. (2002): J Hepatobiliary Pancreat Surg 9:543-547
9. Brunt et al. (2020): Ann Surg 272(1):3-23
10. Way et al. (2003): Ann Surg 237(4):460-469

Meiner Meinung nach ist es wichtig, diese 3 Fragen noch vor der Operation im Rahmen einer „pre-mortem Analyse“ zu beantworten:

- Wird der Patient heute von der Operation profitieren?
- Wie hoch ist das Risiko von Komplikationen?
- Verfüge ich über die suffiziente Erfahrung oder brauche ich die Hilfe?

## KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. Maria Bubenova**  
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie  
 Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck  
 Dr.-Wilhelm-Bock-Straße 1  
 4840 Vöcklabruck  
 E-Mail: Maria.Bubenova@ooeg.at

# How I do it – Sichere Cholezystektomie

Autorin: M. Ninkovic, Innsbruck

Die laparoskopische Cholezystektomie zählt weltweit zu den am häufigsten durchgeführten chirurgischen Eingriffen. Während der Ausbildung stellt sie eine der ersten komplexeren Operationen dar, die eigenständig durchgeführt werden. Vor dem ersten Eingriff dieser Art sollte man sich intensiv mit den Operationsschritten und der Anatomie sowie ihren möglichen Variationen beschäftigen. Als Vize-Präsidentin der Young Surgeons Austria möchte ich mit diesem „How I do it“-Artikel vor allem Young Surgeons einen Leitfaden an die Hand geben, um sich bestmöglich auf eine Cholezystektomie vorzubereiten.

### Trokarpositionierung:

Eine erfolgreiche sichere Cholezystektomie beginnt mit der sorgfältigen Platzierung der Trokare. Hierbei gibt es verschiedene Herangehensweisen. In unserer Klinik bevorzugen wir eine 4-Port-Technik.

Der Patient bzw. die Patientin wird in französischer Lagerung positioniert, wobei sich der Operateur oder die Operateurin zwischen den Beinen und die Assistenz links des Patienten bzw. der Patientin steht. Zunächst setzen wir infraumbilikal einen 10-12 mm Trokar – je nach Bedarf durch eine semilunare oder mediane Inzision. Bei Verdacht auf einen großen Gallenblasenstein empfehlen wir die mediane Inzision, da sie bei Bedarf einfacher erweitert werden kann.

Es ist essenziell, die weiteren Trokare unter visueller Kontrolle zu platzieren. Ein 5 mm Trokar sollte subxyphoidal, linksseitig der Medianen gesetzt werden. Daraufhin folgt ein weiterer 10 mm Trokar zwischen den bereits platzierten Trokaren, ebenfalls links der Medianen. Um das Risiko für Narbenhernien zu reduzieren, empfehlen wir, die Trokare nicht entlang der Linea alba zu setzen. Ein zusätzlicher 5 mm Trokar zwischen Beckenkamm und Rippenbogen ermöglicht eine optimale Traktion während der Operation.

### Landmarks:

Hepatozystisches Dreieck: Definiert durch den Ductus cysticus (kaudal), den Unterand der Leber (kranial) und den Ductus hepaticus communis (medial). Innerhalb dieses Dreiecks befinden sich die Arteria cystica und der Lund-Lymphknoten. Das Calot'sche Dreieck ist ein Teilbereich hiervon, wobei hier der obere Rand durch die Arteria cystica und nicht durch den Leberand definiert wird. Ein tiefgehendes Verständnis dieser Anatomie ist während der Cholezystektomie essenziell, um potenzielle Verletzungen zu vermeiden.

Sulcus Rouvier: Dieser etwa 2-5 cm lange Sulcus befindet sich an der Unterseite des rechten Leberlappens und verläuft rechts

vom Hilus. Er enthält in den meisten Fällen die rechte Pfortader oder ihre Äste.

### Maßnahmen zur intraoperativen Sicherheit:

Nach einer eingehenden Inspektion, bei der bereits die ersten Landmarks identifiziert werden, sollte die gesamte Präparation entlang einer Linie durchgeführt werden, die das Dach des Sulcus Rouvier mit der Basis des Segments 4 verbindet. Eine exakte Identifikation des Ductus cysticus und der Arterie ist unerlässlich. Der „Critical View of Safety“ (CVS) besagt, dass vor dem Durchtrennen von Strukturen nur zwei Strukturen sichtbar sein sollten, die in die Gallenblase eintreten. Hierfür wird das Hepatozystische Dreieck freipräpariert und mindestens ein Drittel der Gallenblase vom Gallenblasenbett gelöst. Vor dem Durchtrennen des Ductus und der Arteria cystica empfiehlt es sich, eine 5-sekündige Pause einzulegen, um den CVS erneut zu überprüfen und zu dokumentieren.

Wenn der CVS nicht eindeutig ist oder Unsicherheiten bestehen, sind folgende Schritte zu erwägen: Eine Zweitmeinung eines erfahrenen Chirurgen bzw. einer Chirurgin, eine intraoperative Cholangiographie oder der Wechsel zu einer alternativen Technik. Dies kann eine subtotale Cholezystektomie, ein retrograde Cholezystektomie oder eine Konversion auf eine offene Cholezystektomie sein. Eine Konversion stellt keine Unzulänglichkeit dar – vielmehr ist es oftmals eine herausfordernde Entscheidung, den richtigen Zeitpunkt hierfür zu wählen.

### Akute Cholezystitis & Stellenwert der Cholangiographie:

Frühzeitiges operieren, innerhalb der ersten 72 Stunden nach Symptombeginn, reduziert die Komplikationsrate bei akuter Cholezystitis. Hierbei empfehlen wir ein gallengängiges Antibiotikum wie Ampicillin/Sulbactam. Bei PatientInnen mit hohem anästhesiologischem Risiko kann eine ultraschallgezielte perkutane Drainage durchgeführt werden.

Die intraoperative Cholangiographie ist ein wertvolles Instrument bei unklarer Anatomie, einem Verdacht auf Choledocholithiasis oder auf eine Choledochusverletzung. Eine bereits bei Cholezystektomie erkannte Choledochusverletzung vereinfacht die Rekonstruktion und verbessert das Outcome für die PatientInnen.

Die sichere Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie basiert auf technischer Präzision, anatomischem Wissen und der Implementierung von intraoperativen Sicherheitsmaßnahmen. Die Berücksichtigung dieser bewährten Verfahren, kombiniert mit dem gezielten Einsatz der Cholangiographie, hilft Komplikationen zu reduzieren.

## LITERATUR

1. Muysoms F. et al. (2015): Hernia 19, 1–24
2. Gupta V. et al. (2019): World J Gastrointest Surg 11(2): 62–84,
3. Mascagni P. et al. (2021): Journal of the American College of Surgeons 233(4): p 497–505
4. Borzellino G. et al. (2021): World J Emerg Surg 16(1): 16
5. Hope W. et al. (2017): Surg Endosc 31(5): 2007–2016

## KORRESPONDENZADRESSE



Dr. med. univ. Marijana Ninkovic  
Medizinische Universität Innsbruck,  
Universitätsklinik für Viszeral, Transplantation und Thoraxchirurgie  
Anichstrasse 35  
A-6020 Innsbruck  
E-Mail: marijana.ninkovic@tirol-kliniken.at

## Themen der Zeit

## Personalmangel im OP – ist die OTA die Lösung?

Autor: J. Smolle, Graz

Mit der Operationstechnischen Assistenz hat die Bundesregierung im Vorjahr ein neues Berufsbild mit spezifischen Merkmalen geschaffen. Medizinisch-ärztliche Tätigkeit im OP, aber nicht nur dort soll dadurch unmittelbar unterstützt werden. Die Berufsgruppe, die aus einer langen Tradition hervorgeht, hat das Potential, derzeitige quantitative und strukturelle Probleme des Operationsbetriebs überwinden zu helfen. Voraussetzung dafür ist, dass die operationstechnische Assistenz unmittelbar der chirurgischen Verantwortung zugeordnet und unterstellt wird.

### Die Operationstechnische Assistenz geht auf eine lange Tradition zurück

Mit dem Operationstechnische-Assistenz-Gesetz wurde ein für Österreich neues Berufsbild geschaffen. Dieses geht aber – und die älteren Kolleginnen und Kollegen werden sich daran erinnern – auf eine lange Tradition zurück. Vor Jahrzehnten hat es die sog. „OP-Laborantinnen und –Laboranten“ gegeben. Dabei handelte es sich überwiegend um Personen, die zuvor bereits einen Beruf, meist einen handwerklichen, erlernt hatten, und erst danach in den öffentlichen Dienst in einem Krankenhaus übergetreten sind. Viele von ihnen haben nach und nach ein breites Betätigungsfeld übernommen. Dieses reichte von der Lagerung der Patientinnen und Patienten und deren Vorbereitung zur Operation über die Beleuchtungseinstellung während der Operation, über die Tätigkeit des „unsterilen Beidienstes“, der Instrumentenaufbereitung und der Geräterwartung bis hin zur Vorratshaltung und zur Unterstützung bei Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben. In speziellen Bereichen wie etwa der Endoskopie ist die Arbeit manchmal noch darüber hinaus gegangen. Zu dieser Zeit waren die formalen Vorgaben weniger stringent als heute, die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen in der täglichen Routine gut entwickelt, und das Arbeiten von Chirurgen und Chirurgen einerseits und OP-Laborantinnen und –Laboranten andererseits Hand in Hand und auf Augenhöhe eine Selbstverständlichkeit.

Zunehmende Verrechtlichung und der Ruf nach mehr Strukturqualität haben jedoch dazu geführt, dass diese Berufsgruppe sukzessive durch diplomiertes Pflegepersonal im OP ersetzt und teilweise sogar marginalisiert worden ist. Über Jahre und oft Jahrzehnte erworbene Routine und Sicherheit

in bestimmten Tätigkeiten und Abläufen haben dabei zunehmend an Bedeutung verloren, und formale Bildungsabschlüsse, auf die man sich in Fragen der Strukturqualität berufen konnte, sind in den Vordergrund getreten.

### Das OTA-Gesetz resultiert u.a. aus der zunehmenden Bedeutung formaler Abschlüsse

Diese Veränderungen führten zu gewissen strukturellen Lücken im OP-Betrieb, weshalb bereits vor einiger Zeit die sogenannte „Operations-Assistenz“ ins Leben gerufen wurde. Deren Berufsbild, das im Medizinischen Assistenzberufe-Gesetz geregelt ist, ähnelt zwar der ehemaligen „OP-Laboranten“-Tätigkeit. Dennoch konnten die Ausübenden durch die lange Zeit hindurch mögliche, zahlenmäßige Aufstockung des Operationspersonals aus dem gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienst nicht mehr die seinerzeitigen Entfaltungsmöglichkeiten finden.

Mit der „Operationstechnischen Assistenz“ ist nun jedoch ein neuer Beruf geschaffen worden, der auf die Fertigkeiten der „Operations-Assistenz“ aufbauen kann. Obwohl es sich dabei per definitionem nicht um einen der acht medizinischen Assistenzberufe im engeren Sinn handelt, wurden die wesentlichen Aspekte der „Operationstechnischen Assistenz“ als neues Hauptstück in das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz geschrieben. Während aber für die „Operations-Assistenz“ lediglich 1.100 Ausbildungsstunden – davon zumindest 1/3 Theorie – vorgegeben sind, beträgt das Stundenausmaß für die „Operationstechnischen AssistentInnen“ 4.600 Stunden, erstreckt sich über drei Jahre und beinhaltet 1.600 Stunden Theorie und 3.000 Stunden Praxis. Somit hat man ein Ausbildungspro-

gramm vorgegeben, das auch den formalen Ansprüchen einer hochwertigen Ausbildung genügt.

