

# Chirurgie

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

**Gastroösophageale Refluxerkrankung**

**Primärversorgungszentren**

**Chirurgen in der Niederlassung**



**3|2025**

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Veränderungen und Unabwägbarkeiten sind zunehmend ein Teil unseres Alltags geworden. Kriegerische Auseinandersetzungen, Wirtschaftskrisen, Flüchtlingskrisen, Achterbahnfahrten an den Finanzmärkten und Ankündigungen, die am nächsten Tag wieder zurückgenommen werden, sind die Themen, die uns alle beschäftigen.

Die Chirurgie war immer ein Fachgebiet, das sich an den **Schnittstellen der medizinischen Innovation**, der **gesellschaftlichen Entwicklung** und der **technischen Revolution** bewegte. Heute erleben wir eine Zeit, in der diese Schnittstellen in rasantem Tempo aufeinanderprallen: **Digitalisierung**, **Robotik**, **künstliche Intelligenz** und **Big Data** halten Einzug in den klinischen Alltag, während gleichzeitig die Anforderungen an **Humanität**, **Nachhaltigkeit** und **Effizienz** wachsen.

Der Anspruch, auch in Zukunft **höchste Versorgungsqualität** zu bieten, verlangt von uns eine nie dagewesene **Flexibilität**, **Innovationskraft** und **Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit**. Unsere Disziplin ist geprägt von einer Dynamik, in der sich Bewährtes und Neues ständig begegnen. Die fortschreitende Spezialisierung innerhalb der Chirurgie, die Etablierung neuer operativer und minimal-invasiver Techniken, aber auch die Entwicklung endoskopischer und interventioneller Therapieverfahren erweitern das Spektrum der chirurgischen Möglichkeiten kontinuierlich. Gleichzeitig stehen wir vor der Aufgabe, diese Innovationen in ein bestehendes Versorgungssystem zu integrieren, das unter dem Druck **demografischer Veränderungen**, **ökonomischer Zwänge** und **gesellschaftlicher Erwartungen** steht.

Die **Digitalisierung** hat das Potenzial, jeden Aspekt der Chirurgie nachhaltig zu verändern. Von der **Operationsplanung** über die **intraoperative Navigation** bis hin zur **postoperativen Nachsorge** – überall entstehen neue Möglichkeiten, Prozesse zu optimieren und Patientensicherheit zu erhöhen. Die Integration **künstlicher Intelligenz** in Diagnostik, Bildgebung und Qualitätskontrolle eröffnet Perspektiven, die noch vor wenigen Jahren undenkbar erschienen.

Am 24. Österreichischen Chirurgetag, wollen wir beleuchten, wie wir **Künstliche Intelligenz**, **Augmented Reality** und **Robotik** sinnvoll und verantwortungsvoll in unseren Arbeitsalltag integrieren können. Es gilt, den Spagat zwischen **technischer Machbarkeit**, **ethischer Verantwortung** und **ökonomischer Vernunft** zu meistern.

KI kann den Menschen (noch?) nicht ersetzen, aber sie kann ihn unterstützen, **Fehler reduzieren** und neue **Standards der Präzision** schaffen. Gleichzeitig müssen wir uns aktiv in die Gestaltung dieser Entwicklung einbringen: durch **gezielte Aus- und Weiterbildung**, durch die **Entwicklung rechtlicher und ethischer Rahmenbedingungen** und durch die **kritische Reflexion** der eigenen Rolle, wie diese Entwicklungen die Chirurgie verändern werden.

Ich freue mich schon, Sie von 13. bis 15. November in Baden begrüßen zu dürfen.

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** Therapie der gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD):  
Möglichkeiten zwischen PPI und Fundoplikatio?  
Autor: H. Rosen, Wien
- 6** Neue Aspekte der Antireflux Barriere  
AutorInnen: J. Feka, S. Schoppmann; Wien
- 8** Einfluss der Antirefluxchirurgie auf Barrett-Ösophagus  
Autor: O. Koch, Salzburg
- 12** Barrett-Ösophagus und Säurehemmung  
Autor: R. Schöfl, St. Georgen a.d. Gusen
- 14** Themen der Zeit – Primärversorgungszentren: Einfluss auf die Chirurgie  
Autor: E. Zulus, Wien
- 16** Themen der Zeit – „Was müsste sich ändern, damit die Chirurgie in der  
Niederlassung wieder interessant wird?“  
Autor: St. Kastner, Innsbruck
- 18** Im Portrait – Der chirurgische Fragebogen: Dr.in Joy Feka
- 19** Im Portrait – Der chirurgische Fragebogen: Reinhold Függer, Linz
- 20** Junge Chirurgie – Apps und Tools für junge ChirurgInnen  
AutorInnen: S. Bayer, Graz; J. Feka, Wien
- 24** Historisches aus der Chirurgie:  
Die Analfistel von König Ludwig XIV. – „La Grande Opération“  
Autorin: M. Bubenova, Waidhofen a.d. Ybbs



12



25

## ÖGCH

- 26** Hospitationsbericht: Mayo Clinic Research Fellowship –  
Ein Jahr in Forschung, Freundschaft und persönlichem Wachstum  
Autorin: V. Podrascanin, Wiener Neustadt
- 28** Vom OP zur Forschung: Research Fellowship at Mayo Clinic  
Autorin: Y. Dong, Wien
- 30** Protokoll Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie  
ÖGCH und ihren assoziierten Fachgesellschaften



26

## BÖC-Akademie

- 23** Kursprogramm der BÖC-Akademie
- 25** BÖC Webinare

## Service

- 10** Programm 24. Österreichischer Chirurtag 2025
- 36** Terminkalender
- 37** Programm 14. Forum Niedergelassener Chirurgen
- 37** Impressum
- 38** Ihre Ansprechpartner

# Therapie der gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD): Möglichkeiten zwischen PPI und Fundoplikatio?

Autor: H. Rosen, Wien

Die Erstlinientherapie der gastroösophagealen Refluxerkrankung (GERD) umfasst in der Regel Lebensstiländerungen und die Säurehemmung mittels PPIs und/oder Antacida. Obwohl PPIs bei den meisten Patienten wirksam sind, bestehen Bedenken hinsichtlich der Langzeitanwendung und damit verbundener eventueller möglicher Risiken.

Chirurgische Optionen, insbesondere die laparoskopische Fundoplikatio, können eine langfristig wirksame Symptomlinderung bieten, sind jedoch mit potenziellen Nebenwirkungen wie Dysphagie und/oder störendem Meteorismus verbunden.

In den letzten Jahren ist daher das Interesse an endoskopischen Alternativen gestiegen, die eine Symptomkontrolle ermöglichen und dabei langfristige Nebenwirkungen minimieren sollen (Tabelle 1).

## 1. Stretta (Radiofrequenzablation)

Die Stretta-Therapie verwendet Radiofrequenzenergie am unteren Ösophagusphinkter (LES), um dessen neuromuskuläre Funktion zu modulieren und so die Refluxbarriere zu stärken. Tiermodelle zeigen eine Wirkung auf transiente LES-Relaxationen (TLESRs) und den LES-Druck. Dughera et al. berichteten über eine anhaltende Verbesserung der Symptome bis zu acht Jahre nach dem Eingriff.

Trotz positiver Ergebnisse in mehreren Publikationen bleibt die Evidenzlage umstritten. Mehrere systematische Über-

sichtsarbeiten fanden keine signifikante Verbesserung objektiver Parameter (wie LES-Druck oder pH-Wert) gegenüber Placebo. Fachgesellschaften wie das American College of Gastroenterology raten daher von einer breiten Anwendung ab.

## 2. TIF (Transorale Inzisionslose Fundoplikatio)

TIF (EsophyX, Endogastric Solutions, Merit Medical, UT, USA) ist eine endoskopische Technik zur Behandlung der LES-Insuffizienz. TIF schafft eine 270–300°-Magenmanschette zur Verstärkung der Refluxbarriere.

- **TEMPO-Studie:** 88 % der Patienten konnten ein Jahr nach dem Eingriff die PPI-Einnahme beenden. Nach fünf Jahren waren Regurgitation und extraösophageale Symptome weiterhin deutlich reduziert.
- **Hunter et al.:** In einer randomisierten Studie erreichten 85 % der TIF-Patienten normale pH-Werte (vs. 12 % unter PPI).
- **Gerson et al. (Meta-Analyse):** 70–80 % erfuhren eine signifikante Besserung von Sodbrennen und Regurgitation.
- **Chimukangara et al.:** 74 % waren auch acht Jahre nach TIF symptomfrei.
- **Testoni et al.:** 65–75 % reduzierten PPIs bis zehn Jahre nach dem Eingriff.

Komplikationen sind selten und umfassen Schmerzen, Blähungen, Dysphagie und in Einzelfällen Blutungen. Perforationen wurden in der Literatur als Kasuistiken beschrieben

## 3. Endoskopische Vollwand-Plikation (GERD-X)

GERD-X™ (G-Surg GmbH, Seeon-Seebruck, Deutschland) setzt tiefe, transmurale Nähte zur Verstärkung des gastroösophagealen Übergangs.

- **Pleskow et al.** (Multizenter-Studie mit dem Vorläufer des aktuellen Produkts) sowie **Weitzendorfer et al.** zeigten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität nach GERD-X Therapie

GERD-X wird als vielversprechende Alternative angesehen, benötigt aber weitere Langzeitstudien.

## 4. c-TIF (Kombinierte Hiatoplastik + TIF)

Bei größeren Hiatushernien kann TIF mit einer laparoskopischen Hernienkorrektur kombiniert.

- **Choi et al.:** 85 % der Patienten waren symptomfrei, 71 % konnten PPI absetzen.
- **Ihde:** Reduktion der Säureexposition um 50–60 %.
- **Bazerbach et al.:** Die Kombination zeigte stabilere Ergebnisse als TIF allein, besonders bei großen Hernien.

## 5. OverStitch-System

Das OverStitch-System (OverStitch, Apollo Endosurgery, Austin, TX, USA) erlaubt vollwandige endoskopische Nähte, welche antegrad gesetzt werden können (dies geschieht bei TIF oder GERD-X immer in Inversion). Es wird auch bei Fistelverschluss oder bariatrischen Eingriffen verwendet.

- **Han et al.:** Patienten mit Refluxsymptomen zeigten nach OverStitch-Plikationen signifikante Besserungen und reduzierten PPI-Bedarf. Die durchgehenden Nähte gelten als stabiler und haltbarer als andere Methoden.

Endoskopisch	Radiofrequenz (STRETTA)
	Transorale Fundoplicatio (TIF)
	GERD-X
	Transorale antegrade Naht
	Mucosa Resektion/Ablation +/- Plikatur
Endoskopisch/ laparoskopisch	Transorale Fundoplicatio + laparoskopische Hiatoplastik

Tabelle 1: Endoskopische Antireflux-Verfahren

<b>ARMS</b>	Anti-Reflux Mukosektomie
<b>MASE</b>	Mucosa Ablation und Naht („Suturing“)
<b>ARMS with Band Ligation</b>	Anti-Reflux Mukosektomie mit Ligatur

Tabelle 2: Endoskopische Techniken

## 6. Endoskopische Resektions- und Ablationstechniken

- **ARMS (Anti-Reflux-Mukosektomie):** Inoue et al. zeigten eine Säure-expositions-Reduktion bei 68%. Ota et al. dokumentierten 85% symptomfreie Patienten zwei Jahre nach der Behandlung. Zhu & Shen betonten die Stabilität der Langzeitwirkung.
- **MASE (Mukosale Ablation mit Naht):** Han et al. zeigten 80% Symptomverbesserung, 85% konnten PPIs absetzen. Die Kombination aus ablativer Fibrose und mechanischer Verstärkung scheint besonders bei PPI-refraktären Fällen vielversprechend.
- **Banded ARMS:** Durch Bandligatur werden gezielte Resektionszonen erzeugt. Hedberg et al. dokumentierten eine 75%ige Reduktion der Refluxsymptomatik, Monino et al. eine hohe Patientenzufriedenheit bei therapieresistentem GERD.

### Sicherheit endoskopischer Resektions-/Ablationstechniken

Endoskopische Verfahren wie die Anti-Reflux-Mukosektomie (ARMS), die mukosale Ablation mit Naht (MASE) und die Resektion mit Plikation (RAP) haben das therapeutische Spektrum bei GERD erweitert, indem sie minimalinvasive Alternativen zur langfristigen medikamentösen Therapie oder chirurgischen Fundoplikatio bieten. Trotz ihrer vielversprechenden Wirksamkeit müssen ihre Sicherheitsprofile – auch wenn sie insgesamt günstig sind – aufgrund bestimmter verfahrensspezifischer Risiken sorgfältig bewertet werden.

### 1. Blutung

**Inzidenz:** ca. 5–10 %

**Zeitpunkt:** Unmittelbar bis kurz nach dem Eingriff

**Schweregrad:** Meist leicht bis moderat

**Behandlung:** In der Regel endoskopisch; eine Operation ist selten notwendig

Monino et al. und Lee et al. berichteten über gut kontrollierbare Blutungen nach ARMS. Blutungen treten vermehrt bei größeren oder tieferen Mukosaresektionen auf.

### 2. Ösophagusstriktur

- **Inzidenz:** 1–5 % (bis zu 10 % in einigen Studien)
- **Mechanismus:** Narbenbildung nach Mukosaresektion führt zu einer Verengung der Speiseröhre
- **Symptom:** Dysphagie (Schluckbeschwerden)
- **Behandlung:** Meist erfolgreich mit endoskopischer Dilatation
- Zhu & Shen sowie Lee et al. berichten, dass 5–10 % der Patienten eine Dilatation benötigten. Ota et al. dokumentierten eine Strikturnrate von ca. 5 % nach ARMS mit Cap-Technik. Patil et al. fanden eine höhere Strikturnrate bei größeren Resektionsarealen.
- **Ergebnis:** Die meisten Patienten sprechen gut auf 1–2 Dilatationen an.

### 3. Dysphagie

- **Inzidenz:** 10–15 % in der frühen postoperativen Phase
- **Ursache:** Vorübergehendes Ödem oder Fibrose am gastroösophagealen Übergang

- **Dauer:** Meist spontane Rückbildung innerhalb weniger Wochen
- Hedberg et al. berichteten, dass etwa 12 % der Patienten nach Banded ARMS Dysphagie hatten, die ohne Intervention wieder verschwand.

### 4. Perforation

- **Inzidenz:** <1%
- **Schweregrad:** Ernsthafte Komplikation, erfordert in der Regel eine sofortige chirurgische Intervention

### Fazit

Die dargestellten minimalinvasiven GERD-Therapien bieten Optionen für Patienten mit unzureichender medikamentöser Kontrolle oder dem Wunsch nach „nicht-chirurgischer“ Intervention. Die Evidenz zeigt gute kurz- und mittelfristige Wirksamkeit, insbesondere bei sorgfältiger Patientenselektion. Langzeitdaten aus großen randomisierten Studien sind jedoch vor allem im Bereich der Resektions- und/oder Ablationstechniken notwendig, um die breite klinische Anwendung zu begründen.

### LITERATUR

1. Dughera, L. et al. Gastroenterol. Res. Pract. 2014.
2. Trad, K.S. et al. Surg. Innov. 2018.
3. Hunter, J.G. et al. Gastroenterology 2015.
4. Gerson, L. et al. Chirurgia 2018.
5. Chimukangara, M. et al. Surg. Endosc. 2019.
6. Testoni, P.A. et al. Surg. Endosc. 2015.
7. Pleskow, D. et al. Surg. Endosc. 2007.
8. Choi, A.Y. et al. J. Am. Coll. Surg. 2021.
9. Han, J. et al. Endosc. Int. Open 2018.
10. Inoue, H. et al. Ann. Gastroenterol. 2014.
11. Ota, K. et al. Digestion 2024.
12. Hedberg, H.M. et al. J. Gastrointest. Surg. 2019.
13. Benias, P.C. et al. Endosc. Int. Open 2018.
14. Weitzendorfer et al. Surg Endosc 2018



## KORRESPONDENZADRESSE



Univ. Prof. Dr. Harald Rosen  
Sigmund Freud Privatuniversität  
Zentrum für Chirurgie  
Freudplatz 3  
A-1020, Wien  
E-Mail: rosensurg@csi.com

# Neue Aspekte der Antireflux Barriere

AutorInnen: J. Feka, S. Schoppmann; Wien

Die gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) verdient besondere Aufmerksamkeit, denn fast jeder fünfte Erwachsene ist in Europa davon betroffen. Weltweit steigt die Prävalenz auf bis zu 30 % an und variiert je nach Kontinent erheblich. Laut der aktuellen Leitlinie des American College of Gastroenterology berichten etwa 61–82 % der Patienten mit GERD über Sodbrennen und etwa 59 % über Regurgitation als Leitsymptome. Etwa 7 % der Patient:innen mit GERD entwickeln einen Barrett-Ösophagus, dessen Prävalenz je nach Region zwischen 2,3 % und 8,3 % schwankt. Aus einem Barrett-Ösophagus entsteht pro Jahr in 0,2–0,5 % der Fälle ein Adenokarzinom, sodass kumulativ etwa 3–5 % der Betroffenen im Laufe ihres Lebens daran erkranken. Diese Zahlen verdeutlichen, warum ein tiefgehendes Verständnis der komplexen Pathophysiologie einer so heterogen auftretenden Erkrankung entscheidend ist.

### Was wissen wir heute wirklich über die Anti-Reflux Barriere (ARB)?

Die Theorie, dass die Anti-Reflux Barriere nur aus dem unteren Ösophagussphinkter (LES) besteht, wurde mittlerweile komplett verworfen. Daraufhin bestand lange die Meinung, dass es zwei Sphinkter gäbe: den LES, als den „inneren“ Sphinkter, und die Crura, als den „äußeren“ Sphinkter. In einer prospektiven Studie mit 100 Patient:innen zeigte die intraoperative EndoFLIP-Messung, dass vor allem die Hiatoplastik die Anti-Reflux-Barriere stärkt. Sie war für rund 80 % der Verbesserung der Dehnbarkeit, über 80 % der Verkleinerung der Querschnittsfläche und 60 % der Verlängerung der Hochdruckzone verantwortlich – deutlich mehr als die Sphinkteraugmentation. Das unterstreicht ihren zentralen Stellenwert für den Operationserfolg. Andere waren der Ansicht, dass die ösophageale „Flap Valve“ die Anti-Reflux Barriere definiert. Tatsächlich handelt es sich um ein Zusammenspiel von vielen Komponenten, die diese physikalisch sehr anspruchsvolle Hochdruckzone mit der ständigen Druckänderung und Bewegung aufrechterhalten. Diese Komponenten wurde von der American Foregut Society vor drei Jahren definiert und bestehen aus dem LES, den Crura, dem Lig. phrenicooesophageale, der „Flap Valve“, dem Vorhandensein einer intraabdominellen Ösophaguslänge und dem spitzen His'schen Winkels. Diese sechs Faktoren konnten in drei Gruppierungen zusammengefasst werden: die Crura, der LES mit seinen „sling fibers“ und der gastroösophagealen „Flap Valve“.

### Modernisierte diagnostische Verfahren

Mit diesen neuen Erkenntnissen wurden Fortschritte in vielen Bereichen der Anti-Reflux Chirurgie in den letzten zwanzig Jah-



ren gemacht, jedoch löst das Definieren der Komponenten alleine nicht die Frage, wie man diese PatientInnen adäquat versorgt.

Hier ist wiederum eine genaue und standardisierte präoperative Abklärung unabdingbar. Neben der Verbesserung der Funktionsdiagnostik Untersuchungen, nämlich der High-Resolution Manometrie (HRM) und 24h-Impedanz pH-Metrie, wurden die jeweiligen Klassifikationen überarbeitet um PatientInnen präziser herauszufiltern. Neben den klassischen Untersuchungsmethoden haben sich auch moderne Verfahren etabliert – allen voran die kabellose pH-Metrie Messung mittels BRAVO oder alpha-ONE, sowie das EndoFlip Gerät. Letzteres ermöglicht in Echtzeit präzise Aussagen über die Distensibilität und Funktionsleistung der Speiseröhre – Informationen, die für die Diagnose und Therapie von unschätzbarem Wert sind.

Dieses Instrument kann auch während einer Anti-Reflux-Operation eingesetzt werden, um objektive Daten über die Wirksamkeit zu gewinnen und im Anschluss die Effektivität einer Sphinkteraugmentation präzise zu beurteilen. Durch diese intraoperativen Messungen konnte bereits gezeigt werden, dass die Distensibilität vor und nach der Hiatoplastik signifikant unterschiedlich höher ausfiel als im Vergleich zur Sphinkteraugmentation mittels Fundoplicatio, was den wichtigsten Stellenwert der Crura nochmals unterstreicht.

### Der Wandel der Anti-Reflux Chirurgie

Die Erweiterung der Barrierekomponenten konnte nun auch eine neue Diskussion über weitere operative Maßnahmen eröffnen. Bislang galt die Fundoplicatio nach Nissen oder Toupet als unangefochtener Goldstandard der chirurgischen Therapie der GERD.

Doch nun rückt die Sphinkteraugmentation in den Fokus: diese muss nämlich nicht nur gezielt den LES stärken, sondern kann auch die anderen Barrierekomponenten operativ optimieren – und damit das therapeutische Spektrum entscheidend erweitern.

Neben der konventionellen Fundoplicatio, wurden neue Verfahren in den letzten zwanzig Jahren eingeführt: die **LINX Ring Augmentation**, bei der ein magnetischer Titanring um den LES platziert wird und somit den Ruhedruck erhöht und das **EndoStim System**, welches durch einen Neurostimulator dem LES gezielte elektrische Impulse aktiviert. Die neuste Maßnahme ist die **RefluxStop Implantation**, welche sich primär auf den His Winkel konzentriert und den LES durch eine Ankerwirkung, welche durch das implantierte Silikondevice hervorgerufen wird, stets intraabdominell belässt.

Neben den operativen Maßnahmen wurden in den letzten Jahren auch immer mehr endoskopische Verfahren (TIF, Stretta, GerdX) vorgestellt. Diese Interventionen stecken jedoch noch in den Kinderschuhen und benötigen randomisiert-kontrollierte Studien, um ihre Effektivität im Vergleich zu operativen Maßnahmen zu belegen.

### Haben wir somit nun wirklich alle Antworten?

Diese Frage lässt sich klar mit einem „Nein“ beantworten. Denn neben dem Verständnis der Pathophysiologie dieser empfindlichen Hochdruckzone gibt es weitere wichtige Aspekte: die Minimierung der postoperativen Komplikationen – von Dysphagie über ausgeprägte Blähungen bis hin zur Unfähigkeit, aufstoßen oder erbrechen zu können – und nicht zuletzt die Vermeidung eines Rezidivs. Die Zukunft der Medizin und

auch in der Upper-GI-Chirurgie geht immer mehr in Richtung selektionierter und individualisierter Therapien. Durch all diese neuen Aspekte können wir nun die richtigen PatientInnen und Patienten identifizieren, um ihnen eine angepasste Therapie zu ermöglichen. □

### LITERATUR:

1. Maret-Ouda J. Gastroesophageal Reflux Disease: A Review. JAMA. 2020
2. Sharma P. Barrett Esophagus: A Review. JAMA. 2022
3. Saha B. Prevalence of Barrett's Esophagus and Esophageal Adenocarcinoma With and Without Gastroesophageal Reflux: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024
4. Fass R. Gastroesophageal Reflux Disease. N Engl J Med. 2022
5. Stefanova DI. Quantifying Factors Essential to the Integrity of the Esophagogastric Junction During Antireflux Procedures. Ann Surg. 2020
6. Dunn CP. Understanding the GERD Barrier. J Clin Gastroenterol. 2021
7. Nguyen NT. The American Foregut Society White Paper on the Endoscopic Classification of Esophagogastric Junction Integrity. Foregut. 2022
8. Gyawali CP. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0 Gut 2024
9. Kim MP. Tailored Fundoplication With Endoluminal Functional Lumen Imaging Probe Allows for Successful Minimally Invasive Hiatal Hernia Repair. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2018
10. Shah A. A novel EndoFLIP marker during hiatal hernia repair is associated with short-term postoperative dysphagia. Surg Endosc. 2022
11. Katz PO. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022
12. Chhabra P. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): Highlighting Diagnosis, Treatment, and Lifestyle Changes. Cureus. 2022

## KORRESPONDENZADRESSEN



**Dr. Joy Feka**  
Medizinische Universität Wien  
Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie  
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien  
E-Mail: joy.feka@meduniwien.ac.at



**Univ. Prof. Dr. Sebastian F. Schoppmann**  
Professor für Onkologische Chirurgie  
Medizinische Universität Wien  
Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie  
E-Mail: sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at



# Einfluss der Antirefluxchirurgie auf Barrett-Ösophagus

Autor: O. Koch, Salzburg

Der Barrett-Ösophagus (BÖ) stellt eine metaplastische Umwandlung des Plattenepithels in spezialisiertes intestinales Zylinderepithel dar, die typischerweise im Rahmen einer chronischen gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD) entsteht. Während die medikamentöse Therapie primär auf die Kontrolle der Säuresekretion abzielt, adressiert die Antirefluxchirurgie (ARCh) das zugrundeliegende pathophysiologische Problem. Die Frage, ob durch ARCh das Progressionsrisiko des BÖ beeinflusst werden kann, ist Gegenstand intensiver Forschung.