### Die OTA hat ein breites Betätigungsfeld

Das Berufsbild umfasst die eigenverantwortliche perioperative Betreuung und Versorgung sowie die Assistenzleistung für Ärztinnen bzw. Ärzte. Weitere Befugnisse sind das Instrumentieren einschließlich Vorbereitung der Instrumente, Apparate und Materialien, schließlich auch – im Ermessen der Chirurgen/der Chirurgen – die intraoperative Assistenz. Hervorzuheben ist, dass auch die Vorbereitung und Koordination der Arbeitsabläufe im OP sowie die OP-Dokumentation ebenso zum Berufsbild gehören. Erweitert werden die Aufgaben bei der Versorgung von Notfällen. Explizit wird im Gesetz darauf hingewiesen, dass „Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten“ nicht nur im OP, sondern auch in der Notfallambulanz, im Schockraum, in der Endoskopie und in der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte eingesetzt werden können.

Mit dem OTA-Gesetz hat man somit den rechtlichen Rahmen für eine hochwertige formale und praktische Ausbildung geschaffen, die den Absolventinnen und Absolventen ein vollwertiges Tätigkeitsprofil im OP ermöglicht, das bisher teilweise oder auch überwiegend dem gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienst mit Sonderausbildung vorbehalten war.

### Anfängliche Missverständnisse zur OTA

Die „Operationstechnische Assistenz“ wurde vor der Einführung, im Zuge der Gesetzeswerdung, breit und unter Einbeziehung verschiedener Stakeholder diskutiert.



Dabei war von Seiten der chirurgischen Fachvertretung gerade zu Beginn auch deutliche Skepsis zu merken. In Anlehnung an andere Länder hat man vermutet, dass hier eine Berufsgruppe entstehen würde, die den Chirurgen und Chirurgen „das Skalpell aus der Hand“ nehmen könnte. Trotz des im Gesetz breit definierten Tätigkeitsbereichs ist dies jedoch nicht intendiert. Es geht auch nicht darum, die Ärzteschaft von ärztlicher Tätigkeit zu entlasten – diese selbst ist kaum je Anlass dienstlicher Überforderung. Dagegen ist es dringend erforderlich, die Ärzteschaft von nicht-ärztlicher Tätigkeit zu entlasten, und gerade das kann die neu definierte Berufsgruppe in vielen Bereichen erfüllen. Ärztinnen und Ärzte, die ja sowohl im OP als auch im Endoskopie- bzw. Notfallambulanz-Bereich die Letztverantwortung tragen, sollen zudem durch ihnen dezidiert zugeordnetes Personal Unterstützung erfahren.

### OTA hat einen besonderen Fokus auf medizinischer Arbeit

Bemerkenswert in der OTA-Ausbildung ist die starke Betonung der tatsächlichen medizinischen bzw. Medizin-nahen Tätigkeiten, und insgesamt der hohe Anteil an Praxisstunden. Ziel ist unmittelbare Arbeit für die Patientinnen und Patienten, während Patienten-ferne Aktivitäten zwar beinhaltet sind, jedoch nicht primär im Fokus stehen. Auch das steht in guter Tradition der seinerzeitigen Labor- und Hilfsdienste im OP, die sich stark auf die unmittelbare medizinische Arbeit konzentriert haben und wenig Tendenz zeigten, sich in Richtung Meta-Ebene von den Anforderungen der Patientinnen und Patienten zu entfernen. Dennoch bietet der Beruf Möglichkeiten zur Weiterentwicklung, was die Attraktivität zusätzlich erhöht. So wurde im Rahmen des OTA-Gesetzes auch das Berufsaufstiegsgesetz dahingehend geändert, dass der Weg zu einer tertiären Bildung auch über die OTA-Ausbildung möglich ist.

### Die OTA muss der Ärzteschaft zugeteilt sein

Das Berufsbild geht aus den medizinischen Assistenzberufen hervor, und im Gesetztext ist explizit das Tätigwerden „nach ärztlicher Anordnung“ verankert. Deshalb sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, dass die OTAs der Ärzteschaft zugeteilt und direkt unterstellt werden – was leider oft nicht geschehen ist, obwohl es auch ein

Wunsch der Interessensvertretung der OTAs ist. Hier sind Spitalsmanagement und Standesvertretung aufgerufen, klare Wege zu gehen. So wie es undenkbar wäre, dass die pflegerischen Assistenzberufe (Pflegeassistentin und Pflegefachassistentin) einer anderen Berufsgruppe als der Pflege selbst zugeordnet würden, müssten die medizinischen Assistenzberufe und die Operationstechnische Assistenz natürlich organisatorisch und hierarchisch bei der Ärzteschaft angesiedelt werden. Wenn das in manchen Häusern anders gehalten wird, dann ist das organisationstheoretisch nicht nachvollziehbar.

### Verantwortung/Haftung und Befugnisse müssen wieder kongruent werden

Wohl fügt sich eine solche Fehlzuteilung allerdings in einen jahrzehntelangen Prozess ein, in dem sich in den österreichischen Spitälern medizinische Verantwortung und Haftung einerseits und organisatorische und hierarchische Befugnisse andererseits zunehmend auseinanderentwickelt haben. Während nach wie vor die Chirurgen und Chirurgen die Verantwortung für das Operationsergebnis tragen, ebenso wie für die Vor- und Nachbetreuung auf den Stationen, hat die ärztliche Leitung einer chirurgischen Abteilung auf den Großteil des Personals keinen Zugriff. So kann es vorkommen, dass die Personen, die in ein und demselben Operationssaal an einer Operation mitwirken und zusammenwirken müssen, sieben (!) verschiedenen Dienstvorgesetzten unterstehen, und nur die Chirurgen selbst der jeweiligen chirurgischen Abteilungsleitung. Wenn überdies Patienten-ferne Personengruppen die Abläufe in den Operationssälen bestimmen, während die Ärzteschaft den PatientInnen erklären muss, warum ihre Operation ggf. trotz bereits wochenlanger

Wartezeit wieder um einen Tag verschoben werden muss, dann ist das ein grundsätzliches Problem der Organisationsstruktur. So wie in jeder anderen Einrichtung sollte es Standard sein, dass die hauptverantwortliche Berufsgruppe – im Fall der Chirurgie eben die Chirurgen und Chirurgen – selbst die Team-Leader-Funktion innehaben und wahrnehmen können.

### Die OTA kann quantitativ und strukturell die Situation im OP entspannen

In den letzten Jahren mussten in vielen österreichischen Krankenhäusern Stationen geschlossen und OP-Kapazitäten reduziert werden, weil zu wenig Pflegekräfte für die unmittelbare Arbeit an Patientinnen und Patienten zur Verfügung standen. Für den Operationsbereich kann das neue Berufsbild der „Operationstechnischen Assistenz“ hier zur personellen Entspannung führen. Anders als bei der Ausbildung zum gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienst, für die wohl auch in Zukunft die Matura Voraussetzung sein wird, eröffnet sich mit der „Operationstechnischen Assistenz“ die Möglichkeit einer hochwertigen Ausbildung für junge Menschen ohne Matura, die praktisch orientiert sind und im OP-Bereich die Arbeiten, die bisher allein vom gehobenen Pflegedienst – der dringend anderweitig gebraucht wird – erledigt worden sind, übernehmen können. Somit kann auf diesem Weg der relative Personalmangel für die unmittelbare PatientInnen-orientierte Arbeit zumindest mittelfristig ausgeglichen werden. Gelingt es überdies, diese wertvolle neue Berufsgruppe direkt den Chirurgen und Chirurgen zuzuordnen, dann wäre das auch ein vernünftiger Schritt in Richtung einer strukturellen Verbesserung der Zuständigkeiten und der Arbeitsabläufe. □

## KORRESPONDENZADRESSE



© ÖVP-Klub Sabine Klimpt

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Josef Smolle  
Abgeordneter zum Nationalrat, Gesundheitssprecher ÖVP  
Medizinische Universität Graz  
Neue Stiftingtalstraße 6  
8010 Graz  
E-Mail: josef.smolle@medunigraz.at  
E-Mail: josef.smolle@parlament.gv.at

# Wie soll die OTA in den klinischen Alltag integriert werden?

## OTA – ein neues Mitglied im multiprofessionellen Team des Operationssaals

Autorin: Jennifer Nieke, Linz

Erstmals startete die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistenz (OTA) 2022 in Österreich. Diese, für Österreich neue, Berufsgruppe dient im Speziellen der Unterstützung in den Operationssälen. Doch neben dem Operationssaal zählt auch die Notaufnahme bzw. der Schockraum sowie die Endoskopie und die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte zu den möglichen Einsatzbereichen der Operationstechnischen Assistenz. Mit 3000 Praktikumsstunden zeichnet sich die Ausbildung durch einen besonders hohen Praxisanteil aus, welcher die angehenden Fachkräfte explizit auf das Einsatzgebiet Operationssaal vorbereitet.

### Skill and Grade Mix

Mit der Einführung der Operationstechnischen Assistenz wird das multiprofessionelle Team und somit die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Operationssälen erweitert. Waren die Kompetenzen bisher klar definiert bzw. abgesteckt, gilt es nun eine neue Berufsgruppe mit dem damit verbundenen Kompetenzprofil zu integrieren. Um eine sichere und effiziente chirurgische Versorgung im OP zu gewährleisten, ist eine gelingende, effektive Teamarbeit aller beteiligten Mitglieder von großer Bedeutung. Neben den beiden bekannten, nicht ärztlichen Berufsgruppen, der Operationsassistentin und der diplomierten OP-Pflege ist nun auch die Operationstechnische Assistenz als Fachkraft an der Versorgung von Patient\*innen im Operationsbereich beteiligt. Die Operationstechnische Assistenz arbeitet eng mit dem ärztlichen und pflegerischen Team im OP zusammen. Sie kommunizieren, koordinieren und unterstützen sich gegenseitig, um einen reibungslosen Ablauf des Eingriffs zu gewährleisten. Im Sinne einer gelungenen Koordination müssen die Kompetenzzuschreibungen bzw. Verantwortlichkeiten für das gesamte OP Team klar kommuniziert werden (was hat wann, von wem, wie zu geschehen!). Prioritätensetzungen müssen für alle nachvollziehbar sein, um Missverständnissen präventiv entgegenzuwirken. Daher ist es von besonderer Bedeutung den Kenntnisstand aller Teammitglieder miteinzubeziehen, um ein ganzheitlich gleiches Bild der Situation im OP zu schaffen. Am nachstehend angeführten Berufsbild bzw. den Kernaufgaben der neuen Kolleg\*innen im Operationssaal ist zu erkennen, dass diese in weitesten Teilen mit der OP-Pflege gleichgestellt sind. Es ist daher ein gleichberechtigtes mit- und nebeneinander Arbeiten anzustreben. Die

gegenseitige Unterstützung, Wertschätzung und das Vertrauen über die Disziplinen hinweg zeichnet ein kooperatives Verhalten, auch bei wechselnder Besetzung aus.