### Hintergrund

GERD ist der wesentlichste Risikofaktor für die Entwicklung eines BÖ, bei der das Plattenepithel der distalen Speiseröhre durch spezialisiertes intestinales Zylinderepithel ersetzt wird. Diese intestinale Metaplasie stellt eine präkanzeröse Veränderung dar und erhöht das Risiko für die Entwicklung eines Adenokarzinoms des Ösophagus erheblich. Die Prävalenz des BÖ liegt in westlichen Ländern bei etwa 1–2% der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, ist jedoch bei Patienten mit GERD deutlich höher – je nach Studie zwischen 3% und 12% [1, 2]. Die Standardtherapie zur Kontrolle des Refluxes erfolgt meist mit Protonenpumpeninhibitoren (PPI), die jedoch lediglich die Magensäureproduktion hemmen, ohne die Refluxmechanik an der gastroösophagealen Übergangszone zu beeinflussen. Im Gegensatz dazu adressiert die ARCh das zugrundeliegende mechanische Problem, nämlich die Insuffizienz der Antirefluxbarriere. Diese besteht hauptsächlich aus dem unteren Ösophagussphinkter (UÖS), dem Zwerchfell und der gastroösophagealen Klappe. In den letzten Jahren wurde vermehrt untersucht, ob eine erfolgreiche chirurgische Refluxkontrolle nicht nur die Symptome lindern, sondern auch die Entwicklung, Persistenz oder Progression des BÖ beeinflussen kann.

### Pathophysiologie des Barrett-Ösophagus

Die Pathogenese des Barrett-Ösophagus ist eng mit chronischem gastroösophagealem Reflux assoziiert, bei dem es wiederholt zu einer Schädigung des Plattenepithels durch sauren und biliären Reflux kommt. Während PPI die Säureexposition reduzieren, bleiben insbesondere der nicht-saure Reflux und der Rückfluss von Gallensäuren unter medikamentöser Therapie häufig beste-

hen. Die Dauer und Intensität der Refluxexposition gelten als entscheidende Risikofaktoren für die Entstehung der intestinalen Metaplasie. Zusätzlich spielen genetische Faktoren (positive Familienanamnese), höheres Alter, männliches Geschlecht, Übergewicht (vor allem viszerale Adipositas) und Nikotinkonsum eine Rolle [3]. Die Pathogenese des Barrett-Ösophagus ist noch nicht vollständig geklärt, sie wird jedoch heute als multifaktorieller Prozess verstanden, bei dem es schlussendlich zu einer Umprogrammierung der epithelialen Stammzellen kommt, die sich nicht mehr in Plattenepithel, sondern in spezialisiertes intestinales Epithel differenzieren. Die Metaplasie ist stabil, kann aber – insbesondere bei fortbestehendem Reflux – in eine low- oder high-grade Dysplasie und schließlich in ein Adenokarzinom übergehen. Deshalb ist eine wirksame Refluxkontrolle nicht nur zur Symptomlinderung, sondern auch als präventive Maßnahme gegenüber neoplastischen Veränderungen zu bewerten.

### Effekt der Antirefluxchirurgie auf Refluxkontrolle

Die laparoskopische Fundoplikatio ist der derzeitige Standard der Antirefluxchirurgie. Sie zielt darauf ab, die Barrierefunktion am gastroösophagealen Übergang wiederherzustellen. Dies wird durch eine Hiatusplastik und eine Magenmanschette (Fundoplikatio), die den UÖS umschließt, erreicht. Die Magenmanschette kann die Speiseröhre dabei komplett (z.B. Nissen-Fundoplikatio) oder teilweise (z.B. Toupet-Fundoplikatio) umschließen. Dadurch werden sowohl saurer als auch nicht-saurer Reflux deutlich reduziert, da die Operation jede Art von Reflux unabhängig von Zusammensetzung und pH-Wert stoppt, indem sie die Funktion des gastroösophagealen Übergangs durch einen Anstieg des LES-Drucks und

eine Verringerung vorübergehender LES-Relaxationen wiederherstellt [4]. Studien mit kombinierter Impedanz- und pH-Metrie haben zudem gezeigt, dass die Fundoplikatio nicht nur die Säureexposition, sondern auch das Volumen und die Frequenz des Refluxes signifikant vermindert [5]. Die klinischen Symptome – wie Sodbrennen, Regurgitation und retrosternale Schmerzen – gehen meist deutlich zurück, oft auch in Fällen, in denen die PPI-Therapie nur unzureichend wirksam war. Langzeitstudien bestätigen eine anhaltende Refluxkontrolle über mehr als zehn Jahre, und es konnte gezeigt werden, dass eine Fundoplikatio hinsichtlich der Linderung der Symptome, insbesondere der Regurgitation, wirksamer als Medikamente ist [6, 7].

### Einfluss der Antirefluxchirurgie auf Barrett, Dysplasie- und Karzinomrisiko

Die zentrale Frage ist, ob die ARCh durch Unterbindung des Refluxes eine weitere Schädigung der Schleimhaut und die Entwicklung von Metaplasie zur Dysplasie und zu Krebs verhindern kann. Diese Frage wird kontrovers diskutiert: während einige Studien eine vorbeugende Wirkung gezeigt haben, konnten andere Studien keinen Einfluss der Operation auf den natürlichen Krankheitsverlauf nachweisen [8].

In der Arbeit von Oelschläger et al. konnte eine signifikante vollständige Regression (in 55% der Fälle) der intestinalen Metaplasie nach ARCh bei Patienten mit kurzen Barrett-Segmenten (<3 cm) gezeigt werden, aber keine bei Patienten mit langen Barrett-Segmenten (>3 cm) [9]. Oberg et al. verglichen die Entwicklung zur Dysplasie und zum Adenokarzinom bei 140 Patienten mit Barrett-Metaplasie nach ARCh mit einer säurehemmenden Therapie (H<sub>2</sub>-Blocker

oder PPI). Bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 5,8 Jahren zeigte sich endoskopisch, dass die Entwicklung von Dysplasie nach einer Antirefluxchirurgie im Vergleich zur medikamentösen Therapie signifikant seltener auftrat [10]. Ein Review, das die medikamentöse mit der operativen Therapie bei BÖ verglich, stellte fest, dass die Wahrscheinlichkeit einer Regression nach der Operation deutlich höher war als nach medikamentöser Therapie (1,9% gegenüber 15,4%) [11].

In der Arbeit von Parrilla P. et al. wiederum zeigte sich bei 5% der 43 medikamentös behandelten Patienten und bei 3% der 58 operierten Patienten eine Progression zu einer hochgradigen Dysplasie [12]. Eine Metaanalyse von Corey et al. untersuchte, ob eine Antirefluxoperation die Inzidenz von Ösophaguskarzinomen bei BE im Vergleich zur medikamentösen Therapie senkt. Die Autoren konnten 4 678 Patientenjahre an Nachbeobachtung in der chirurgischen Gruppe und 4 906 Patientenjahre an Nachbeobachtung in der medikamentösen Gruppe erfassen, und es gab keinen signifikanten Unterschied in der Krebsrate zwischen den beiden Gruppen: 3,8 Krebserkrankungen/1000 Patientenjahre gegenüber 5,3 in der medikamentösen Gruppe ( $p = 0,29$ ) [13]. Eine rezente Kohortenstudie aus Skandinavien kam zu demselben Ergebnis. Die Studie verglich 48 863 Patienten, die operiert wurden, mit 893 208 Patienten, die nicht operiert wurden, und stellte fest, dass die chirurgische Behandlung von

GERD das Risiko für die Entwicklung eines Ösophagusadenokarzinoms nicht verringerte [14].

Zusammenfassend kann mit der vorhandenen Evidenz kein signifikanter Vorteil der ARCh zur medikamentösen Therapie im Hinblick auf die Blockierung der Entwicklung von Metaplasie zu Dysplasie und Krebs festgestellt werden.

#### Fazit für die Praxis

Die Antirefluxchirurgie stellt eine effektive, kausale Therapieoption der GERD da. Der Einfluss auf Barrett-Ösophagus ist jedoch nicht ausreichend geklärt. Basierend auf den vorhandenen Daten und bis Ergebnisse aus multizentrischen prospektiven und randomisierten Studien vorliegen, sollte eine ARCh bei Patienten mit BÖ nicht durchgeführt werden, um eine Progression zu Dysplasie und zum Adenokarzinom zu vermeiden. Dies wird auch so in den rezenten Leitlinien der American Gastroenterological Association betont. Eine ARCh bei Patienten mit BÖ sollte nicht als antineoplastische Maßnahme in Betracht gezogen werden [15]. Die Indikationen für eine Operation sollten dieselben sein wie bei der Behandlung von GERD ohne BÖ, insbesondere bei Patienten mit medikamentenresistenten Symptomen oder Komplikationen nach der Anwendung einer säurehemmenden Therapie. □

#### LITERATUR

- Zagari R.M. et al. (2008): Gut 57 (10): 1354–1359
- Qumseya B. et al. (2019) Gastrointest Endosc 90: 707-717.
- Spechler S. et al. (2014) N Engl J Med 371:836-845.
- Herbella FA. et al. (2007) Surg Endosc 21:285-8.)
- Vittori A. et al. (2025) J Gastrointest Surg. 29(2):101888.
- Lundell L. et al. (2009) Clin Gastroenterol Hepatol 7:1292–1298
- Rickenbacher N. et al. (2014) Surg Endosc 28:143-55.
- Patti M. G. et al. J Gastrointest Oncol 2023;14(4):1916-1918
- Oelschlagler BK. et al. (2003) Ann Surg 2003;238:458-64; discussion 464-6.
- Oberg S. et al. (2005) Ann Surg 242:49-54.
- Chang EY. et al. (2007) Ann Surg 246:11-21.
- Parrilla P. et al. (2003) Ann Surg 237:291–298
- Corey K.E. et al. (2003): Am J Gastroenterol 98 (11): 2390–2397
- Maret-Ouda J. et al. (2021) Ann Surg 274:e535-40.
- Shaheen NJ. et al. (2022) Am J Gastroenterol 117:559-87.

#### KORRESPONDENZADRESSE



Assoc.-Prof. Dr. Oliver Owen Koch, MSc;  
Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie  
Universitätsklinik für Chirurgie  
5020 Salzburg  
Tel: +43 (0)5 7255 - 51090  
E-Mail: oliver.owen.koch@gmail.com

# 24. Österreichischer

13. bis 14. November 2025  
Congress Center Baden

Donnerstag, 13. November 2025



13.00 – 13.10 ERÖFFNUNG

13.10 – 15.10 SITZUNG I – DIGITALE TECHNOLOGIEN  
IN DER ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE

*Wo kann Künstliche Intelligenz Chirurgen unterstützen?*

13.10 – 13.30 In der Diagnostik

13.30 – 13.50 Bei der Operation

13.50 – 14.10 In der Nachbehandlung

14.10 – 14.30 Erlauben Konzepte der „Augmented Reality“ mehr Präzision bei onkologischen Resektionen?

14.30 – 14.50 ICG Anwendung in der Viszeralchirurgie

14.50 – 15.10 Praktische Anwendungen der Autofluoreszenz in der Chirurgie

15.10 – 15.45 Kaffeepause

16.00 – 17.45 SITZUNG II – HIGHLIGHTS AUS DER ROBOTISCHEN CHIRURGIE

15.45 – 16.05 Robotische Nierentransplantation

16.05 – 16.25 Wo sind die Grenzen des Single Port Systems

16.25 – 16.45 Schilddrüse robotisch?

16.45 – 17.05 Navigation im kleinen Becken beyond TME

17.05 – 17.25 Anatomische Resektionen der Leber

17.25 – 17.45 Resektionen der Bauchspeicheldrüse

17.45 – 19.30 Networking Event



Save the date

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

# Chirurgentag 2025

Freitag, 14. November 2025

**08.00 – 09.00 GENERALVERSAMMLUNG**

**09.00 – 11.00 SITZUNG III – AUSBLICK ZUR KI**

09.00 – 09.20 Anwendungen der KI in der Pathologie

09.20 – 09.40 Wird KI die Radiologen ersetzen?

09.40 – 10.00 Komplikationen in der Chirurgie: See it before it happens?

10.00 – 10.20 „Personalisierte Nachsorge“: Können digitale Tools Heilungsverläufe optimieren?

10.20 – 10.40 Simulationstraining

10.40 – 11.00 KI, Digitalisierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit

11.00 – 11.30 Kaffeepause

**11.30 – 13.20 SITZUNG IV – FALLDISKUSSIONEN**

13.20 – 14.20 Mittagspause

**14.20 – 15.20 SITZUNG V – IS AI TAKING OVER?**

14.20 – 14.40 „Big Brother is Watching you“

14.40 – 15.00 Regulatorische Anforderungen an neue Technologien in der Chirurgie - Rechtliche Aspekte

15.00 – 15.20 Wie sieht die Viszeralchirurgie 2050 aus?

15.20 – 15.50 Kaffeepause

**15.50 – 17.50 SITZUNG VI – OFFEN – LAPAROSKOPISCH – ROBOTISCH:  
TIPPS UND TRICKS**

15.50 – 16.10 Komplette Mesorektale Exzision

16.10 – 16.30 Tiefe Vordere Resektion

16.30 – 16.50 Erweiterte Hemikolektomie links und rechts

16.50 – 17.10 Gastrektomie

17.10 – 17.30 Fundoplikatio

17.30 – 17.50 Ventralhernien

## Barrett-Ösophagus und Säurehemmung

Autor: R. Schöfl, St. Georgen a.d. Gusen

Eigentlich ist der von Reflux getriebene Ersatz von Plattenepithel des distalen Ösophagus durch Zylinderepithel mit intestinaler Metaplasie eine intelligente Anpassung der Natur. Das Symptom Sodbrennen bessert sich, ebenso wird die Entzündung („Refluxösophagitis“) weniger, wodurch auch die Bereitschaft zur Stenose-Bildung (peptische Stenose, Schatzki-Ring) abnimmt. Einzig die Beförderung von Mutationen im neuen Zylinderepithel gibt Anlass zur Sorge.



Abb. 1: langer Barrett-Ösophagus mit Inseln von Plattenepithel im Weißlicht

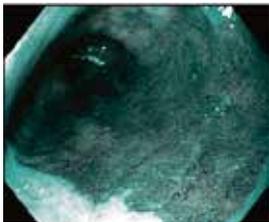


Abb. 2: Barrett mit hochgradiger Dysplasie in der virtuellen Chromoendoskopie NBI



Abb. 3: frische EMR eines Barrett mit HGD



Abb. 4: frische Radiofrequenzablation mit fibrinbedeckten Nekrosen eines Barrett mit LGD

Etwa 1% unserer erwachsenen Bevölkerung hat einen Barrett-Ösophagus, weitaus mehr Männer wie Frauen. Die Größe des lebenslangen Risikos für ein Adenokarzinom hängt von der Fläche des metaplastischen Areal, von familiärer Ösophaguskarzinom-Belastung und Lebensdauer, aber auch vom Ausmaß der Säurebelastung im distalen Ösophagus ab. Das Risiko eines nicht-dysplastischen Barrett-Ösophagus (NDBE) ein Adenokarzinom des Ösophagus (ACE) zu entwickeln wird gerne überschätzt, es wird heute mit durchschnittlich 0,1–0,2% pro Jahr angenommen, solange keine Dysplasie vorliegt. Etwa 4% der NDBEs entwickeln pro Jahr eine niedriggradige Dysplasie (LGD), etwa 0,9% pro Jahr eine hochgradige Dysplasie (HGD). LGD neigt mehrheitlich zur Regression zum NDBE, während HGD mehrheitlich zur Progression zum ACE tendiert (1).

Möchte man die Säurebelastung des metaplastischen Epithels reduzieren und Adenokarzinome verhindern - durch medikamentöse,

endoskopische oder operative Maßnahmen - so muss man zuerst die Barretts finden. Leider gibt es bei uns in Mitteleuropa wegen der bescheidenen Inzidenz des Ösophaguskarzinoms (451 Fälle in Österreich 2019, Adenokarzinome ca. 50% (3)) und Magenkarzinoms kein bevölkerungswie-

skopisches Programm zu ihrer Entdeckung. Das ist überall dort anders, wo das Magenkarzinomrisiko hoch ist und Früherkennung systematisch angeboten wird (Japan, Südkorea, China, Taiwan, Bhutan, Mongolei, tlw. Russland), und der Barrett als Nebentbefund auffällt. Überhaupt müsste der Wert einer Vorsorgegastroskopie nicht nur am Magenkarzinom, sondern auch an der Frühentdeckung des Plattenepithel- und Adenokarzinoms des Ösophagus, an der Entdeckung von *Helicobacter pylori* und Zöliakie gemessen werden.

Bei uns ist das Auftreten des Barrett-Ösophagus deutlich assoziiert mit männlichem Geschlecht, Rauchen, Alkoholkonsum, Alter, Bewegungsarmut und Übergewicht, außerdem mit dem Risiko für colorektales Karzinom und koronare Herzkrankheit. Es würde sich also eine Gastroskopie zusätzlich zur ersten Vorsorge-Coloskopie oder zur KHK-Abklärung bei metabolischem Syndrom anbieten. Zurzeit gibt es in Österreich lediglich eine Empfehlung wissenschaftlicher Gesellschaften (ÖGGH) zur Gastroskopie bei anhaltendem Sodbrennen (4).

Wenn ein Barrett gefunden wird, so wird ausreichend biopsiert (alle 2 cm in vier Quadranten und zusätzlich visuell verdächtige Areale, Sydney-Protokoll) und die Untersuchung innerhalb eines Jahres wiederholt. Man soll sich ausreichend Zeit (eine Minute pro Zentimeter Barrett-Länge) für die visuelle Beurteilung und die Probenentnahme nehmen. Routinemäßiges Biopsieren der Cardia-Schleimhaut ohne visuellen Verdacht wird mehrheitlich nicht empfohlen. Die Ausdehnung des Barretts wird mit der Prag-Klassifikation beschrieben (C für zirkumferenzielle = 360° Länge, M für maximale Länge inklusive einzelner Zungen, also z.B. C3M5). Als bestätigt gilt die Kombination von makroskopischem und mikroskopischem Barrett-Epithel in zwei Untersuchungen innerhalb eines Jahres. Zylinderepithel ohne intestinale Metaplasie wird als columnar lined esophagus CLE bezeichnet und gilt nicht als Barrett, obwohl auch damit ein - allerdings viel kleineres - Karzinomrisiko assoziiert ist.

Für die weitere Überwachung nach den beiden Einstiegs-gastroskopien ohne Dysplasie werden Barretts bis 1 cm Länge ignoriert, bis 3 cm alle 5 Jahre, länger als 3 cm alle 3 Jahre endoskopisch kontrolliert. Moderne Videoendoskope in HDTV-Qualität mit Verwendung virtueller Chromoendoskopie (NBI, i-scan, BLI ...), Distanzkappe und Essigfärbung werden angeraten. Barretts mit Dysplasien oder besonderer Länge sollten in Zentren betreut werden.

Die histologische Diagnose „indefinite for dysplasia“ soll zu bioptischen Kontrollen unter konsequenter hochdosierter Säurehemmung, aber noch nicht zu aktiver Entfernung des Barretts Anlass geben. Überhaupt wäre bei einer geplanten Kontrollbiopsie eines Barrett eine zweiwöchige Vorbehandlung mit einem Protonenpumpenhemmer (PPI) in Standarddosis empfehlenswert, um entzündungsassoziierte Dysplasien gering zu halten.

Bei Nachweis einer LGD wird diese durch externe histologische Zweitbefundung bestätigt und sechs Monate beobachtet, rebiopsiert und bei Persistenz der gesamte Barrett aktiv entfernt, z.B. mit Radiofrequenzablation (RFA) oder Argonplasmakoagulation (APC). HGD wird sofort behandelt. In diesem Fall werden sichtbare Veränderungen im Barrett mit endoskopischer Mukosaresektion (EMR) oder bei entsprechender Ausdehnung und Karzinomverdacht mit endoskopischer Submukosadisektion entfernt. Dann soll auch der Rest-Barrett mit RFA oder APC entfernt werden. Ein Barrett-Frühhkarzinom gilt als kurativ entfernt, wenn die Resektion R0 gelang, das Grading 1–2 nicht überschreitet und weder eine Lymphgefäß- noch Veneninvansion vorliegt. - In dieser Situation wird eine einjährige PPI-Therapie mit doppelter Standarddosis empfohlen, um eine verlässliche Re-Epithelialisierung mit Plattenepithel zu gewährleisten. Ohne Dysplasie-Nachweis werden die ablativen Verfahren bei uns in Europa im Normalfall nicht empfohlen (3).

An diesem Punkt drängt sich natürlich die Frage auf, ob der Progress eines Barrett-Ösophagus zu Dysplasie und Karzinom aufhalten werden kann. Kaum Evidenz gibt es

zur Wirksamkeit von Allgemeinmaßnahmen wie Gewichtsabnahme, Rauchstopp, Alkoholkarenz oder Bettgefälle, am ehesten noch für Sport. Sehr wohl gibt es aber Daten zum langfristigen Einsatz von Säurehemmern, unabhängig davon, ob Sodbrennen vorliegt oder nicht, und zu operativen Antireflux-Eingriffen. Während mir zu Antazida, Alginaten oder Sucralfat keine Studien bekannt sind, Aspirin eine gewisse protektive Wirkung hat und H<sub>2</sub>-Blocker (2,6) sich als zu schwach säurehemmend herausstellten, zeigen unsere klassischen Protonenpumpenhemmer (PPI) eine heterogene Krebs-protektive Wirksamkeit. Stellvertretend für eine Reihe von Systematischen Reviews (n=10) und Metaanalysen (n=7) seien ein paar Beispiele vorgestellt: während eine Metaanalyse (2) aus 2014 mit 2813 Personen mit Barrett eine Reduktion von Karzinom oder HGD um 71% zeigte, kam eine andere Metaanalyse (5) 2017 mit 5712 Personen mit Barrett zu dem Schluss, dass keine protektive Wirkung vorläge. Eine Studie zeigte stärkere Effekte nach 2-3 Jahren Einnahmedauer, die andere nicht. Eine Fall-Kontroll-Studie 2018 an mehr als tausend Patienten demonstrierte mittlerweile wieder einen protektiven Effekt mit 41% Risikoreduktion für Karzinome, konnte keinen Zeitfaktor, wohl aber eine Dosis-Wirkungsbeziehung nachweisen (6).

Die üblicherweise getestete Dosis ist die Standarddosierung (Pantoprazol und Esomeprazol 40mg, Lansoprazol 30mg, Rabeprazol 20mg). Ein klarer Vorteil eines PPI gegenüber den anderen besteht nicht. Die Überprüfung der PPI-Wirkung durch pH-Metrie ist unüblich, weil man sich auf die Symptombesserung verlässt, wäre aber in diesem Fall, da man Karzinogenese nicht spürt, sehr überlegenswert. Obwohl PPIs in 90% zuverlässig säuresuppressiv wirken, gibt es Therapieversager. Relativ unwirksam sind PPIs bei sogenannten „rapid and ultra-rapid metabolizers“, bei „slow and ultra-slow metabolizers“ werden sie schlecht vertragen (7).

Stärker ausgeprägt ist der säuresupprimierende Effekt für operative Antirefluxein-

griffe (8). Vergleiche der krebspräventiven Wirkung der Funduplicatio mit medikamentöser Säurehemmung fielen uneinheitlich aus (9,10,11). Eine große Kohortenstudie (34 000 Patienten mit Barrett, Beobachtung bis zu 32 Jahre) in Gastroenterology 2024 aus Skandinavien zeigte keine Unterschiede zwischen operativer und medikamentöser Krebsprävention (12). Moderne Verfahren wie LINX® oder RefluxStop® sind meines Wissens dahingehend noch nicht evaluiert.

Mit Spannung darf man Daten zur Schutzwirkung der noch stärker säuresuppressiv wirkenden Kaliumkanalblocker (P-CABs) erwarten, die in der EU noch nicht, aber bereits in Japan, USA oder Russland zugelassen sind, allerdings bislang nur für symptomatische Patienten und nicht zur Bremse der Karzinogenese.

Natürlich hat man bei einer potenziell lebenslangen Therapie auch Respekt vor Nebenwirkungen. Für den PPI sind dies Infektionen (insbesondere intestinal), bakterielle Überwucherung des Dünndarms, Resorptionsstörung für manche Elektrolyte (Kalzium und Magnesium) oder Spurenelemente (v.a. Eisen).

Besonders bei Tropenreisen treten häufiger Attacken von Reisedurchfall auf. Eine Wirkungsminderung von Tabletten mit magensaftresistenter Verkapselung (z.B. Pankreasenzyme) unter PPI ist möglich, wenn sie sich verspätet auflösen.

Was würde ich angesichts der heterogenen Datenlage für die Praxis raten:

- Für eine generelle klare Empfehlung zur Säuresuppression bei Barrett-Ösophagus sind die Daten meines Erachtens nicht hart genug.
- Ich würde die Evidenzlage und pro- und contra-Argumente mit jedem Patienten diskutieren. Vor allem in Situationen erhöhten Risikos (schon einmal Dysplasie oder Karzinom lokal behandelt, familiäre Belastung, sehr langer Barrett, junger Patient) würde ich verstärkt zur Langzeit-Säuresuppression mit einem PPI in Standarddosis raten.