### Geschichte der Operationstechnischen Assistenz (OTA)

Die Ursprünge der Operationstechnischen Assistenz liegen in der Geschichte weit zurück. Im ersten Weltkrieg wurden die ersten Operating Room Technicians (ORT) als Unterstützung des OP Personals in den Lazaretten der US Army herangezogen. In den 50er Jahren fungierten diese dann als sogenannte „Springer\*innen“ im OP. Im Gegensatz zu heute war das Instrumentieren jedoch nicht in ihrem Tätigkeitsprofil enthalten. Der eklatante Personalmangel im OP ließ etwa zeitgleich auch in England eine ähnliche Berufsgruppe, Operating Department Assistant (ODA), entspringen, welche die Aufgaben der OP Pflege übernehmen sollte. Die genannten Berufsbilder haben sich länderspezifisch weiterentwickelt und wurden über die Jahre professionalisiert. So gibt es in der Schweiz bereits seit mehr als 50 Jahren diplomierte Fachfrauen bzw. –männer der Operationstechnik und in den Niederlanden seit langer Zeit (1970) vorwiegend die Operative Assistent\*innen (OA) als Unterstützung der Mediziner\*innen im Operationssaal.

In Deutschland wird die Berufsgruppe der Operationstechnischen Assistenz bereits seit 33 Jahren als Erfolgsmodell geführt. Grund dafür waren auch hier Engpässe in der Besetzung der Planstellen in den Operationssälen, durch einen Mangel an Pflegepersonal mit der Fachweiterbildung für den OP-Dienst. Eine derartige Entwicklung zeichnet sich gleichermaßen in Österreich

ab. Bestärkt wurde diese Prognose durch eine in 29 Krankenanstalten 2015 durchgeführte Befragung der Gesundheit Österreich GmbH. Aus unterschiedlichen Gründen, jedoch allen voran auf Grund der Personalfuktuation, standen alle Bundesländer einer Implementierung der Operationstechnischen Assistenz positiv gegenüber. Um Versorgungsengpässen entgegenzuwirken, braucht es neben den diplomierten OP-Pflegefachkräften eine zusätzliche Berufsgruppe mit ähnlicher bzw. in diesem speziellen Bereich, gleicher Qualifikation. Demnach sind die Tätigkeitsanforderungen einer OP-Pflegefachkraft der einer Operationstechnischen Assistenz im OP gleichgestellt. So umfasst das Berufsbild der Operationstechnischen Assistenz nach §26a MABG die eigenverantwortliche Betreuung und Versorgung der Patient\*innen sowie die Assistenz der Ärztin bzw. des Arztes. Beide Berufsgruppen sorgen demnach für die Betreuung und Sicherheit der Patient\*innen während des Aufenthalts im OP, instrumentieren bei Operationen und stellen benötigte Materialien bereit. Nichts desto trotz, ergeben sich neben der Ausbildungsdauer dennoch Unterschiede im Qualifikationsprofil der OP-Pflege und der Operationstechnischen Assistenz. So obliegt beispielsweise die Edukation und Beratung, welche vor allem im tagesklinischen und ambulanten Setting von Bedeutung ist oder die Erstellung und Evaluierung des OP-spezifischen Pflegeprozesses sowie die pflegewissenschaftlichen Belange der OP-Pflege. Eine bundesweite Arbeitsgruppe (BARGE-OP) ist um die systematische Erarbeitung und transparente Darstellung der Kompetenzen nicht ärztlicher OP Fachkräfte bemüht. Aufgrund der langjährigen Erfahrung in der Entwicklung und Implementierung der Operationstechnischen Assistenz



in Deutschland, orientiert sich die Ausbildung dieser neuen Fachkräfte hierzulande sehr stark am deutschen Modell.

### Weg zum Kompetenzerwerb

Die Operationstechnische Assistenz ist in Österreich im Bereich der Medizinischen Assistenzberufe verankert und unterliegt somit dem Medizinischen Assistenzberufegesetz (MABG). Die Ausbildung ist in der OTA-Ausbildungsverordnung (OTA-AV) geregelt und die gesetzlichen Grundlagen dafür traten am 1. Juli 2022 in Kraft. Die Ausbildung dauert in Vollzeit drei Jahre und umfasst gesamt 4600 Stunden, wobei davon 3000 Stunden der praktischen Ausbildung zugeordnet sind und somit der Großteil bereits im praktischen Feld der entsprechenden Einsatzgebiete absolviert wird. Dieser, im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen, hohe Anteil an praktischer Ausbildung entspricht internationalen Vorgaben und stellt neben der situativen Fach- und Methodenkompetenz sowie der Weiterentwicklung von Sozial-, Personal- und Kommunikationskompetenz, den Erwerb von Handlungskompetenz in den Mittelpunkt der Begleitung. Unterscheidungen zum OP-Pflegepersonal liegen demnach weniger im Tätigkeitsprofil der beiden Berufsgruppen sondern in der Dauer der Ausbildung. Neben dem OP-Pflegepersonal ist auch die Operationsassistenz ein fixer Bestandteil des multiprofessionellen Teams im Operationssaal. Personen mit der Berechtigung zur Ausübung der Operationsassistenz (OPA) gemäß MABG sind berechtigt, in das 2. Ausbildungsjahr der Operationstechnischen Assistenz einzusteigen. Um eine Durchlässigkeit der Ausbildungen zu gewähren, wurde in der Ausbildungskonzeption darauf geachtet, das 1. Ausbildungsjahr der Operationstechnischen Assistenz der Ausbildung der Operationsassistenz weitgehendst gleich zu halten. Demnach liegt der Fokus und so auch das Einsatzgebiet im 1. Jahr beim unsterilen Beidienst. Aufgrund des hohen Praxisanteils ist es möglich, die Ausbildung nach §26g MABG auch im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu einer Krankenanstalt zu absolvieren, sofern alle in der Ausbildung vorgesehenen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden. Der bzw. die Dienstnehmer\*in muss dann für rund 400 Theoriestunden pro weiterem Ausbildungsjahr und die zu absolvierenden Praktika entsandt werden und verbringt die übrigen Stunden in der eigenen Operationseinheit. Abgeschlossen wird die Ausbildung der

Operationstechnischen Assistenz mit dem OTA-Diplom.

### Berufsbild und Einsatzbereiche

Die Kernaufgaben der Operationstechnischen Assistenz umfassen die vorangehende Vorbereitung der erforderlichen Instrumente, Apparate, Materialien und des Operationsgebietes sowie die präoperative Übernahme und postoperative Übergabe der Patient\*innen inklusive deren Daten. Neben den Tätigkeiten des unsterilen Beidienstes bzw. der unsterilen Assistenz, ist auch das fach- und sachgerechte Instrumentieren in allen operativen Fachrichtungen im Kompetenzbereich der Operationstechnischen Assistenz sowie die sterile chirurgische Assistenz enthalten. Darüber hinaus führen sie operationsspezifische Lagerungen und Positionierungen durch, sorgen für die fach- und sachgerechte perioperative Versorgung der Patient\*innen und stehen den Mediziner\*innen mit der Durchführung intraoperativer Tätigkeiten (z. B. Blutstillung mittels Diathermie, Absaugen von Spül- und Körperflüssigkeiten, Verabreichung operationsspezifischer Medikamente lt. ärztlicher Anordnung) als Assistenz zur Seite. Sie nehmen die physische, psychische und emotionale Situation von Patient\*innen im OP wahr, unterstützen diese angemessen und setzen im Falle von Notfallsituationen adäquate, unterstützende Maßnahmen. Operationstechnische Assistent\*innen beherrschen alle berufsspezifischen Dokumentationsanforderungen und wenden diese beispielsweise im Sinne der OP-Dokumentation an. Als erweiterte Einsatzgebiete der OTA gelten neben dem Operationssaal auch die Endoskopie, die Notaufnahme und der Schockraum oder die Aufbereitungseinheit. Somit ist das Vor- und Nachbereiten und die Assistenz endoskopischer Eingriffe, die Assistenz bei Interventionen und operativen Eingriffen in der Notfallambulanz bzw. im Schockraum sowie die Aufbereitung von Medizin-

produkten ebenfalls im Berufsbild der OTA enthalten. Um der Begleitung von Auszubildenden gerecht zu werden, unterliegt die Mitwirkung in der Anleitung und Ausbildung neben diplomierten OP-Pflegekräften auch der diplomierten Operationstechnischen Assistenz.

Operationstechnische Assistent\*innen bringen eine Vielzahl von Kompetenzen mit, die sie befähigen, ihre wichtige Rolle im Operationsteam erfolgreich auszuführen. Zusammenfassend trägt die Berufsgruppe der Operationstechnischen Assistenz im multiprofessionellen Team dazu bei, einen sicheren und effizienten OP-Ablauf sicherzustellen. Sie unterstützen das OP-Team in vielerlei Hinsicht und gewährleisten, dass alle notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen, um eine erfolgreiche Operation durchzuführen. □

### LITERATUR

1. Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe, die Operationstechnische Assistenz und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufegesetz – MABG) <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007997> [Zugriff am 10.08.2023]
2. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Ausbildung und das Qualifikationsprofil der Operationstechnischen Assistenz (OTA-Ausbildungsverordnung - OTA-AV) [https://360.lexisnexis.at/d/b\\_bgbl\\_2022\\_2022\\_II\\_177\\_b6b89df04e?origin=lk](https://360.lexisnexis.at/d/b_bgbl_2022_2022_II_177_b6b89df04e?origin=lk) [Zugriff am 16.08.2023]
3. Bajer, M., & Podzeit, K. (2022). Curriculum Operationstechnische Assistenz. Wien: Gesundheit Österreich. [https://jasmin.goeg.at/2325/1/OTA\\_Curriculum\\_fin\\_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/2325/1/OTA_Curriculum_fin_bf.pdf) [Zugriff am 10.08.2023]
4. Passauer-Baierl, S., Baschnegger, H., Bruns, C., & Weigl, M. (2013). Interdisziplinäre Teamarbeit im OP: Identifikation und Erfassung von Teamarbeit im Operationssaal. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, S. 1-6.
5. Grube, L., & Morgenstern, U. (2016). Auszubildende im OP. Mehr Handlungskompetenz durch Theorie-Praxis Transfer. PADUA, S. 349-355.
6. Richter, H., Neiheiser, R., Schenk, O., Schädler, J., Liehn, G., & Wolf, C. (2018). Berufliches Selbstverständnis. In: Liehn, M., Köpcke, J., Richter, H., Kasakov, L. Hrsg. OTA-Lehrbuch. Ausbildung zur Operationstechnischen Assistenz. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 525 – 543.

### KORRESPONDENZADRESSE



Jennifer Nieke, MHPE

Direktorin Schule für Medizinische Assistenzberufe  
Kepleruniversitätsklinikum  
Niedernharterstraße 20  
4020 Linz  
E-Mail: Jennifer.nieke@kepleruniklinikum.at



**Michael Grechenig**

SALK  
Salzburg



**J. Karner-Hanusch**

Wien

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

Das unmittelbare Ergebnis – für mich war ausschlaggebend, dass ich schließlich den Weg in die Chirurgie gefunden habe, dass ich Erfolge direkt postoperativ bzw. kurze Zeit postoperativ sehen kann.

### Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Insbesondere beeinflusst und mich dadurch auch in die Chirurgie gebracht, hat mich damals meine Mentorin im KPJ an der Uniklinik für Allgemein-, Transplantations- Viszeral- und Thoraxchirurgie in Innsbruck – Dr. Irmgard Kronberger. Ihre besonnene Art, ihre Begeisterung für das Fach und ihre Fürsorge in der Patientenbetreuung haben mich schlussendlich überzeugt.

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

Das Gesamtpaket – Es sollten nicht nur Geschick, Fachwissen und Handwerk miteinbezogen werden, sondern auch die Betreuung der Patienten vor, während und nach einer OP. Ein guter Chirurg kennt seine Patienten und begleitet sie, zumindest für einen Abschnitt des Weges.

### Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Die Balance zu finden ist oft etwas schwierig. Mal gelingt es mehr, mal gelingt es weniger. Umso besser funktioniert's, wenn man einen Partner hat, der kompromissbereit ist und viel Verständnis mitbringt.

### Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

In gewisser Weise werden alteingesessene Strukturen nicht mehr aufrechterhalten werden können. Um den Beruf attraktiver zu gestalten, werden in Zukunft auch mehr Arbeitsmodelle (Teilzeit etc.) und der Jungchirurgen/-innen mehr gefördert werden müssen.

### Ihr Lebensmotto?

„Fordere dich selbst immer wieder heraus, um zu wachsen“

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

Schnelle Aktion, Tatendrang, Risikobereitschaft und Empathie- ein Schnitt in den Körper bedeutet den Verlust der Integrität- diesen Patient\*Innen beizustehen. Damals zu zeigen, dass eine Frau das schafft.

### Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Mein Vater, der als praktischer Arzt viele akut- chirurgische Fähigkeiten beherrschte.  
Hr. Prof. Schiessel, mein Mentor, der auch an Frauen in der Chirurgie geglaubt hat.

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

Demut, Empathie, Neugier und Einsatzbereitschaft rund um die Uhr.

### Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Es gab schwere Zeiten; 2 kleine Kinder, schlechtes Gewissen – es gab Hausangestellte und Au-Pair Mädchen. Das hat sich aber alles gelohnt, gab es Probleme war ich zu Hause da hatte ein gutes Netzwerk vor allem meine Mutter.

### Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Nichts anderes als das oben erwähnte, unabhängig von technischen Neuerungen.

### Ihr Lebensmotto?

Tu Gutes und rede darüber!





## Ausbildung am Limit – wenn man nicht mehr weiter weiß

Autorin: M. Bubenova, Salzkammergutklinikum Vöcklabruck

Die chirurgische Ausbildung stellte immer schon eine Herausforderung dar. Von ausschlaggebender Bedeutung ist den Status quo zu kennen und innovative Lösungsstrategien der aktuellen Situation anzupassen. Zielorientierung, Transparenz und klare Strukturen spielen im Ausbildungsprozess sicherlich eine wichtige Rolle. Der folgende Text widerspiegelt teilweise meine persönliche Ansicht und kann sich von Perspektiven anderer KollegInnen unterscheiden.

### Was kann ich tun?

Ausbildung am Limit – wenn man nicht mehr weiter weiß. Wann weiß man aber nicht mehr weiter? Die Antwort auf diese Frage kann variieren und ändert sich im Laufe der Ausbildung.

Training und Selbstevaluation!

Eine Studie aus Großbritannien aus dem Jahr 1990, mit dem Untertitel „Trainee sur-

geons need to acquire skills outside the operating theatre“ befasst sich mit dem Simulationstraining. Die Gründe dafür sind der Zeitdruck und die – unerwünschte – Lernkurve (1).

Eine weitere Publikation aus den USA aus dem Jahr 1989 untersucht die Kompetenzen von jungen Chirurgen nach der Absolvierung eines Trainings, das aus einem theoretischen und praktischen Teil besteht. Zuerst studiert man die edukativen Mate-

rialien und Videos, in der zweiten Phase testet man eigene Fertigkeiten im Skills Lab an Anastomosentechniken. Interessanterweise tragen die getesteten Ärzte eine Stirnlampe mit Kamera. Im nächsten Schritt werden die Videos angeschaut und die Leistung wird analysiert und evaluiert (2).

Eine weitere spannende Arbeit aus den USA fokussiert sich auf die objektive Evaluierung von technischen Fertigkeiten mittels eines Scoring Systems (3). (Abb. 1)

Please rate the candidate's performance on the following scale:					
	1	2	3	4	5
<b>Respect for tissue</b>	Frequently used unnecessary force on tissue or caused damage by inappropriate use of instruments.		Careful handling of tissue but occasionally caused inadvertent damage.		Consistently handled tissues appropriately with minimal damage.
<b>Time and motion</b>	Many unnecessary moves.		Efficient time/ motion but some unnecessary moves.		Economy of movement and maximum efficiency.
<b>Instrument handling</b>	Repeatedly makes tentative awkward moves with instruments		Competent use of assistants most of the time.		Fluid moves with instruments and no awkwardness.
<b>Use of assistants</b>	Consistently places assistants poorly or failed to use assistants.		Good use of assistants most of the time.		Strategically used assistant to the best advantage at all times.
<b>Flow of operation and forward planning</b>	Frequently stopped operating or needed to discuss the next move.		Demonstrated the ability for forward planning with steady progression of operating procedure.		Obviously planned course of operation with afforties flow from one move to the next.
<b>Knowledge of specific procedure</b>	Deficient knowledge. Needed instruction at most operative steps.		Knew all important aspects of the operation.		Demonstrated familiarity with all aspects of the operation.

Abb. 1: Score für objektive Evaluierung der technischen Fertigkeiten (3).

Es gibt viele Faktoren wie z. B. Bettenperren, Personalmangel und Arbeitsgesetz, die die Qualität der Ausbildung wesentlich bedrohen. Es ist unbestritten, dass das Operieren (nach der sorgfältigen Vorbereitung) ein Kernelement der chirurgischen Ausbildung ist. Die Lernquellen wie Webinare, Videos, Workshops, Konferenzen, Boxentrainer, Simulatoren und weitere sind ein wichtiger Bestandteil des gesamten Lernprozesses.

### Was kann das Team/die Klinik tun?

An der ersten Stelle steht eine von Offenheit und Fairness geprägte chirurgische Kultur (4). Die Abteilungsleitung nimmt hier eine entscheidende Rolle ein. Supervision, Mentor und ein guter Game-Plan mit notwendigen Anpassungen während der Ausbildung können den ganzen Prozess unterstützen. Die Work-Life Balance, Bewegung, Ernährung und Hobbies haben positive Auswirkungen auf die Leistung der Ärzte (5).

### Was kann das System (Fachgesellschaft, Berufsvertretung) tun?

Neben dem Rasterzeugnis mit Fallzahlen gewinnt in der letzten Zeit eine objektive, kompetenzbasierte Evaluierung der Leistung immer mehr Aufmerksamkeit.

Um Rat und Hilfe suchen, ist immer eine gute Option, wenn man nicht mehr weiter weiß. Sei es beim vertrauenswürdigen Vorgesetzten oder unmittelbaren Kollegen!

### LITERATUR

1. MacIntyre IM, Munro A. Simulation in surgical training. *BMJ* 1990; 300:1088-9.
2. Barnes RW, Lang NP, Whiteside MF. Halstedian technique revisited. *Innovations in teaching surgical skills. Ann Surg.* 1989; 210:118-21
3. Martin JA, Regehr G, Reznick R et al. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. *BJJ.* 1997; 84:273-278
4. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clinical Risk.* 2004; 10(6):211-220
5. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc.* 2017; 92(1):129-146

### KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. Maria Bubenova**  
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie  
Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck  
Dr.-Wilhelm-Bock-Straße 1  
4840 Vöcklabruck  
E-Mail: Maria.Bubenova@ooeg.at



# Einladung zur BÖC Generalversammlung

Freitag, 10. November 2023, 08.00 Uhr  
Festsaal Congress Center Baden

## TAGESORDNUNG

1. Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Genehmigung des Protokolls der letzten Generalversammlung
3. Genehmigung der Tagesordnung
4. Bericht des Präsidenten, *Sebastian Roka*
5. Bericht des Leiters der BÖC Akademie, *Georg Györi*
6. Bericht des Finanzreferenten, *Christoph Ausch*
7. Bericht der Kassenprüfer
8. Entlastung des Vorstandes
9. Allfälliges



in Kooperation mit:



Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgie (ÖGCH)



# 22. Österreichischer

9. bis 10. November 2023  
Congress Center Baden



## Donnerstag, 9. November 2023

### 13.00 – 13.10 ERÖFFNUNG

#### 13.10 – 15.10 Sitzung I – Leber

Vorsitz: *Albert Tuchmann, Wien*  
& *Sebastian Roka, Wien*

- 13.10 – 13.30 Wie ermögliche ich inoperablen Patienten die Resektion?  
*Robert Sucher, Graz*
- 13.30 – 13.50 Präoperatives „Leberfasten“ – wann, warum und wie  
*Birgit Lötsch, Wien*
- 13.50 – 14.10 Perioperatives Management & Anästhesie der HPB-Chirurgie- ein interdisziplinäres Konzept  
*Ricarda Kemmler-Müller, Wien*
- 14.10 – 14.30 Navigation in der Leberchirurgie  
*Florian Primavesi, Vöcklabruck*
- 14.30 – 14.50 Kann die stereotaktische RFA die Leberchirurgie ersetzen?  
*Gregor Laimer, Innsbruck*
- 14.50 – 15.10 Standardtherapie des cholangiozellulären Karzinoms  
*Thomas Grünberger, Wien*
- 15.10 – 15.50 Kaffeepause

### 15.50 – 17.30 Sitzung II – Lower GI

Vorsitz: *Alexander Klaus, Wien*  
& *Rudolf Schrittwieser, Leoben*

- 15.50 – 16.10 Innovationen bei der Anastomosenheilung  
*Bernhard Dauser, Wien*
- 16.10 – 16.30 Wie kann man die CME standardisiert umsetzen?  
*Andreas Shamiyeh, Linz*
- 16.30 – 16.50 Pouches beim Rektum  
*Friedrich Herbst, Wien*
- 16.50 – 17.10 LARS  
*Jaroslav Presl, Salzburg*
- 17.10 – 17.30 Was soll der Chirurg über das Mikrobiom wissen?  
*Adrian Frick, Wien*

### 17.30 – 19.00 Networking Event

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



# Chirurgentag 2023

**Freitag, 10. November 2023**

## 08.00 – 09.00 Generalversammlung

### 09.00 – 11.00 Sitzung III – Pankreas

Vorsitz: Reinhold Klug, Horn  
& Philipp Horvath, Feldkirch

- 09.00 – 09.20 Pankreaskarzinom – etablierte Technik  
*Sebastian Roka, Wien*
- 09.20 – 09.40 Vaskuläre Infiltration bei Pankreaskarzinom –  
neue Techniken & Grenzen der Resektion  
*Oliver Strobel, Wien*
- 09.40 – 10.00 Stand des Roboters in der Pankreaschirurgie  
*Helwig Wundsam, Linz*
- 10.00 – 10.20 (Total) Neoadjuvante Therapie beim Pankreas  
Karzinom  
*Thamer Sliwa, Wien*
- 10.20 – 10.40 Biologische vs. Bildgebende Operabilität –  
was gibt es Neues?  
*Holger Rumpold, Linz*
- 10.40 – 11.00 Chronische Pankreatitis – wann ist es Zeit für  
Chirurgie?  
*Peter Götzinger, St. Pölten*
- 11.00 – 11.30 Kaffeepause

### 11.30 – 12.50 Sitzung IV – Upper GI

Vorsitz: Sebastian Schoppmann, Wien & Oliver  
Koch, Salzburg

- 11.30 – 11.50 Reflux: Karzinomrisiko und Prävention  
*Alexander Ziachehabi, Linz*
- 11.50 – 12.10 ESD beim Oesophagus Karzinom – dos &  
don'ts  
*Georg Spaun, Linz*
- 12.10 – 12.30 Chirurgische Strategie beim Kardiakarzinom –  
Überlegungen zur Radikalität und  
Rekonstruktion  
*Johannes Zacherl, Wien*
- 12.30 – 12.50 Perioperative Konzepte beim Oesophagus  
Karzinom  
*Matthias Biebl, Linz*
- 12.50 – 14.00 Mittagspause