- Ich würde die PPI-Therapie auf Wirksamkeit überprüfen (24h-Sonden-pH-Metrie oder 72h-sondenlose pH-Metrie), bevor ich sie lebenslang schlucke und ich würde regelmäßig Kontrollen von Fe, Ca und Mg durchführen (alle 6–12 Monate).
- Wird der PPI nicht vertragen, gelingt keine ausreichende Compliance wegen Vergessens oder liegt eine sehr große Hiatushernie vor, so würde ich zu einer Funduplicatio raten.

Mit Interesse dürfen wir in der Zukunft auf Möglichkeiten der Liquid Biopsy und der Künstlichen Intelligenz zur Barrett-Entdeckung und -Überwachung hoffen, auf Studien zur Karzinomprotektion mit den stark wirksamen P-CABs gespannt sein und die Evaluation moderner Antirefluxeingriffe auch in der Indikation der Karzinomprophylaxe erwarten. □

## REFERENZEN:

1. Rastogi A, Puli S, El-Serag HB, Bansal A, Wani S, Sharma P. Incidence of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus and high-grade dysplasia: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2008; 67(3): 394-8
2. Singh S, Garg SK, Singh PP, et al. Acid-suppressive medications and risk of oesophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's oesophagus: a systematic review and meta-analysis. *Gut* 2014; 63: 1229-1237
3. [https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Krebserkrankungen\\_2022.pdf](https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Krebserkrankungen_2022.pdf)
4. [https://www.oeggh.at/wp-content/uploads/2023/06/Endoskopie\\_Barrettkonsens\\_2019.pdf](https://www.oeggh.at/wp-content/uploads/2023/06/Endoskopie_Barrettkonsens_2019.pdf)
5. Hu Q, Sun TT, Hong J et al. Proton pump inhibitors do not reduce the risk of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus: a systematic re-view and meta-analysis. *PLoS One* 2017; 12(1): e0169691
6. Tan MC, El-Serag HB, Yu X et al. Acid suppression medications reduce risk of oesophageal adenocarcinoma in Barrett's oesophagus: a nested case-control study in US male veterans. *Aliment Pharmacol Ther* 2018; 48(4): 469-477
7. Euan J Dickson, Robert C Stuart, Genetics of response to proton pump inhibitor therapy: clinical implications. *Am J Pharmacogenomics* 2003; 3(5): 303-15.
8. Hatlebakk JG, Zerbib F, Bruley des Varannes S et al. Gastroesophageal acid reflux control five years after antireflux surgery, compared with long-term esomeprazole therapy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016; 14: 678-685
9. Corey KE, Schmitz SM, Shaheen NJ. Does a surgical antireflux procedure decrease the incidence of esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus? A meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 2390-2394
10. Chang EY, Morris CD, Seltman AK et al. The effect of antireflux surgery on esophageal carcinogenesis in patients with Barrett esophagus: a systematic review. *Ann Surg* 2007; 246: 11-21
11. Maret-Ouda J, Konings P, Lagergren J et al. Antireflux surgery and risk of esophageal adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2016; 263: 251-257
12. Johan Hardvik Åkerström, Giola Santoni, My von Euler Chelpin et al. Antireflux Surgery Versus Antireflux Medication and Risk of Esophageal Adenocarcinoma in Patients With Barrett's Esophagus. *Gastroenterology* 2024; 166(1): 132-138

## KORRESPONDENZADRESSE



**Univ. Prof. Dr. Rainer Schöfl**  
 Internist Gastroenterologe  
 Parkweg 6  
 4222 St. Georgen a.d. Gusen  
 Tel: +43 664 213 50 18  
 E-Mail: rainer.schoefl@24speed.at  
 www.rainerschoefl.at

### Themen der Zeit

## Primärversorgungszentren: Einfluss auf die Chirurgie

Autor: E. Zulus, Wien

Als Anästhesist und Intensivmediziner hatte ich fast 30 Jahre eine enge Zusammenarbeit mit den schneidenden Fächern. Vor 5 Jahren bin ich in eine allgemeinmedizinische Gruppenpraxis eingestiegen schon mit dem Ziel ein Primärversorgungszentrum (PVZ) zu gründen. Am 2.1.2023 eröffnete ich gemeinsam mit Dr. Mario Földy das PVZ Oberdöbling. Meine langjährige Spitalstätigkeit hat mir den Aufbau eines chirurgischen Netzwerks natürlich erleichtert. Ich weise regelmäßig in chirurgische Ambulanzen und niedergelassen Chirurg\*innen zu für die weitere Abklärung bzw. OP-Planung.

In den letzten Jahren ist ein regelrechter Hype um die Gründung von Primärversorgungseinheiten entstanden. Sowohl Krankenversicherungsträger wie auch politische Stakeholder sind an der vermehrten Etablierung von PVEs dringend interessiert und unterstreicht der chronische Versorgungsmangel im niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereich und der steigende Bedarf an Versorgungsmöglichkeiten chronisch kranker Patient:innen deren dringende Notwendigkeit. So unterstreicht auch das aktuelle Regierungsprogramm den dringenden Bedarf mit der Erwähnung von PVE aber auch von fachärztlichen Zentren als Zusammenschluss mehrerer Fachbereiche.

Das erste PVE startete damals noch als PVZ also als Primärversorgungszentrum als Pilotprojekt bereits 2015 in Wien Mariahilf. 2017 wurde dann das Primärversorgungsgesetz verabschiedet. Zunächst ging es eher schleppend voran. Erst die EU-Förderung für PVE-Gründungen Ende 2021 wirkte als Turbo, sodass es mittlerweile 100 PVE in Österreich gibt; allein in Wien 24 AM-PVE und 9 Kinder-PVE. Derartige Zentren wie auch allgemeinmedizinische PVE können als Primärversorgungszentrum (PVZ) oder Primärversorgungsnetzwerk (PVN) in ihrer Organisationsform betrieben werden.

Die Wiener PVE versorgen bereits ein Zehntel der Wiener Bevölkerung und sind somit versorgungsrelevant und kompensieren den Schwund an Einzelordinationen auf aufgrund von Pensionierungen und fehlender Nachbesetzungen.

Generell bergen Gründung und das Betreiben einer PVE nicht nur Vorteile für Patient\*innen, sondern auch für Ärzt\*innen. Patient\*innen profitieren von Öffnungszeiten von mindestens 50 Stunden; teilweise öffnen Zentren auch samstags. Weiters

gibt es ein erweitertes Angebot, wie Psychotherapie, Diätologie, Sozialarbeit und diplomierte Pflege mit Wundversorgung. Das alles wird als multidisziplinärer Zusammenschluss als Kassenleistung angeboten. Darüber hinaus sind PVEs regelhaft an die Substitutionsmedizin und Diabetes aktiv Programmen angehängt. Es müssen Patientenfortbildungen und natürlich klassische Hausbesuche in Form von Visiten angeboten werden.

Den Ärzt\*innen bieten die PVEs die Möglichkeit im interdisziplinären multiprofessionellen aber auch multikollegialen Team zu arbeiten. Der dadurch entstehende fachliche Austausch ermöglicht stets eine therapeutische Patient:innenbegleitung nach dem neuesten medizinischen Standard. Außerdem fällt das Einzelkämpfertum. Durch Anwesenheit mehrerer Kolleg:innen bestehen Möglichkeiten Urlaube, Krankenstände und natürlich Fortbildungen zu ermöglichen ohne Unterbrechungen des Ordinationsbetriebes zu riskieren.

Gezielte Zuweisungen und damit Leiten von Patientenströmen sind eine wichtige Aufgabe des niedergelassenen allgemeinmedizinischen Bereiches. Meine langjährige Erfahrung als Anästhesist kommt mir auch hier im Rahmen der Multidisziplinarität des PVEs und der Schlüsselrolle auch in präoperativer Diagnostik sehr zugute. Das PVE Döbling unterhält so exzellente Kooperationen mit chirurgischen Spitalsambulanzen, vor allem zur Chirurgie des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern, in dem ich auch früher tätig war. Vor allem im Bereich der Wundversorgung der in meinem PVE durch drei DGKP abgedeckt wird, besteht eine enge Kooperation zu Wundzentren und Ambulanzen. Auch viele andere chirurgische Krankheitsbilder allen voran Patient:innen mit Appendizitis aber auch

mit Hernien, Gallenkoliken, Pankreatitiden werden auch manchmal primär in der allgemeinmedizinischen Ordination vorstellig. Diese werden nach vorhergehender Abklärung zur weiteren Behandlung überwiesen. In den meisten PVEs wie in unserem ist es möglich ein zertifiziertes Vorort Labor für Patient:innen mit akuten Beschwerden anzubieten, welches binnen 5 Minuten Blutbild, Differentialblutbild, CRP, D-Dimer oder Troponin T bestimmbar macht. Sehr viele PVE verfügen auch über orientierende Sonografie und Mitarbeiter:innen mit dementsprechender Ausbildung.

PVE setzen bereits jetzt Telemedizin ein, meist ist zumindest eine Ordinationsassistentin nur am Telefon und nimmt Rezeptanforderungen oder Wünsche nach Verordnungen und Überweisungen entgegen; es besteht auch stets die Möglichkeit mit Ärzt:innen direkt zu telefonieren. Vieles kann telefonisch geklärt werden mit E-Medikation, ansonsten werden Visiten vereinbart. PVE haben aufgrund der größeren Ärzteteams die Möglichkeit täglich Visiten anzubieten und decken damit die Zeit (Montag bis Freitag 7 bis 19 Uhr) ab, wo der Wiener Ärztekundendienst nicht erreichbar ist. Somit ist in Wien eine lückenlose allgemeinmedizinische Versorgung mit telefonärztlicher Beratung und Visiten gewährleistet.

Die gesamte präoperative Labordiagnostik wie auch allgemeinmedizinische Freigaben werden in einem PVE angeboten. Für weitergehende präoperative Diagnostik, wie Röntgen oder Herzechokardiografie wird überwiesen und der Befund in der Freigabe berücksichtigt. Hier können Spitalsambulanzen deutlich entlastet werden. Die OP-Freigaben entsprechen hierbei den üblichen Standards von Präanästhesieprotokollen der Präanästhesieambulanzen.



© sirc46 - stock.adobe.com

PVE sind auch Ausbildungsstätten. Bedingt durch die Umstellung auf FA für Allgemein- und Familienmedizin, beträgt die verpflichtende Lehrpraxiszeit bereits 9 Monate und ab 2027 sogar 12 Monate. PVE haben bis zu 3 Lehrpraxisstellen, sind also auch ausbildungsrelevant, damit angehende FA für AM in ihren letzten Ausbildungsjahr auch die Praxis und das Management des Ordinationsalltages erlernen. Viele PVE übernehmen auch regelmäßig Famulant\*innen und KPJ-Student\*innen.

Als Referatsleiter für PVE der Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien versuche ich mit meinem Team die Neugründungen von PVE zu unterstützen. Es gibt regelmäßig ein PVE Business-Breakfast mit der Möglichkeit der Vernetzung, sowie Gründungs-Workshops. Es gibt sogar eine Partnerbörse für Kolleg\*innen die Gleichgesinnte für eine PVE-Gründung suchen. Ich moderiere selbst regelmäßig PVE-Qualitätszirkel für unsere wachsende PVE-Community in Wien.

Zusammenfassend kann ich festhalten, dass PVE in Österreich zunehmend an Bedeutung gewinnen. Gerade junge Ärzt\*innen schätzen es im Team zu arbeiten und der Patient profitiert von den Öffnungszeiten und dem erweiterten Angebot. Es gibt vielseitige Kooperationen mit der Chirurgie, sei es im ambulanten/stationären oder auch im niedergelassenen Bereich.

## KORRESPONDENZADRESSE



**MR Dr. Ernest Zulus, MBA**  
 FA für Allgemein- und Familienmedizin  
 FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
 PVZ Oberdöbling  
 Krottenbachstraße 66  
 1190 Wien  
 E-Mail: zulus@pvz-19.at

### Themen der Zeit

# „Was müsste sich ändern, damit die Chirurgie in der Niederlassung wieder interessant wird?“

Autor: St. Kastner, Innsbruck

Die chirurgische Niederlassung in Österreich hat in den letzten Jahren an Attraktivität verloren. Viele Chirurgen entscheiden sich aus verschiedenen Gründen für eine Anstellung im Krankenhaus statt für die Selbstständigkeit. Um die Chirurgie in der Niederlassung wieder attraktiver zu machen, sind grundlegende Veränderungen notwendig. Dieser Artikel beleuchtet die Faktoren, die Reformen benötigen, um die chirurgische Praxis für Neu- und Berufseinsteiger sowie für erfahrene Fachärzte ansprechender zu gestalten.



Würden die Chemotherapien in Arztpraxen erfolgen – so wie in vielen anderen Ländern – müssten die Sozialversicherungen enorme zusätzliche Medikamentenkosten direkt und alleine tragen.

Nicht viel anders schaut es mit der Finanzierung der chirurgischen Kassenpraxis aus. Mit Ausnahme der Tarife für die gastrointestinale Endoskopie (mit allerdings gewaltigen Unterschieden in den einzelnen Bundesländern für ÖGK-Patienten) sind die Kassentarife zumeist weit weg von jeder Kostendeckung. Ein fehlendes kassenärztliches chirurgisches Angebot außerhalb der gastrointestinalen Endoskopie ist die logische Konsequenz. Gerade im Bereich der Proktologie und Kleinchirurgie würden attraktive Kassentarife die Patientversorgung im niedergelassenen Bereich deutlich verbessern ohne dabei die Kosteneffizienz im Vergleich zu den Krankenhäusern scheuen zu müssen.

#### Chirurgische Facharztausbildung – Fit für die Niederlassung?

Bleiben wir in Gedanken aber bei dem aktuellen Focus Endoskopie der niedergelassenen kassenärztlichen Tätigkeit im Fach Chirurgie. Sinkende Endoskopiezahlen in den Tiroler Krankenhäusern aufgrund von Personalmangel und vermutlicher Einsparungswillen der Krankenhausträger im Ambulanzbereich führen zwangsläufig dazu, dass nur wenige Chirurg:innen in ihrer Ausbildungszeit die geforderten Endoskopiezahlen deutlich überschreiten. Vermutlich schaut es in den anderen Bundesländern ähnlich aus. Ohne ausreichende Erfahrung sehen sich dann junge Kolleg:innen nicht in der Lage, Endoskopien mit guter Qualität und sicherer Sedierung außerhalb der schützenden und unterstützenden Strukturen einer

Krankenanstalt durchzuführen. Gerade diesen Mangel kann eine Ausbildung in der Lehrpraxis beheben, denn so können ausreichend Erfahrungen inkl. nötiger Endoskopiezahlen gewonnen werden. Insbesondere führt die Ausbildung in der Lehrpraxis dazu, dass die Bereitschaft zur Niederlassung deutlich steigt. Ein Effekt, der schon bei der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis bekannt ist. Auch wenn sich hier alle Player im System einig sind, dass die Lehrpraxis ein hervorragender Ansatz ist, fehlt es am Willen und an der Bereitschaft die entsprechenden finanziellen Mittel für die Ausbildung in der fachärztlichen chirurgischen Lehrpraxis bereit zu stellen.

#### Zusammenarbeitsformen

Chirurgische Praxen sind insbesondere im Bereich der Endoskopie investitions- und personalintensiv. Was liegt also näher als sich den wirtschaftlichen Druck zu teilen und gemeinsam mit Kolleg:innen eine Praxis aufzubauen. Die rechtlichen Möglichkeiten reichen von der Ordinations- und Apparategemeinschaft bis zur Gruppenpraxis. Grenzen setzen dann oftmals – je nach Bundesland unterschiedlich – die Bestimmungen für den Kassenvertrag. Dieser lässt sich nicht beliebig teilen bzw. ausweiten. So wird die Möglichkeit der Praxisvertretung zur beliebten Lösung. Doch auch hier steckt der Teufel im Detail. Bis heute ist es nicht klar geregelt, dass auch Internist:innen in chirurgisch-endoskopischen Praxen für Gastroskopie und Koloskopien vertreten dürfen bzw. diese auch übernehmen können.

Klare und flexible Regeln – insbesondere bei Kassenpraxen – sind aber jedenfalls erforderlich, um Kolleg:innen weiter zu durchaus mutigen Investitionen zu moti-

#### Finanzielle Rahmenbedingungen

Seit über zehn Jahren scheitert die Politik daran, das österreichische Gesundheitssystem effizienter zu gestalten. Schon in der Gesundheitsreform Ende 2013 wurde vereinbart, den „Best point of service“ für Diagnosen und Prozeduren mit dem Ziel zu definieren, die Effizienz zu steigern. Doch wozu die Mühe? Bis heute wissen weder Sozialversicherung noch die Politik oder wir Ärzte mit wenigen Ausnahmen, was eine Behandlung oder ein Eingriff im Vergleich an den einzelnen extra- und intramuralen Strukturen in den jeweiligen Bundesländern kostet.

So definiert jeder Zahler im System seinen „Best point of service“ aus seiner finanziellen Sicht und damit folgen Patientenströme bis heute weitgehend den Finanzierungsströmen. Und das weitgehend losgelöst von volkswirtschaftlichen Auswirkungen. Ein Beispiel gefällig? Chemotherapien erfolgen in Österreich nahezu ausschließlich in Krankenhäusern, da nur so die Gesundheitsfonds der Länder die hohen Medikamentenkosten übernehmen.

vieren und die notwendigen Freiräume für Schwangerschaft und Kinderbetreuung zu generieren, um dem größer werden weiblichen Anteil unserer Fachgruppe gerecht zu werden.

### Infrastruktur und Personalfragen

Das Ausstattungsniveau ist - insbesondere in chirurgisch-endoskopischen Praxen – hoch. Der Investitionsdruck erhöhte sich durch verschärfte Hygieneverordnungen, neue (teurere) Gerätegenerationen, dem Einzug der Künstlichen Intelligenz (KI) in die Diagnostik der gastrointestinalen Endoskopie sowie gestiegenen Anforderungen im Rahmen der Sedierung mit Propofol. All das erfolgte im Interesse der Patient:innensicherheit. Die Kassentarife haben diesen Aufwand in ihrer marginalen Steigerung jedoch nicht abgebildet.

Arztpraxen sind von jeher personalintensiv, die Anforderungen im Bereich der Sedierung hat neben verbesserter Patient:innensicherheit die finanzielle Belastung weiter erhöht. Gute Ausbildung des Endoskopiepersonals liegt natürlich im Interesse der praxisführenden Ärzte, zunehmend setzen diese auch auf diplomiertes Pflegepersonal. Ein angedachte weiterführende verpflichtende ein- bis zweijährige Zusatzausbildung könnte jedoch zu einer Personalverknappung führen und die Kosten weiter steigern. Klare Daten zu den Vorteilen dieser Ausbildung im Bereich der Arztpraxen müssen vorliegen, bevor eine derartige Ausbildung ein Strukturqualitätskriterium werden darf.

### ELGA, Bürokratie, Qualitätssicherung

Die Überprüfung der Hygiene, Praxisausstattung und -abläufe erfolgt durch die ÖGMED und das GÖG sowie durch freiwillige Qualitätzertifikate wie dem Qualitätzertifikat Vorsorgekoloskopie der ÖGGH. Zusätzliche administrativer Aufwand wird durch die ELGA-Speicherverpflichtung für niedergelassene Fachärzt:innen ab 2030 zu erwarten sein. Schon jetzt führen die unterschiedliche Arztsoftwaresysteme und Schnittstellenprobleme zu teilweise sehr zeitintensiven Doppelangaben und zusätzlichen Kosten. Klares Ziel muss es deshalb sein, dass der ELGA-Befund, der Arztbrief und die Dokumentation für die Qualitätssicherung in einem Schritt erstellt werden können und plattformübergreifend funktionieren. Die ersten Schritte dazu müssen nun zeitnahe erfolgen.

### Arztpraxis versus Ambulatorium in Investorenhand am Beispiel der Vorsorgekoloskopie

Langsam, vielleicht zu langsam verstehen die ÖGK und die Gesundheitspolitik, dass Prävention nicht nur Lebensqualität und mehr gesunde Jahre für die Bevölkerung bringt, sondern auch zur effizienten Entlastung des Gesundheitssystems führt, Ressourcen schont und einen enormen volkswirtschaftlichen Nutzen hat. Doch warum entwickeln sich Präventionskonzepte so langsam? Aus meiner Sicht sind dreierlei Problemfelder ursächlich: Zum einen werden jetzt vermehrt Ressourcen benötigt. Zum zweiten muss die Bevölkerung motiviert werden, an Präventionsangeboten auch teilzunehmen. Das dritte Problemfeld ist wahrscheinlich ursächlich: Der Erfolg wird nicht vor Ende der nächsten Legislaturperiode klar messbar werden und kann deshalb auch nicht politisch verwertet werden.

Dennoch scheint gerade im Bereich der Vorsorgekoloskopie gemeinsam mit dem iFOBT Bewegung in die Sache gekommen zu sein. Doch statt die Endoskopiepraxis durch zukunftsfähige, langfristige attraktive Vertragsangebote für die Vorsorgekoloskopie zu stärken, haben Ausschreibung der Vorsorgekoloskopie an große Unternehmensstrukturen in Wien und schleppende, zuletzt sogar pausierende Verhandlungen der ÖGK mit den Ärztekammern der geplanten Modellregionen für Verunsicherung geführt.

### Venöse Gefäßchirurgie

Die venöse Gefäßchirurgie hat in den letzten beiden Jahrzehnten den Wandel von der klinischen intramuralen Chirurgie hin zu möglichen endovaskulären bzw. minimalinvasiven Verfahren mitgemacht. Der mögliche Shift in der Varizenchirurgie von stationärem bzw. tageschirurgischen Operationen hin zu gut in der niedergelassenen Praxis durchführbaren Eingriffen

findet aufgrund nicht vorhandener bzw. sehr schlecht dotierter Honorarpositionen in keiner Kassenpraxis statt. Ein weiteres Beispiel für das reine Lippenbekenntnis einer Patientensteuerung hin zum niedergelassenen Bereich. Vor dem Hintergrund langer Wartelisten für die Varizenchirurgie in unseren Krankenhäusern erscheint eine Kurskorrektur eine klare Notwendigkeit in der kassenärztlichen Versorgung.

### Zukunft hängt von der Richtungsentscheidung der Gesundheitspolitik ab

Eine Arztpraxis ist ein Unternehmen und benötigt, wie jedes andere, entsprechende Rahmenbedingungen, um einen wirtschaftlichen Erfolg erzielen zu können. Schon aus der oben angerissenen Diskussion um die Vorsorgekoloskopie wird klar, wie unsicher die Zukunft der kassenfinanzierten Arztpraxis im Bereich der Chirurgie ist. Ein klares Bekenntnis der Gesundheitspolitik zu einem Ausbau des solidarisch finanzierten niedergelassenen fachärztlichen Bereiches steht aus und ist auch in den ersten Entwürfen für den RSG 2030 (Regionaler Strukturplan Gesundheit) nicht zu erkennen. Damit bleibt der politische Wille zur Patientensteuerung in den niedergelassenen Bereich ein Lippenbekenntnis. Und das obwohl viele Experten diesen Bereich für zahlreiche Prozeduren als „Point of best service“ sehen.

Die Wiederbelebung der chirurgischen Niederlassung in Österreich erfordert ein Zusammenspiel aus finanziellen Anreizen, verbesserter Vernetzung, Entbürokratisierung, einer praxisnahen Ausbildung und einer positiven Wahrnehmung in der Gesellschaft. Nur wenn diese Herausforderungen gemeinsam bewältigt werden, kann die chirurgische Niederlassung wieder an Attraktivität gewinnen und qualifizierte Fachkräfte anziehen. □

## KORRESPONDENZADRESSE



© Foto Hofer

**Dr. Stefan Kastner**

Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie  
Präsident der Ärztekammer für Tirol  
Anichstraße 7  
6020 Innsbruck  
E-Mail: kastner@aektiro.at



**Dr.<sup>in</sup> Joy Feka**

Medizinische Universität Wien

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

Bereits in meiner Kindheit hat mich die Medizin fasziniert. Durch den Biologieunterricht wuchs besonders mein Interesse an der Anatomie, und im Studium festigte sich mein Wunsch, ein handwerklich geprägtes Fach zu wählen. Die Viszeralchirurgie begeisterte mich, da sie ein beeindruckendes Spektrum abdeckt und der Arbeitsalltag stets abwechslungsreich ist.

### Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Ich hatte das Glück, bereits während des Studiums inspirierende chirurgische Mentor:innen zu haben, insbesondere während meiner Auslandszeit in Tokio. Als Ärztin kann ich sowohl klinisch als auch wissenschaftlich viel von Univ.-Prof. Dr. Sebastian F. Schoppmann lernen und schätze es sehr, Teil einer Arbeitsgruppe zu sein, in der man von jedem einzelnen Teammitglied etwas lernen kann.