### 14.00 – 15.30 Sitzung V – Akute Chirurgie

Vorsitz: Stephan Kriwanek, Eisenstadt  
& Matthias Zitt, Dornbirn

- 14.00 – 14.20 Minimal Invasives Vorgehen beim Akuten  
Abdomen- State of the Art?  
*Martina Lemmerer, Villach*
- 14.20 – 14.40 Sterkorale Peritonitis „damage control“  
*Alexander Perathoner, Innsbruck*
- 14.40 – 15.00 Biliäre Komplikationen nach  
Cholecystektomie  
*Stefan Schneeberger, Innsbruck*
- 15.00 – 15.20 Proktologische Notfälle  
*Felix Aigner, Graz*
- 15.20 – 15.50 Kaffeepause

### 15.50 – 18.00 Sitzung VI – Fallbesprechungen

Moderator: Sebastian Roka, Wien

Panel: Matthias Biebl, Linz  
Oliver Strobel, Wien  
Robert Sucher, Graz  
Stefan Schneeberger, Innsbruck



**Save the date**

## Hepato-Pancreato-Biliary (HPB) Fellowship @ Karl J Oldhafer

### Expedition to the ALP(P)S and ante situm in the north of Germany (VIE goes HAM)

Autor: J. Längle, Wien



Ort:

Klinik für Leber-, Gallenwegs- & Pankreaschirurgie, Department für Chirurgie, Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg, Deutschland

Dauer:

Juni 2022 – März 2023

Schwerpunkt:

Leber-, Gallenwegs- und Pankreaschirurgie

Direkt im Abschluss an meine Facharztausbildung für das Sonderfach Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie habe ich mich für das international kompetitiv ausgeschriebene Hepato-Pancreato-Biliary (HPB) Surgery Fellowship bei Prof. Dr. med. Karl J. Oldhafer in Hamburg beworben. Kurz darauf bekam ich einen persönlichen Anruf von Karl J. Oldhafer mit einer Zusage für die Stelle und der Option das Angebot schon früher wahrnehmen zu können. Gesagt, getan befand ich mich nach diesem sehr sympathischen Telefonat und Abschluss aller bürokratischen Notwendigkeiten ca. 5 Wochen später im wunderschönen Hamburg als HPB-Fellow bei Karl J. Oldhafer.

Die Freie und Hansestadt Hamburg (HH) hat rund 1,85 Millionen Einwohnern und ist somit die zweitgrößte Stadt in Deutschland und neben Berlin und Wien die drittgrößte Stadt im deutschen Sprachraum. Aufgrund der Lage zur Elbe, Alster, Bille und zahlreichen anderen Nebenflüssen und Kanälen gilt die Stadt Hamburg mit rund 2500 Brücken als eine der brückenreichsten in Europa (Venedig hat rund 435 Brücken).

Nach ca. 1 h und 35 min Flugzeit von VIE nach HAM steigt man direkt in die S-Bahn und befindet sich ca. 10 min später vor der „Asklepios Klinik Barmbek“. Die Klinik Barmbek gilt als das Flaggschiff der „Asklepios Kliniken Hamburg“, welches den größten Krankenhausverbund in Hamburg darstellt (insgesamt 9 Kliniken). Die Klinik Barmbek hat über 700 Betten und ist ein



Innenaufbau der Asklepios Klinik Barmbek

akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg. Zusätzlich betreibt die Asklepios Medical School (AMS) den Asklepios Campus Hamburg (ACH) der Semmelweis-Universität, eine Niederlassung der Medizinische Fakultät der staatlichen Semmelweis-Universität in Budapest.

Karl J. Oldhafer hat seine Ausbildung auf der Medizinische Hochschule Hannover (MHH) bei Rudolf Pichlmayr (größtes Transplantationszentrum in Deutschland) und am Universitätsklinikum Essen bei Christoph Broelsch absolviert. Beide gelten als Pioniere im Bereich der Lebertransplantation (*i.e.* erste erfolgreiche Lebendtransplantation einer Leber an einem Kind). Anschließend



Von links nach rechts: Karl J Oldhafer, Johannes Längle

war Karl J. Oldhafer Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Celle. Seit 2010 leitet er nun das Department für Chirurgie in der Asklepios Klinik Barmbek.

Das Department für Chirurgie gliedert sich in 2 Kliniken: „Klinik für Leber-, Gallenwegs- & Pankreaschirurgie“ (HPB Unit) und „Klinik für Gastrointestinale & Kolorektale Chirurgie“ (GI Unit). Das Vorhandensein einer eigenen HPB Unit stellt in Deutschland ein Alleinstellungsmerkmal dar. Die HPB Unit umfasst 3 Oberärzten/Attendings, 3 Fachärzten/Fellows (ich besetzte eine von den drei Stellen), 2 Assistenzärzten/Residents und 1 Physician Assistant (PA).

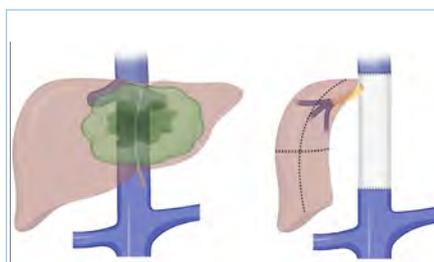
Der HPB Unit steht jeden Tag 1 OP Tisch und jeden zweiten Tag zusätzlich ein 2 langer OP Tisch bis 19:30 Uhr zu Verfügung. Der freitags Tisch wird in der Regel mit dem Da Vinci Xi System bespielt. Ambulanz/outpatient clinic findet 3-mal und HPB-Tumorboard 1-mal pro Woche statt. Zusätzlich findet jeden Montagnachmittag eine interne HPB-Sitzung zur Planung der aktuellen und nächsten Woche statt. Im Rahmen dessen wird jeder Patient einzeln durchgegangen und die OP bzw. Therapie Strategien besprochen (*i.e.* Hypertrophie Konzepte etc.).



Montagliche HPB-Sitzung. Von links nach rechts: Johannes Längle, Karl J. Oldhafer

Die HPB Unit ist ein von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zertifiziertes Referenzzentrum für Erkrankungen der Leber und des Pankreas. Pro Jahr werden ca. 215 Leber- und ca. 110 Pankreasresektionen durchgeführt. Ein Schwerpunkt wofür Karl J. Oldhafer bzw. die Klinik Barmbek bekannt ist sind Leberresektionen von Tumoren im Bereich des Lebervenensterns, welche unter „total vascular exclusion“ (TVE) mit hypothermer Leberperfusion und veno-venösem Bypass

durchgeführt werden. Dies kann entweder *in situ*, *ante situm* oder als Maximalform im Sinne einer „*ex situ* liver resection and autotransplantation“ (ERAT) erfolgen. Ein weiterer Schwerpunkt bzw. Expertise liegt in dem sogenannten „associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy“ (ALPPS) Verfahren. Diesbezüglich ist die HPB Unit nicht nur eines der Top Rekrutierungszentren in der internationalen ALPPS Registry ([www.ALPPS.net](http://www.ALPPS.net)), sondern auch maßgeblich an multizentrischen „Benchmark Studies“ wie zum Beispiel beim perihillärem Cholangiokarzinom (pCCA) beteiligt.



Ante situm Beispiel bei einem intrahepatischen Cholangiozellulärem Karzinom (ICCA) mit Infiltration des gesamten Lebervenensterns. Links präoperativer Situs. Rechts postoperativer Situs: Ersatz der Vena Cava mit einer Dacron® Prothese und die rechte Lebervene (RHV) autolog mit Perikard.

Im Rahmen meines knapp 10-monatigen Aufenthaltes wurde es mir ermöglicht bereits etwas mehr als die Hälfte des „European Board of Surgery Qualification“ (EBSQ) HPB Rasterzeugnis zu erfüllen. Zusätzlich konnte ich auch gemeinsam eine wissenschaftliche Kooperation zwischen und VIE und HAM aufbauen. Dies resultiert zum einen in einem gemeinsamen peer-reviewed Artikel im „HPB Journal“, zum anderen in einem Abstract beim diesjährigen Kongress der „European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association“ (E-AHPBA) in Lyon, als auch in einer Forschungsförderung (50,000€) für

ein translationales Forschungsprojekt im Bereich des pCCA (Klatskin-Tumor).

Neben meinem enormen theoretisch als auch praktisch fachlichen Zugewinn im Bereich der HPB Chirurgie habe ich noch viel mehr menschliches, nicht nur von Karl J. Oldhafer selbst, sondern von seiner gesamten Mannschaft (Kim C. Wagner, Nadine Köhler, Jörg Böcker, Tim Reese, Fernando Escoto), als auch den „Hanseaten“ lernen und fürs Leben mitnehmen können. Ein „Team Barmbek“ signierter Montblanc Kugelschreiber als Abschlussgeschenk zu erhalten ehrt und berührt mich zugleich.



Signierter Montblanc®

Ich möchte mich bei Karl J. Oldhafer und seinem Team für die großartige Zeit in Hamburg recht herzlich bedanken, denn ohne diese wäre ich nicht an solcher Erfahrung gereift. Ein großes Dankeschön gebührt Patrick Starlinger, welcher mich an der Vermittlung des Fellowships maßgeblich unterstützt hat. Ebenso möchte ich meiner Partnerin für die seelische und stets bestärkende und verständnisvolle Unterstützung für alle Entscheidungen in meinem Leben bedanken. Weiters danke ich Albert Tuchmann für seinen unermüdlichen Einsatz im Rahmen des Hospitationsstipendium von der Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH). □

## KORRESPONDENZADRESSE



Dr.med.univ. Johannes Längle, PhD  
Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie  
Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Comprehensive Cancer Center Wien  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien  
E-Mail: [johannes.laengle@meduniwien.ac.at](mailto:johannes.laengle@meduniwien.ac.at)



## Protokoll der **Vollversammlung**

### der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH

Donnerstag, 15.06.2023 - 12:30 – 14:30 Uhr

Europasaal, Salzburg Congress  
Auerspergstraße 6, 5020 Salzburg

#### Begrüßung und Eröffnung durch den Präsidenten - A. Assadian

##### 1) Feststellung der Beschlussfähigkeit:

Die Beschlussfähigkeit ist gegeben, nachdem die Vollversammlung 15 Minuten zuvor eröffnet wurde.

##### 2) Bericht des Präsidenten – A. Assadian:

###### 64. Österreichischer Chirurgenkongress in Salzburg 2023

Im Vorfeld des 64. Chirurgenkongresses, der gemeinsam mit der 55. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie veranstaltet wurde, konnten einige Neuerungen in der Organisation des Kongresses umgesetzt werden. Der Kongress war weitestgehend papierlos geplant, Programm, Einladungen und Informationen sowie Abstractband sind ausschließlich elektronisch verfügbar.

Die Seitens der ÖGCH vor Jahren gekaufte APP war für die papierlose Nutzung hervorragend geeignet. Auch die Verpflegung war seitens des Kongresses auf regionaler und vegetarischer Basis zusammengestellt.

Um den Kongress auch für junge Eltern besser erreichbar zu machen war eine gebührenfreie Kinderbetreuung nach Anmeldung verfügbar.

Für ein interessantes und spannendes Programm haben vor allem die assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen gesorgt.

##### 3) Bericht des Generalsekretärs – A. Tuchmann:

###### Mitgliederstand (s. Tabelle Seite 29):

Der Mitgliederstand ist konstant, es gibt Zuwächse von etwa 0,5 % pro Jahr; die Stamm-Mitgliedschaft umfasst mehr als

2300 Mitglieder, die Gesamtzahl wird bald 6000 Mitglieder erreichen (siehe Tabelle Seite 29).

Es wird ausdrücklich auf die Student\*Innen-Mitgliedschaft der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie hingewiesen, die selbstverständlich gratis ist und bisher zu wenig in Anspruch genommen wurde.