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

Eine gute Chirurgin oder ein guter Chirurg zu sein, bedeutet weit mehr, als lediglich „chirurgisch gut“ zu arbeiten. Unabdingbar sind fundierte Kenntnisse der häufigsten Krankheitsbilder, handwerkliches Geschick, ein Gespür für das Gewebe, Stressresistenz sowie die Fähigkeit, selbstsicher Entscheidungen zu treffen. Darüber hinaus umfasst der Aufgabenbereich jeder Chirurgin und jedes Chirurgen, stets im Sinne der Patient:innen zu handeln und diese in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen.

### Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Ich würde diese beiden Bereiche nicht strikt voneinander trennen. Chirurgin zu sein endet nicht mit dem Verlassen des Krankenhauses. Da ich es begrüße, auch außerhalb meiner Dienstzeiten über den Verlauf meiner Patient:innen informiert zu werden, und mich in meiner Freizeit gerne fortbilde, verschwimmen diese Grenzen. Für eine ausgewogene Balance ist es jedoch entscheidend, sich ein stabiles Auffangnetz aus den engsten Bezugspersonen aufzubauen und auf dieses zurückgreifen zu können. Besondere Entspannung erfahre ich am Klavier, und je nach Laune helfen entweder Chopin oder Beethoven um zur Ruhe zu kommen.

### Was braucht die Chirurgie in Zukunft?

Auf der einen Seite befindet sich die Chirurgie in einem positiven Wandel: Mit der Etablierung der Robotik und der künftigen Implementierung künstlicher Intelligenz wird sich unser Klinikalltag langfristig deutlich verändern. Entscheidend ist, die neuen technischen Möglichkeiten gezielt einzusetzen, um insbesondere bürokratische Belastungen nachhaltig zu reduzieren.

Auf der anderen Seite stehen wir vor Herausforderungen wie dem Pflegemangel und dem Mangel an chirurgischem Nachwuchs. Unsere Aufgabe ist es, die nächste Generation durch innovative Ausbildungskonzepte und qualitativ hochwertige Bedside-Lehre für dieses äußerst spannende Fach zu gewinnen und zu begeistern.

### Ihr Lebensmotto?

„Find joy in the little things.“



## Reinhold Függer, Linz

FA für Allgemein- und Viszeralchirurgie,  
Transplantationschirurgie (UEMS), Thoraxchirurgie,  
Gefäßchirurgie, Chirurgische Intensivmedizin



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

Das hatte mehrere Gründe. Mich hat Anatomie fasziniert und die Möglichkeit, durch einen Eingriff im bestmöglichen Fall Menschen zu heilen. Und das in einem Zusammenspiel von Diagnostik, exakter chirurgischer Technik und Nachsorge, mit direktem Bezug zu Erfolg oder Misserfolg.

### 2. Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Ich habe mir von vielen ChirurgInnen etwas abgeschaut, von routinierten, gleichaltrigen und jüngeren. Am meisten hat mich aber Prof. Arnulf Fritsch beeinflusst, den ich schon im Studium kennengelernt habe. Er hat überhaupt nicht meinem damaligen Bild eines Chirurgen entsprochen und gerade dadurch mein Interesse an der Chirurgie verstärkt. Seine Ruhe, die exzellente chirurgische Präparationstechnik, die nüchternen Überlegungen zur Lösung problematischer Situationen und die bedingungslose Ehrlichkeit bei der Analyse von Komplikationen haben mich sehr geprägt.

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

Die richtige Indikationsstellung, sehr gute Anatomiekenntnisse, exzellente Präparationstechnik, persönliche postoperative Begleitung mit klarem Komplikationsmanagement, wenn nötig, und Selbstreflexion sind die Basis. Genauso wichtig ist es, auf den Patienten zu zugehen, ihm die Operation, die Erfolgsaussichten einschließlich der möglichen Komplikationen verständlich zu erklären, auf Fragen einzugehen und das Vertrauen zu gewinnen. Das ist oft sehr zeitaufwändig, aber mitentscheidend für eine erfolgreiche Behandlung.

### 4. Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Gute Zeiteinteilung und reservierte Zeiten für das Privatleben helfen, schwierig bleibt es trotzdem und verlangt sehr viel Verständnis der Familie. Familienleben, Sport, Freunde treffen, Lesen und Theater waren mein beruflicher Ausgleich. Seit meiner Pensionierung ist dieser Punkt komplett entschärft. Meine chirurgische Restaktivität mit Ausbilden, Mentoring und wissenschaftlicher Arbeit sehe ich als Bereicherung an.

### 5. Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

In der aktuellen Situation mit berechtigter Kritik an der Entwicklung unseres Gesundheitssystems brauchen Patienten besondere Zuwendung, die über formelle Hinweise auf Ressourcenknappheit hinausgeht. Das gilt für den gesamten Gesundheitssektor.

Die Chirurgie selbst braucht Innovation. Damit ist nicht nur die technische Entwicklung gemeint, sondern auch Organisationsformen und die Zusammenarbeit interdisziplinär und interprofessionell.

Zuletzt noch ein banaler, aber für mich wesentlicher Punkt. Ganz entscheidend für die Qualität der Chirurgie ist das Wissen um die eigenen Ergebnisse. Gerade bei der Transparenz der Ergebnisqualität gibt es immer noch klare Defizite.

### 6. Ihr Lebensmotto?

Ich habe kein spezielles „Lebensmotto“. Aber ein Punkt, der mir immer wichtig war und weiter wichtig ist, ist neugierig zu sein. Und, zum Schmunzeln, „Aufgeben tut man nur einen Brief“.



## Apps und Tools für junge ChirurgInnen

AutorInnen: S. Bayer, Graz; J. Feka, Wien

Digitale Technologien haben in den letzten Jahren nahezu alle Bereiche der Medizin durchdrungen – und die Chirurgie bildet hier keine Ausnahme. Neben komplexen Operationsrobotern und hochauflösender Bildgebung haben auch mobile Anwendungen ihren festen Platz im klinischen Alltag gefunden. Anbei einige Tools, die vom Vorstand der Young Surgeons Austria empfohlen werden:



### AMBOSS

Website: <https://www.amboss.com/de>, ebenso als App für IOS und Android verfügbar

Es handelt sich um eine umfassende medizinische Wissensplattform, die ein interaktives Nachschlagewerk, Lernkarten, klinische Leitlinien und praktische Arbeitshilfen vereint. Die Nutzung erstreckt sich sowohl auf die Prüfungsvorbereitung durch Studierende als auch auf den Einsatz im klinischen Alltag durch Ärztinnen und Ärzte.

**Kosten:** Monats-Abo für Ärzt:innen: 25€, Jahres-Abo: 198€



### DIAGNOSIA

Verfügbarkeit: IOS und Android

Die Diagnosia App ist ein evidenzbasiertes Nachschlagewerk, das aktuelle Arzneimitteldaten, Interaktionsprüfungen und Erstattungsinformationen bietet. Zusätzlich ermöglicht sie digitale Fortbildungen, schnelle Medikamentensuche, personalisierte Favoritenlisten und den Zugriff auf medizinische Podcasts.

**Kosten:** kostenlos



### BMJ Best Practice

Website: <https://bestpractice.bmj.com/info/>, ebenso als App verfügbar

BMJ Best Practice ist eine täglich aktualisierte, evidenzbasierte klinische Ressource, die Schritt-für-Schritt-Anleitungen von Diagnose bis Prävention bietet, patientenzentrierte Entscheidungshilfen enthält, die berufliche Weiterbildung unterstützt und auch offline per App verfügbar ist.

**Kosten:** Monats-Abo für Ärzt:innen: 25£, Jahres-Abo: 209£



### ESVS Guidelines

Verfügbarkeit: IOS und Android

Die ESVS Guidelines App bündelt aktuelle Leitlinien zur Gefäßchirurgie in leicht lesbarer Form und bietet Empfehlungen zu Diagnose und Therapie, ergänzt durch den Originaltext mit evidenzbasierten Begründungen. Interaktive Tools wie Algorithmen, Rechner und Scores unterstützen den klinischen Alltag, und dank Such-, Lesezeichen- und Offline-Funktion ist die App flexibel nutzbar.

**Kosten:** kostenlos



### CHIRURGIE APPetizer

Verfügbarkeit: Youtube

Der CHIRURGIE APPetizer-Kanal, von Prof. Dr. med. Burkhard von Rahden an der Universitätsklinik für Chirurgie Salzburg zur digitalen Unterstützung der Lehre ins Leben gerufen, hat sich seit seinem Start 2021 mit regelmäßig veröffentlichten Videos zu einem beliebten Tool zur Vertiefung des chirurgischen Wissens und auch zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung entwickelt.

**Kosten:** gratis, einige Videos nur mit Kanalmitgliedschaft verfügbar, 6,99€/Monat





### MD Calc

Verfügbarkeit: IOs und Android

Sowohl im klinischen Alltag als auch in der medizinischen Forschung begegnen wir einer Vielzahl validierter Scores und Klassifikationen. Sie sind unverzichtbare Werkzeuge zur standardisierten Einschätzung von Krankheitsverläufen, zur Risikoabschätzung sowie zur systematischen Entscheidungsfindung bei Diagnostik und Therapie.

So hilfreich diese Tools auch sind – insbesondere in Notfallsituationen oder interdisziplinären Konferenzen –, fällt es im hektischen Klinikalltag nicht immer leicht, den Überblick zu behalten, vor allem dann, wenn bestimmte Scores nicht regelmäßig zur Anwendung kommen.

In solchen Momenten werden häufig eingesteckte Notizbücher, Stationsbücher oder auch mal "Dr. Google" zur schnellen Orientierung herangezogen – oft mit zeitlichem Mehraufwand und teils unvollständiger Information.

Abhilfe schafft hier die App MDCalc, die eine große Zahl relevanter und evidenzbasierter Scores und Klassifikationen in einer benutzerfreundlichen Oberfläche vereint. Die Inhalte lassen sich entweder alphabetisch, nach Fachgebieten oder gezielt über die integrierte Suchfunktion aufrufen.

Besonders im OP-Vorbereitungsgespräch, bei der Visite oder zur präoperativen Risikoabschätzung ermöglicht MDCalc einen schnellen und zuverlässigen Zugriff auf Scores wie z. B. Alvarado-Score, Child-Pugh, Clavien-Dindo, oder MELD-Score, direkt am Smartphone, auch offline nutzbar und ohne aufwendige Recherche.

**Kosten:** kostenlos



### ONKOPEDIA

Verfügbarkeit: IOS und Android

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, die hinter dem Portal *Onkopedia* steht, veröffentlichte eine begleitende Smartphone-App. Diese ermöglicht jederzeit einen einfachen Zugriff auf alle veröffentlichten Leitlinien. Gerade im stressigen Klinikalltag ist sie ein willkommenes Hilfsmittel, um aktuelle Schemata zu Diagnostik, Staging oder Nachsorge vieler onkologischer Erkrankungen schnell zur Hand zu haben

**Kosten:** kostenlos



### Leitlinien Onkologie / AWMF

Browser, App kompatibel mit IOS und Android

Eine zentrale Rolle zum evidenzbasiertem Arbeiten spielt die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), der rund 180 medizinische Fachgesellschaften angehören. Sie arbeitet kontinuierlich und sorgfältig an der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien.

Diese Leitlinien werden frei zugänglich auf der Website der AWMF veröffentlicht. Doch nicht immer ist es praktikabel, sich am PC durch die oft sehr umfangreichen Langfassungen zu klicken. Aus diesem Grund hat die AWMF eine kostenlose Smartphone-App entwickelt.

Mit dieser App lassen sich die aktuellen Leitlinien jederzeit und überall abrufen. Eine intuitive Index- und Suchfunktion ermöglicht es, gezielt und schnell die benötigten Informationen zu finden – ideal für den klinischen Alltag oder unterwegs

**Kosten:** kostenlos



### TOUCH SURGERY

Verfügbarkeit: IOS und Android

Aufnahme und Cloud Funktion benötigt im OP installierte Hardware

Die App Touch Surgery wurde bereits vor über zehn Jahren veröffentlicht und hat sich seither als wertvolles Tool in der chirurgischen Aus- und Weiterbildung etabliert. Ursprünglich überzeugte die App durch interaktive, schrittweise Lernmodule zu verschiedensten Operationen aus Fachbereichen wie Allgemein-, Viszeral-, Unfall- oder Gefäßchirurgie.

Dabei führte sie strukturiert durch alle OP-Phasen – von Lagerung, Hautschnitt und Anatomie bis hin zur Operationsdurchführung – jeweils ergänzt durch erläuternde Illustrationen und Hinweise zur relevanten Anatomie.

Im Jahr 2022 wurde die App um ein innovatives Feature erweitert:

In Kombination mit einer Hardware-Konsole, die direkt mit dem Laparoskopieturm im OP verbunden wird, können Live-Videos von Operationen in Echtzeit gestreamt und anschließend in die von Medtronic bereitgestellte Cloud hochgeladen werden. Die Bedienung erfolgt dabei unkompliziert über ein im OP-Saal installiertes Smartphone.