Die **Geschäftsstelle** der ÖGCH ist nach wie vor an prominenter Adresse:

Billrothhaus, 1090 Wien, Frankgasse 8.

Durch Ausscheiden der bisherigen Partner in den Büroräumlichkeiten (Gynäkologie und Geburtshilfe; Plastische Chirurgie) hätte sich die Miete maßgeblich erhöht, konnte aber auf € 284,20 pro Monat ausverhandelt werden.

Aufgrund der **Gender**-Regeln erfolgt eine Umbenennung des Österreichischen Chirurgenkongresses in „Österreichischen Chirurgie-Kongress“, die Abkürzung ÖCK bleibt gleich, die Homepage wird lauten: [www.chirurgiekongress.at](http://www.chirurgiekongress.at) die Domäne ist frei.

###### **Wissenschaftliche Preise, Forschungs- und Hospitationsstipendien:**

Billrothpreis, Wissenschaftspreis der ÖGCH, Hans-Werner Waclawiczek-Preis, Young Surgeons Forum-Preis, sowie Posterpreis wurden anlässlich des ÖCK2023 vergeben.

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie ist sehr interessiert chirurgische Forschung und Weiterentwicklung in operativen Techniken zu fördern.

Es wurden daher im abgelaufenen Jahr in erster Linie junge Chirurg\*Innen mit Forschungs- und Hospitationsstipendien in Höhe von € 75.190,- unterstützt.

## Mitgliederstand

Mitgliederstand 11.06.2023

Mitglieder	aktuell	Ende 2022	Ende 2021	Ende 2020	Ende 2019	Ende 2018	Ende 2017	Ende 2016	Ende 2015	Ende 2014
ÖGCH	2324	2302	2347	2339	2292	2284	2254	2223	2230	2164
	0,96 %	-1,92 %	0,34 %	2,05 %	0,35 %	1,33 %	1,39 %	-0,31 %	3,05 %	
Gesamtdaten	5901	5875	5808	5708	5658	5615	5572	5539	5533	5384
	0,44 %	1,15 %	1,75 %	0,88 %	0,77 %	0,77 %	0,60 %	0,11 %	2,77 %	
Fördernde ÖGCH	48	47	46	40	34	32	24	25	25	23

Ordentlich	51
Fördernd	3
Student	2
<b>Neuaufnahmen seit Juni 2022:</b>	<b>56</b>

Seit einem Jahr wurden auch Kurse in der Chirurgie mit maximal € 1.000,- pro Kurs unterstützt, damit kamen insgesamt € 10.945,- zur Auszahlung.

### ÖGCH – intern:

Die Arbeitsgemeinschaft „Niedergelassene Chirurg\*innen“ stellt einen wertvollen Beitrag zu ÖGCH dar.

Der Austausch zwischen Wissenschaft in der Chirurgie, Evidenz einerseits, sowie Chirurgische Versorgung der Österreicher und Österreicherinnen ist von eminenter Bedeutung! Diesbezüglich konnte die ÖGCH gesundheitspolitische Bestrebungen in der Vorsorge- Coloskopie maßgeblich unterstützen.

### Weitere ÖGCH-Kooperationen:

Die ÖGCH hat sich der **HPV-Allianz** (federführend Gynäkolog\*Innen sowie Pädiatrie) maßgeblich angeschlossen. Unterstützung eines Curriculums „spezielle Unfallchirurgie“ zur Verbesserung der Ausbildung von Unfallchirurg\*Innen im Rahmen des abdominalen Traumas (Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie).

Die **Wunde** sollte für Chirurg\*Innen ein Anliegen sein: Infolgedessen hat die ÖGCH sowohl die AWA (Austria Wound Association) als auch den 3. Wiener Wundkongress maßgeblich unterstützt. Die Zusammenarbeit mit der „Wunde“ ist ein gemeinsames Zukunftsprojekt und sollte auch in den ÖCK eingebracht werden können. Die gesundheitspolitische Bedeutung der chronischen Wunde soll an dieser Stelle betont werden.

### Zusammenarbeit mit Gastroenterologie (ÖGGH):

An einem Curriculum bzw. Zertifikat „gastrointestinale interventionelle Endoskopie“ hat sich ÖGCH mit ÖGGH kommitted. Weiters besteht eine Kooperation und Unterstützung für „Internationale Nitze-Leiter Forschungsgesellschaft für Endoskopie“

Es finden regelmäßige Sitzungen und Gedankenaustausch/ zuletzt beim ÖCK2023 in Salzburg, mit **Austromed**, der Interessensvertretung der Medizinprodukte und Unternehmen, statt.

Zusammenarbeit mit **DONKO** (Dachorganisation onkologisch tätiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften in Österreich): Die **DONKO** hat einen neuen Präsidenten, Prof. Dr. Johannes Haybäck, MedUni Innsbruck, Pathologie.

Ein **Initiativtreffen** mit jungen onkologisch interessierten Chirurg\*Innen und assoziierten Fachgesellschaften (Uro, Gyn, HNO, u.dgl.) und dem Generalsekretär hat im Juni 2023, unmittelbar nach dem ÖCK2023 stattgefunden. Die DONKO wird für die ÖGCH ihren Beitrag leisten (erstmalig eine DONKO-Sitzung beim ÖCK2023 in Salzburg!), sich umgekehrt der Unterstützung durch ÖGCH erfreuen.

Die ÖGCH nimmt am Projekt „Lärm im Op.“, ausgehend von Univ.klinik für Psychiatrie Graz, teil; unnötiger Lärm im Op. geht wohl jedem auf die Nerven; bitte beteiligen Sie sich an der Umfrage; das Ausfüllen des Survey dauert etwa 20 Minuten. <https://survey.medunigraz.at/index.php/672516?lang=de>

### Projekte der Zukunft:

Ein „Leitfaden Chirurgie in Österreich“ ist in Planung, der in erster Linie online ausgerollt werden soll.

Die Österreichischen Chirurgie-Kongresse der Zukunft sind vorerst in Salzburg geplant:

05.–07. Juni 2024, sowie 2025.

Ein Vertrag mit dem Kongress-Organisator **ConConcept** wurde für 3 Jahre abgeschlossen.

### Chirurgische Fortbildung in Zukunft:

Diese wird sich auf zwei Fortbildungs-Seminare „Chirurgie Kompakt“ in Salzburg stützen, ergänzt von anderen Veranstaltungen. ➤



**Öffentlichkeitsarbeit:**

Die Säulen der ÖGCH Öffentlichkeitsarbeit sind eine ständig aktualisierte Homepage [www.oegch.at](http://www.oegch.at), ein lebensnaher Newsletter alle 2 Monate, die Social Media ÖGCH-Auftritte auf Facebook (über 5000 Follower) sowie neuerdings auf LinkedIn. Dazu kommen noch ÖGCH-Krawatten, -Stecktücher und -Schals für Damen: die Neubestellung ist bereits eingetroffen.

**Zusammenarbeit mit Chirurgischen Gesellschaften der Nachbarländer:**

Regelmäßig mit Deutscher Gesellschaft für Chirurgie (DGCH, DGAV), Schweizerischer Gesellschaft für Chirurgie/Swiss College of Surgeons, Bayerischer Chirurgengesellschaft und teilweise mit Italienischer Gesellschaft für Chirurgie.

**International:**

Hier bestehen langjährige Kooperationen mit International Society of Surgery/Société internationale de Chirurgie (ISS/SIC) [www.iss-sic.com](http://www.iss-sic.com): der Weltkongress für Chirurgie hat mit großem Erfolg (trotz Krisenjahr!!) und an die 900 Teilnehmer\*Innen im August 2022 unter Kongress-Präsidentschaft von Prof. Dr. A. Tuchmann in Wien/Hofburg stattgefunden. Es besteht ein Österreichisches Chapter.

Der nächste Weltkongress wird 2024 in Kuala Lumpur stattfinden.

Mit American College of Surgeons (ACS), [www.facs.org](http://www.facs.org) besteht ebenfalls eine jahrelange Zusammenarbeit. Nächster Jahreskongress 22.–26. Oktober 2023 in Boston.

Es besteht ebenfalls ein Austria-Hungary-Chapter.

**4) Bericht des Kassenverwalters – H. Mächler:**

Der Bericht des Kassenverwalters betreffend den Zeitraum vom 1.1.2022 bis zum 31.12.2022 zeigt, dass Einnahmen-seitig durch das sehr große Bemühen unseres Generalsekretärs bereits 49 Firmen Mitglieder wurden und je 800 € an Mitgliedsbeitrag einzahlen, der NPO-Zuschuss (Covid-Hilfe der Regierung) hat € 13.871,63 betragen. Die Mitgliedsbeiträge betragen wie immer rund € 123.000,-. Wir betreuen die Finanzgebarung der Young Surgeons Austria, jene haben € 8.200,- eingenommen, sodass insgesamt im Jahr 2022 € 260.214,- eingenommen werden konnten.

Ausgabenseitig haben wir wie jedes Jahr rund € 53.639,60 für das Sekretariat (Miete Billrothhaus, Gehalt, Finanzamt, ÖGK) ausgegeben, für die Steuerberatung Dr. Dösinger € 5.091,60, Unterstützungen von DONKO, WMA Eurocrine, UEMS-Anteil, Nitze-Leiter Forschung, HPV-Allianz, Chir. Forschung € 26.622,42, Kleinbeträge für Druckerpatronen und anderes Büromaterial, Urkunden etc. haben € 3.904,62 betragen.

Für die Fortbildungsakademie wurden € 5.000,- ausgegeben. Für den Druckkostenbeitrag der Zeitschrift „Chirurgie“ hatten wir eine Nachzahlung für die Jahre 2017–2021 (50 %, geteilt mit dem BÖC) in Höhe von € 97.714,75. Social Media Betreuung € 8.708,88.

Die Young Surgeons Austria haben von ihren Einnahmen € 7.986,90 verbraucht. Weitere Ausgänge waren für die Mitgliedsbeitrag-Rückzahlungen. Für den Billroth- und andere Wissenschaftspreise wie für die Stipendien haben wir € 46.790,- ausgegeben. In der Summe haben wir 2022 € 342.564,49 ausgabenseitig benötigt.

Der Kassenverwalter erinnerte die Mitglieder, die jüngeren KollegInnen zu ermuntern, Einreichungen für Preise, Stipendien, Kurse, abzugeben.

**5) Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Kassenverwalters und des Vorstandes:**

Auf Antrag eines ordentlichen ÖGCH-Mitgliedes wurden der 1. Kassenverwalter sowie der Vorstand angesichts der Jahresabrechnung entlastet (einstimmig positive Abstimmung).

**6) Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie – D. Öfner-Velano:**

Die letzte Facharztprüfung fand vom 13. bis 14. 10. 2022 in Wien im Veranstaltungszentrum Catamaran statt. Deutlich weniger Kandidat:innen, nämlich 49 traten an und leider schafften es 8, trotz in Kraft treten der Gleitklausel, nicht. Zu erwähnen ist, dass 4 Kandidat:innen bereits mehrfach angetreten sind, mit einzelnen wurde über die ÖÄK nach der Prüfung ein mündliches Gespräch geführt um Ursachen zu erkennen. Die Fragengüte der 100 multiple choice Fragen war mit einem Cronbach alpha Index von 0,92 nach unabhängiger Evaluation sehr hoch und wurde von Prof. Lischka und Prof. Schmidt bestätigt. Verbesserungen werden lediglich in der Anzahl von mehr Anwendungsfragen zum Nachteil von Wissensfragen angestrebt. Mein Dank gilt den zahlreichen Kolleg:innen die einen Tag ihrer Zeit für die mündlich strukturierte, wieder an 6 Stationen durchgeführte, Prüfung zur Verfügung stellten. Die nächste Facharztprüfung findet wieder in Salzburg vom 19. bis 20.10. 2023 statt. Die zum hohen Anteil neu entworfenen Fragen wurden bereits zusammengestellt. Zudem wurde nach Abgang von 3 langjährigen Mitarbeiter:innen, nämlich Fr. OÄ Bermoser, Fr. Primaria Lemmerer und Prof. Mischinger – nochmals vielen Dank für euren Einsatz, der Prüfungsausschuss neu besetzt. Mein Stellvertreter ist nun Prof. Emmanuel und hinzugekommen sind Fr. Doz.in Wagner aus Graz und Fr. OÄ Haunold aus Wien. Für die strukturierte mündliche Prüfung ist Fr. Dr.in Klugsberger aus Linz kooptiert worden.

An Seminaren wurden die 38. Jahrestagung der ACO-ASSO, die 21. Chirurgietage und das 157. Fortbildungsseminar in Salzburg finanzielle unterstützt. Obwohl durch diese finanzielle Unterstützung in Ausbildung stehende junge Chirurg:innen gratis die Fortbildungen besuchen können, ist es über die Jahre zu einem deutlichen Rückgang der Teilnehmer:innen gekommen. Weit weniger als 20 nahmen dieses Angebot in letzter Zeit an, sodass eine neuerliche Umstrukturierung der Fortbildungsseminare angedacht ist.

Das digitale Lehrbuch für junge Chirurg:innen ist in der finalen Phase und eine Anschubfinanzierung für akademische Studien nach Good Clinical Practice Kriterien (AcaRes) ist in Vorbereitung.

**7) Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees – H.J. Mischinger:**

Aufgrund der Wahlen neuer Bundesfachgruppenobleute für die Funktionsperiode 2022–2027 wurde die geplante Sitzung für den 25.11.2022 abgesagt und am 23.05.2023 nachgeholt.

**1. ÖÄK-Verordnungen: 5. Novelle der DEF u. RZ-V 2015 (Rasterzeugnisse):** Der ÖÄK liegen derzeit Spezialisierungsanträge vor: a. Infektiologie (fachspezifisch), b. Spezialisierung in Phlebologie (fächerübergreifend), c. Klinische Akut- und Notfallmedizin, d. Spezialisierung in fetomaternaler Medizin (fachspezifisch). Der Prozess soll laut BMSGPK angestoßen werden.

Von Seiten der ÖK wurde ein Kriterienkatalog für Spezialisierungsanträge vorgelegt: d.h. Nachweis der Versorgungswirksamkeit erfolgt auf Basis a. der zum Zeitpunkt des Antrags

nachweisbar qualifizierten Personen, b. die Patientenrelevanz (z.B. Frequenz des KH-Bildes, MEL Leistungen).

Die Einführung fächerübergreifender Spezialisierungen werden, sofern eine entsprechende Versorgungswirksamkeit nachgewiesen werden kann, sowohl seitens des BMSGPK als auch seitens der ÖK, grundsätzlich bevorzugt behandelt werden. In diesem Zusammenhang wird von der ÖÄK auch angemerkt, dass das Thema Chirurgische Intensivmedizin bekannt, aber nach wie vor ungelöst ist. Für den, diesbezüglich im Oktober 2022 an das BMSGPK gestellten Antrag steht bis dato die entsprechende Antwort noch aus.

Bei der Sitzung der Bundesfachgruppe am 23.05.2023 stand der neue Vorsitzende des Bildungsausschusses, Daniel Van Langen (FA f. Anästhesie), dem Spezialisierungsantrag „Chirurgische Intensivmedizin“ eher ablehnend gegenüber, räumte aber weitere Gespräche über ev. alternative Möglichkeiten ein.

Der aktuelle Stand der Verhandlungen zwischen ÖÄK und dem Ministerium bezüglich des Anerkennungsverfahrens von **Ausbildungsstätten im übertragenen Wirkungsbereich** – Kompetenzverschiebung: Der aktuelle Vorschlag der ÖÄK enthält folgende Eckpunkte:

Die Verfahren zur Anerkennung von Ausbildungsstätten und -stellen führen in mittelbarer Bundesverwaltung die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner. Hingegen soll die ÖÄK Prüfberichte erstellen und Stellungnahme abgeben können. Ebenso hat die ÖÄK ein Beschwerde- und Revisionsrecht. Visitationen können durch die ÄK angeregt werden, deren Durchführung erfolgt allerdings durch den LH. Das Visitationsteam setzt sich aus einem Vertreter der ÖÄK, der LÄK und der Fachgesellschaft zusammen. Weiters soll die Rezertifizierungspflicht gestrichen werden, d.h. Bescheide mit siebenjähriger Befristung gelten als unbefristete Bescheide.

Die politischen Gespräche um passende Rahmenbedingungen zwischen dem BMSGPK und der ÖÄK für die Ärzteausbildung erfolgt unter unterschiedlichsten Erwartungen und wird fortgesetzt. In diesem Zusammenhang wird auch angemerkt, dass im Bereich der fachärztlichen Ausbildung in vielen Fächern Reformbedarf besteht.

**e-Logbuch:** Nach Abschluss eines Vergabeverfahrens und der Zuschlagserteilung an den Bestbieter hat Anfang Mai 2022 die Umsetzung des e-Logbuchs durch die Programmierfabrik GmbH begonnen. Der Arbeitsvertrag sieht eine neunmonatige Entwicklungsdauer vor. 1.2023 ist die Inbetriebnahme der ÖÄKeLogbücher geplant.

Im Rahmen der **Fort- und Weiterbildung** wird die Einführung eines ÖK-CPD „Ausbildungskompetenz für den Klinischen Alltag“ vorgeschlagen. Der Bundeskurie Angestellter Ärzte ist es ein Anliegen, eine Weiterbildungsmöglichkeit für den Erwerb von personalen, sozialen und fachlichen Kompetenzen in der medizinischen Lehre einzuführen. Die Ausbildung richtet sich primär an Ausbildungsoberrätinnen/Ausbildungsoberräte und soll zur Verbesserung der medizinischen Ausbildung beitragen. Das Curriculum umfasst 60 Unterrichtseinheiten (4 Module zu je 15 UE). Die Beschlussfassung erfolgte am 1.12.2022.

!!! Achtung: Die Gültigkeit der DFP-Diplome wird aufgrund der COVID-19-Pandemie um die Zeit der COVID-19-Pandemie verlängert.

## 8) Bericht des Schriftleiters der „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“ (ES/ACA) –

M. Riegler:

„Die unscheinbare Fügung (Harmonie), vor dem zum Vorschein drängenden Gefüge edel“ (Fragment, Heraklit).

Der Schriftleiter dankt den Damen und Herrn des Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, dem Präsidenten der Gesellschaft, *Prof. Dr. Afshin Assadian*, dem Generalsekretär der Gesellschaft, *Prof. Dr. Albert Tuchmann*, dem Young Surgeon Forum, dem Springer-Verlag und der Industrie für die tatkräftige Unterstützung des Projektes. Ohne diese Unterstützung wäre unser gemeinsames Projekt nicht möglich.

Ebenso sind die neuen Entwicklungen des von *Prof. Dr. Klaus Emmanuel* motivierten *Faculty Boards* und des neuen Lay Outs durchaus positiv zu bewerten. Über das *Faculty Board* wurden neue *European Surgery* Arbeiten eingereicht und veröffentlicht bzw. befinden sich im Prozess der Einreichung und Veröffentlichung. Impact Factor derzeit 2021 = 0.796.

**Es gibt aber Neues:** seit 10 Monaten zeigt sich ein Mangel an Arbeiten, welche die Kriterien der Publikation erfüllen. Die Anzahl der eingereichten Arbeiten hat sich nicht verändert (ca. 600 pro Jahr, bis dato wurden ca. 60 pro Jahr publiziert). Diese erfüllen aber nicht die für eine Begutachtung und eventuelle Veröffentlichung unerlässlichen Kriterien.

Deshalb wird es in diesem Jahr 2023 statt der gewohnten 6 nur 4 Hefte *European Surgery* geben, das entspricht auch den Vorgaben des Springer Verlages. Weiters sind neue Arbeiten zur Publikation zu motivieren. Und noch ein wichtiger Punkt: entsprechend den Richtlinien sollte die Begutachtung einer eingereichten Publikation (Annahme, Ablehnung?) idealerweise innerhalb von ca. 30 Tagen abgeschlossen sein.

Diese Anforderung wird in dem meisten Fällen bei ES ACA aber *nicht* erfüllt. Deshalb hat der Editor in Chief, bei Arbeiten, welche auf seinem Spezialgebiet liegen, die Begutachtung selbst vorgenommen. Das ist für den Verlag aber ein Problem bei angenommenen Arbeiten. Wir können diesen Modus, den der Schriftleiter lebte, um Ihnen und anderen Kollegen:Innen Arbeit zu ersparen, nicht weiter praktizieren.

Es ist nun unumgänglich, dass bei Arbeiten, welche die Kriterien eines *peer review* erfüllen, *immer* eine Begutachtung von zumindest 2 Gutachtern zu erfolgen hat und diese innerhalb von etwa 30 Tagen abzuschließen sind. Es besteht sonst die Gefahr, dass der Verlag das Journal mit Ende des Jahres sozusagen zudreht. Ich bin mir des *Zeit-Problems* gerade bei Chirurgen/Innen bewusst, setze aber trotzdem auf Ihr Verständnis in dieser Sache. Deshalb ersuche ich Sie, die Autoren und das Team der Editoren und der Damen und Herrn vom *Faculty Board* bei den Reviews zu unterstützen und die Begutachtungen zeitnahe durchzuführen.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, die Begutachtung innerhalb der 30 Tage zu erledigen, uns dies bitte mitzuteilen.

Dabei handelt es sich um ein Volumen von ca. 2 bis 4 Arbeiten pro Gutachter pro Jahr. Der Schriftleiter ersucht um Unterstützung. Weiters ist es hilfreich, wenn Sie uns weitere (jüngere) Kollegen / Innen als Gutachter / Innen nennen könnten. ➤

## 9) Bericht Qualitätssicherung – S. Roka:

Die Daten aus A-IQI sind im Bericht des Bundesministeriums ersichtlich und wurden auszugweise präsentiert. Es ist zu beachten, dass die Qualitätszahlen erst mit fast 2 Jahren Verspätung publiziert werden. Dies ist auf die Datenprüfungsroutinen zurückzuführen. Der vorliegende Bericht betrifft die Qualitätszahlen des Jahres 2021 und auch die Peer-Reviews werden anhand dieser Daten durchgeführt.

Nach der Pause während der COVID-Pandemie werden die Peer-Reviews 2023 erneut wieder aufgenommen und die Viszeralchirurgie steht erneut im Fokus. Die Einladungen zu den Peer-Reviews sind bereits an die Abteilungen ergangen und sind im kommenden Herbst geplant. Neben den in A-IQI etablierten Indikatoren werden erstmals auch Mindestfallzahlen in den Reviews berücksichtigt.

## 10) Wahlen zum Vorstand:

Für den **Mittelbau Universitär** gibt es einen Wahlvorschlag: Es wird eine Doppelspitze vorgeschlagen: Prof. Dr. Stefan Riss, Chirurgische Klinik, MedUni Wien, sowie Prof. Dr. Sebastian Schoppmann, Chirurgische Klinik, MedUni Wien. Die Abstimmung erfolgt **einstimmig positiv**.

## 11) Gedenken an die verstorbenen Mitglieder:

Gedenkminute für die im vergangenen Jahr verstorbenen ÖGCH-Mitglieder.

## 12) Aufnahme neuer Mitglieder:

56 neue Mitglieder standen zur Aufnahme in die ÖGCH an:  
51 neue ordentliche ÖGCH-Mitglieder  
3 Fördernde Mitglieder und  
2 Studenten-Mitglieder  
wurden namentlich vorgestellt und ihre Aufnahme **einstimmig** befürwortet.

## 13) Preise:

### Billrothpreis 2023:

**Ass.-Prof. PD Dr. Theresa Hautz-Neunteufel**,  
Medizinische Universität Innsbruck

**Stefan Salcher PhD**, Medizinische Universität Innsbruck

**Dr. Margot Fodor**, Medizinische Universität Innsbruck

### Wissenschaftspreis der ÖGCH 2023:

**Dr. Andras Meszaros**, Medizinische Universität Innsbruck

**Dr. Julia Hofmann**, Medizinische Universität Innsbruck

### Hans-Werner Waclawiczek-Preis 2023:

**Dr. Patrick Kirchweger**, Barmherzige Schwestern Linz

### Posterpreise 2023:

1. Preis: **Dr. Patrick Kirchweger**, Barmherzige Schwestern Linz

2. Preis: **Dr. Daniel Razaie**, Barmherzige Schwestern Linz

3. Preis: **Dr. Antonia Punzengruber**, Barmherzige Schwestern Linz

### Young Surgeons Forum 2023:

1. Preis: **Dr. Patrick Kirchweger**, Barmherzige Schwestern Linz

2. Preis: **Dr. David Pereyra**, Medizinische Universität Wien

3. Preis: **Dr. Theresa Kratzer**, Barmherzige Schwestern Linz

## 14) Vorschau ÖCK 2024 – S. Kriwanek:

### **5. bis 7.6.2024 Salzburg**

### **Kongress Motto Chirurgie und Management**

Hauptsitzungen zu den Themen:

Krankenhausmanagement,

Klinisches Management

Management der Aus- und Weiterbildung

Hot Topics

Keynote Lectures

Meet the Expert Gespräche

### **Praktische Aktivitäten zur Ausbildung**

Workshop für Assistenten – Davos light

Workshop für Studenten



## 15) Allfälliges:

Keine Wortmeldung.

Die Vollversammlung wird um 14:30 Uhr geschlossen.

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

Prim. Priv.-Doz. Dr. H. Assadian  
Präsident ÖGCH

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

09. bis 10. November 2023

### 22. Österreichischer Chirurtag

11. November 2023

### 12. Forum Niedergelassener Chirurgen

Ort: Baden, Congress Centrum Baden

Kongresspräsident:

Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka

Tel: +43 1 405 13 83 18

E-Mail: [chirurgentag@boec.at](mailto:chirurgentag@boec.at)

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

05. bis 07. Juni 2024

### 65. Österreichischer Chirurgenkongress

Ort: Salzburg, Salzburg Congress

Kongresspräsident:

Univ. Prof. Dr. Stephan Kriwanek

Tel: +43 676 603 99 28

E-Mail: [b.kamolz@conconcept.at](mailto:b.kamolz@conconcept.at)

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

## Sonstige Veranstaltungen

4. Oktober 2023

### Artificial Intelligence in der Medizin – wie man Segen erhält und Fluch verhindert

Ort: Gesellschaft der Ärzte in Wien – Billrothhaus, Wien

6. bis 7. Oktober 2023

### European Chapter Congress of the International Gastric Cancer Association

Ort: Marriott Hotel, Geneva, Switzerland

Info: <https://egcc2023.org/>

16. bis 17. Oktober 2023

### Schilddrüsen Kongress 2023

Ort: Alte Kongresshalle München

Info: [www.schilddruesenkongress.net](http://www.schilddruesenkongress.net)

23. bis 24. Oktober 2023

### Chirurgische Herbsttage Graz 2023

Ort: Campus Med Uni Graz

Info: <https://www.conconcept.at/de/26/>

Chirurgische-Herbsttage-Graz

27. bis 28. November 2023

### 20. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖNK)

Ort: Wien

<https://www.notarztkongress.at/>

3. bis 6. Dezember 2023

### European Colorectal Congress 2023

Ort: St. Gallen, Schweiz

Info: [www.colorectalsurgery.eu](http://www.colorectalsurgery.eu)

23. bis 25. November 2023

### Chirurgie Compact 2023

Ort: Imlauer Hotel Pitter, Salzburg

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

23. bis 25. November 2023

### CAEK 2023 – Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie

Ort: Marriott Hotel, Wien

Info: <https://www.conconcept.at/de/26/428/Home>

01. Dezember 2023

### Duplexsonographie des Varizen- und Ulkuspatienten

Ort: Melk/Österreich

Kontakt: [phlebo@medilica-gmbh.at](mailto:phlebo@medilica-gmbh.at)

01. Dezember 2023

### Ultraschallgezielte Schaumsklerotherapie des Varizen- und Ulkuspatienten

Ort: Melk/Österreich

Kontakt: [phlebo@medilica-gmbh.at](mailto:phlebo@medilica-gmbh.at)

01. Dezember 2023

### Phlebochirurgie des Varizen- und Ulkuspatienten

Ort: Melk/Österreich

Kontakt: [phlebo@medilica-gmbh.at](mailto:phlebo@medilica-gmbh.at)

3. bis 6. Dezember 2023

### European Colorectal Congress 2023

Ort: St. Gallen, Switzerland

Info: <https://www.colorectalsurgery.eu>

14. bis 17. Februar 2024

### WIT 2024 – 42. Wiener Intensivmedizinische Tage

Ort: AKH Wien, Hörsaalzentrum

Info: <https://www.wit-kongress.at/>

29. Februar – 01. März 2024

### Salzburger Symposium Thoraxchirurgie

Ort: Salzburg

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

### Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

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

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

### Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

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

Vorstand 2022/23		
Präsident	A. Assadian, Wien	afshin_assadian@yahoo.de
Past President	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
President Elect	S. Kriwanek, Wien	kriwaneks@gmail.com
Generalsekretär	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
Kongresssekretär*in	F. Berger, Wien C. Walter, Wien	franz.berger@gesundheitsverbund.at corinna.walter@gesundheitsverbund.at
1. Kassenverwalter	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
2. Kassenverwalter	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Vorsitz Aktionskomitee	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Schriftleiter „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca	M. Riegler, Wien	martin.riegler@refluxordination.at
Vertreter Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Bundesfachgruppenobmann Chirurgie der Österr. Ärztekammer	H. Draxl, Telfs	draxl@magen-darm-brust.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Wien	G. Laufer, Wien	guenther.laufer@meduniwien.ac.at
Vertreter Professorenkurie der chirurgischen Universitätskliniken des Departments für Operative Medizin, Med. Universität Innsbruck	S. Schneeberger, Innsbruck	stefan.schneeberger@i-med.ac.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Graz	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Vertreter der chirurgischen Abteilungsleiter von Zentralkrankenhäusern für Maximalversorgung sowie weiterer (Privat)Universitäten	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern	R. Mittermair, Klagenfurt	reinhard.mittermair@kabeg.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Standardkrankenhäusern für Grundversorgung	M. Zitt, Dornbirn	matthias.zitt@dornbirn.at
Vertreter des Mittelbaus des Fachbereiches Chirurgie der österreichischen Universitätskliniken	S. Riss, Wien	stefan.riss@meduniwien.ac.at
Vertreter des Mittelbaus von chirurgischen Krankenhausabteilungen	Z. Sow, Wien	zacaria.sow@gesundheitsverbund.at
Vertreterin der in Ausbildung stehenden Ärzte*innen im Fachbereich Chirurgie	I. Mühlbacher, Salzburg	i.muehlbacher@salk.at

<b>Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2022/23</b>		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE)	P. Riss, Wien	philipp.riss@meduniwien.ac.at
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC)	C. Profanter, Innsbruck	christoph.profanter@i-med.ac.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AO Trauma Austria)	F. Kralinger, Wien	franz.kralinger@gesundheitsverbund.at
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
ARGE Niedergelassene Chirurg*innen	A. Weiser, Wien K. Tonninger-Bahadori, Wien	dr.weiser@medico-chirurgicum.at kb@tonninger.com
Ges. der Chirurgen in Wien	M. Prager, Wien	manfred.prager@gmx.at
Ges. für Implantologie und gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP)	C. Schaudy, Wien	christian@schaudy.com
I.S.D.S. (Int. Society for Digestive Surgery)/österreich. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	P. Beckerhinn, Hollabrunn	chirurgie@beckerhinn.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	K. Bergmeister, Wien	konstantin.bergmeister@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Österr. Ges. f. Coloproctologie (ACP)	F. Aigner, Graz	felix.aigner@bbgraz.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	J. Falkensammer, Linz	juergen.falkensammer@bblinz.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖGH)	W. Lick-Schiffer, Stolzalpe	walpurga.lick-schiffer@kages.at
Österr. Ges. f. Hernienchirurgie (ÖHG)	G. Köhler, Rohrbach-Berg	gernot.koehler@ooeg.at
Österr. Ges. f. Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	F. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)	W. Millesi, Wien	werner.millesi@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie	H. Till, Graz	holger.till@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie	T. Grabner, Wien	thomas.grabner@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC)	A. Gruber, Linz	andreas.gruber_1@kepleruniklinikum.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	C. Chiari, Wien	catharina.chiari@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	R. El Attal, Feldkirch	rene.elattal@lkhf.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	C. Bittermann, Wr. Neustadt	c.bitterm@hotmail.com
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	G. Lang, Wien	gyoergy.lang@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	M. Grabenwöger, Wien	martin.grabenwoeger@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU)	V. Smekal, Klagenfurt	vinzenz.smekal@auva.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	S. Ziegler, Stolzalpe	sven.ziegler@kages.at
Vertreter*in der Senator*innen	F. Smolle-Jüttner, Graz R. Roka, Wien	freyja.smolle@medunigraz.at rudolf.roka@speed.at
Governor der österreich.-ungarischen Sektion des American College of Surgeons (ACS)	M. Gnant, Wien	mgnant@icloud.com
<b>Kooptierte Vorstandsmitglieder</b>		
UEMS	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
<b>Vertreter der Industrie</b>		
Branchensprecher*in Industrie	B. Bauer, Wien	birgit.bauer@bbraun.com
Johnson & Johnson Medical Products GmbH	C. v. Schudnat, Wien	Cschudna@its.jnj.com
Medtronic Österreich GmbH	W. Deutschmann, Wien	wolfgang.deutschmann@medtronic.com

# Laparoscopic Solutions evolved

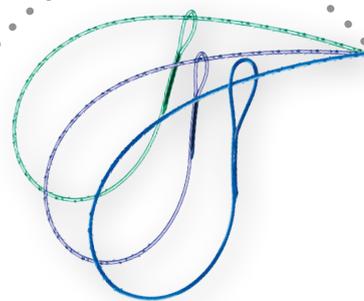
**Ligasure™**  
Retractable L-Hook  
Laparoscopic Device



**VersaOne™**  
Fascial closure System



**Veriset™**  
Haemostatic Patch



**V-Loc™ 90, 180 & PBT**  
Woundclosure-System

**Sonicision™ Curved Jaw**  
Cordless Ultrasonic  
Dissection System



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



Our Mission – to alleviate pain, restore health, and extend life – unites a global team of 90,000+ people. Transforming the lives of two people every second, every hour, every day. Learn more about our technology, services and solutions at [Medtronic.com](https://www.medtronic.com) **Engineering the extraordinary**

© 2023 Medtronic. Medtronic, Medtronic logo with and without tagline and ™-marked brands are trademarks of a Medtronic company. All Rights Reserved. AT 03/2023

**Medtronic**