Über individuelle Accounts können Operateur:innen dem jeweiligen Eingriff zugeordnet werden. Die Videos sind im Anschluss jederzeit per Smartphone abrufbar, lokal auf dem PC bearbeitbar oder für Lehre und Präsentationen zugeschnitten exportierbar. Besonders hervorzuheben ist die datenschutzkonforme Videoaufzeichnung:

Eine KI-gestützte Software erkennt automatisch, wenn sich die Kamera außerhalb des Körpers befindet, und verpixelt zuverlässig das OP-Umfeld sowie potenziell sichtbares Personal. Zusätzlich werden standardisierte Operationsschritte – wie etwa das Klippen des Ductus



➤ cysticus – automatisch erkannt und mit Bookmarks versehen. Dies erleichtert sowohl die Navigation in langen OP-Videos als auch die gezielte Analyse einzelner Techniken und Handgriffe.

Videos können innerhalb der App an einzelne Nutzer:innen oder ganze Abteilungen freigegeben werden – was eine effiziente, standortunabhängige Wissensweitergabe ermöglicht.

Apps wie Touch Surgery bieten besonders für Assistenzärzt:innen und junge Fachärzt:innen einen hohen Mehrwert: Sie unterstützen nicht nur beim präoperativen Verständnis und der Wiederholung von OP-Abläufen, sondern fördern auch den kollegialen Austausch chirurgischer Expertise über digitale Plattformen.

Die Nutzung der App und Cloud ist kostenlos. Für die laparoskopische Videoaufzeichnung ist jedoch die Installation der kostenpflichtigen Hardware im OP erforderlich.

**Kosten:** App kostenlos, Hardware auf Instruktionsebene über Medtronic beziehbar



### MedScape

Browser, App für iOS und Android

2009 veröffentlichte WebMD, der Betreiber hinter der Website Medscape, eine zugehörige Smartphone-App. Anfangs bot diese lediglich grundlegende Funktionen wie Krankheitsbeschreibungen, Arzneimittel-daten und allgemeine klinische Informationen. Im Laufe der Jahre wurde die App jedoch um zahlreiche weitere Funktionen erweitert, insbesondere im Bereich Aus- und Weiterbildung.

Heute sind nicht nur die online veröffentlichten, qualitätsgeprüften Artikel (mittels Peer Review) zugänglich, sondern auch unzählige CME-Kurse, Podcasts und Veranstaltungshinweise. Zudem wurde die Suchfunktion mit KI-Technologie ausgestattet, was die gezielte Recherche zu medizinischen Fragestellungen erheblich erleichtert.

Als Nachteile sind jedoch die ausschließlich englische Sprachversion sowie der Schwerpunkt auf konservative Fachgebiete zu nennen.

**Kosten:** kostenlos



### UPTODATE

Website: <https://www.uptodate.com>, auch als App verfügbar

Eine der weltweit führenden, evidenzbasierten Plattformen, die kontinuierlich aktualisiert wird, bündelt wissenschaftlich fundierte Informationen und stellt sie in komprimierter Form bereit.

**Kosten:** Ärzt:innen Jahres-Abo 539 \$, zusätzliche Kosten um die App zu nutzen: 49 \$



### WebOP

Website: <https://www.webop.de>

Eine multimediale Plattform mit detaillierten Operationsbeschreibungen und Videos, die sowohl offene als auch minimal-invasive Verfahren abdeckt. Neben den einzelnen Operationsschritten finden sich Informationen zum perioperativen Management, zur relevanten Anatomie, zu möglichen Komplikationen sowie eine strukturierte Literaturüber-

sicht. Das Angebot umfasst mehrere chirurgische Fachrichtungen, darunter die Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäß-, Hand- und Thoraxchirurgie, Gynäkologie sowie robotisch assistierte Verfahren.

**Kosten:** Einzellizenz für Allgemein- und Viszeralchirurgie 149 €/Jahr



### WebSurg

Verfügbarkeit: <https://websurg.com/>

WebSurg, die Online-Universität des IRCAD, ist eine internationale E-Learning-Plattform für minimalinvasive Chirurgie mit einer riesigen Sammlung an Videos, Fallbeispielen und Expertenkommentaren.

**Kosten:** kostenlos



### ZOLLINGER'S ATLAS of SURGERY

Verfügbarkeit: AppStore oder Google Play Store

Die digitale Version des bekannten chirurgischen Atlas von Zollinger, der präzise Illustrationen mit knappen, aber informativen OP-Beschreibungen kombiniert.

**Kosten:** 229,99 €

Ob präoperative Planung, intraoperative Unterstützung oder die schnelle Entscheidungshilfe am Patientenbett – die hier vorgestellten Apps zeigen, wie sehr digitale Werkzeuge den chirurgischen Alltag erleichtern können. Was früher in Form von vollgeschriebenen Kitteltaschen-Notizbüchern oder gar dicken Lehrbüchern mühsam mitgetragen wurde, passt heute in ein einziges Gerät in der Hosentasche. Dabei ist diese Auswahl nur ein kleiner Ausschnitt aus der stetig wachsenden Welt medizinischer Anwendungen. Jede Chirurgin und jeder Chirurg wird mit der Zeit seine persönliche digitale Werkzeugkiste zusammenstellen – jene Apps, die perfekt zu den eigenen Arbeitsabläufen, Fachgebieten und Vorlieben passen. Diese Übersicht versteht sich daher nicht als abschließendes Verzeichnis, sondern als Inspiration, den Blick zu heben und zu sehen, welche smarten Helfer schon jetzt bereitstehen. Denn die Zukunft der Chirurgie ist nicht nur präzise – sie ist auch nur einen Fingertipp entfernt.

Logos/Icons © Apple Store, Google Play  
Grafiken: © Viktoria\_stock.adobe.com

## KORRESPONDENZADRESSEN



### Dr. Stefan Bayer

Assistenzarzt  
Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Krankenhaus der barmherzigen Brüder Graz  
E-Mail: [stefan.bayer@bbgraz.at](mailto:stefan.bayer@bbgraz.at)



### Dr. Joy Feka

Medizinische Universität Wien  
Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie  
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien  
E-Mail: [joy.feka@meduniwien.ac.at](mailto:joy.feka@meduniwien.ac.at)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist uns eine besondere Freude, Ihnen das Kursprogramm der Akademie des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen (BÖC) für den Herbst 2025 vorzustellen.

Unser Ziel ist es, Ihnen weiterhin ein vielseitiges, praxisorientiertes und innovatives Fortbildungsangebot zu bieten, das Sie in Ihrer beruflichen Weiterentwicklung unterstützt und Sie optimal auf die stetig wachsenden Herausforderungen in der Chirurgie vorbereitet.

Die Akademie des BÖC versteht sich nicht nur als Bildungsinstitution, sondern als Netzwerk und Forum für den Austausch zwischen Chirurg:innen aller Fachrichtungen.

Ihre Teilnahme und Ihr Engagement tragen maßgeblich dazu bei, die Qualität der chirurgischen Versorgung in Österreich auch in Zukunft auf höchstem Niveau zu sichern.

**Wir hoffen, dass Ihnen unsere Weiterbildungsangebote helfen, Ihre Kenntnisse zu erweitern und freuen uns auf Ihre Teilnahme an unseren Kursen!**

Merken Sie sich schon jetzt die nächsten Termine vor!



### BÖC – Anastomosenkurs

▶ Standardanastomosentechniken unter Anleitung erfahrener ChirurgInnen

**Datum:** 23. und 24. Oktober 2025

**Ort:** Chirurgische Abteilung, Klinik Donaustadt

**Teilnehmer:innen:** 12

**Referenten:** Dr. Benjamin Glaser,  
Dr. Viktor Frieders-Justin

**Kosten:** EUR 400,- für BÖC Mitglieder |  
EUR 500,- für Nicht-Mitglieder

**Anmeldefrist:** 14. Oktober 2025

**Ziel:** Erlernen und üben der gängigsten offenen Anastomosentechniken im Gastrointestinaltrakt an tierischen und künstlichen Dünndarmpräparaten. Training von Einzelknopf- und fortlaufender Nahttechnik, sowie Herstellung von Stapler-Anastomosen.

### BÖC – Laparoskopie Kurs Advanced

▶ Fortgeschrittener Kurs für Chirurg:innen mit laparoskopischer Vorerfahrung (Grundkenntnisse in Laparoskopie vorausgesetzt)

**Datum:** 27. und 28. November 2025

**Ort:** Chirurgische Abteilung, Klinik Donaustadt

**Teilnehmer:innen:** 8

**Referenten:** Dr. Benjamin Glaser,  
Dr. Viktor Frieders-Justin

**Kosten:** EUR 400,- für BÖC Mitglieder |  
EUR 500,- für Nicht-Mitglieder

**Anmeldefrist:** 18. November 2025

**Ziel:** Praktische Übung von laparoskopischen Knüpf-, Naht- und Anastomosentechniken an tierischen Präparaten. Simulation und Üben des laparoskopischen Blutungsmanagements am Tiermodell (POP-Trainer).

## Die Analfistel von König Ludwig XIV. – „La Grande Opération“

Autorin: M. Bubenova, Waidhofen a.d. Ybbs

König Ludwig XIV. (1638–1715) aus dem Hause Bourbon war der französische absolutistische König, der während seiner Regierung Frankreich zu der dominierenden Großmacht in Europa machte. Während seines Lebens litt er an zahlreichen Erkrankungen, die seine Leibärzte mittels mehr oder weniger riskanten Heilmittel und Prozeduren zu behandeln versuchten.

Im Januar 1686 entwickelte der Sonnenkönig eine perianale Schwellung. Eine der Ursachen könnten die zahlreichen Stunden am Pferd sein, die er während einer Militätkampagne in Flandern verbrachte – so vermutete sein Leibarzt Guy-Crescent Fagon (1638–1718). (1) Als erste Therapie kamen sofort Klistiere zum Einsatz – damals ein gängiges Mittel bei unterschiedlichen Erkrankungen. Zusätzlich wurden bei Ludwig XIV. Kompressen mit Zucker, Kräutern und in Burgunderwein gekochten Rosen angewendet. Dazu erhielt er noch die Prozeduren mit rot-glühendem Eisen. All diese Maßnahmen führten jedoch zur Entwicklung einer Analfistel, die dem König erhebliche Schmerzen und Eitersekretion bereitete. Bei einem hartnäckigen Verlauf und keiner Besserung trotz konservativer Behandlungen durch seine Leibärzte, entschied er sich, die weitere Therapie in die Hände eines Chirurgen zu legen. Der erste Chirurg des Königs war damals Charles François Félix de Tassy (1635–1703). Da er eine solche Operation noch nie zuvor durchgeführt hatte und der Erfolg in diesem Fall von höchster Bedeutung war, nahm er sich eine 6 monatige Trainingszeit. Während dieser Zeit lernte er die Technik an weniger bedeutenden Patienten und entwickelte ein spezielles Instrument – das erste gebogene Skalpell. (Abb.1)



Abb. 1: Gebogenes Skalpell mit Sonde, entwickelt von Chirurg Charles-François Félix de Tassy speziell für die Operation der Analfistel von König Ludwigs XIV. Musée d'Histoire de la Médecine, Paris.



Abb. 2: Das Porträt Ludwigs XIV. im Krönungssornat wurde 1701 vom französischen Maler Hyacinthe Rigaud gemalt. – © Gemeinfrei, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=482613>

Die „große Operation“ fand am 18. November 1686 um 7 Uhr morgens in der Antichambre „Le salon de Bassans“, einem Vorzimmer direkt vor dem königlichen Schlafzimmer, in Versailles statt. Seine Leibärzte Antoine Daquin and Guy-Crescent Fagon sowie sein Chirurg Félix sind bereits früher gekommen. Der König lag in Bauchlage im Bett, mit einem Kissen unter dem Bauch und gespreizten Beinen. Die Analfistel wurde mithilfe des gebogenen Skalpells mit einer Sonde eröffnet. (2) Laut dem „Journal de Santé“ – dem Tagebuch der königlichen Gesundheit, rief Ludwig XIV. nach der Operation: „Ist es vollbracht, meine Herren? Vollendet es, und behandelt mich nicht wie einen König; ich möchte genesen, als wäre ich ein Bauer!“

Das „Journal de Santé“ wurde zeitgenössisch vom Jahr 1647 bis 1711 geführt. Die

letzten vier Jahre vor seinem Tod im Jahr 1715 sind darin aber nicht dokumentiert. Seine Leibärzte Antoine Vallot (bis 1671), Antoine Daquin (1671–1693) und Guy-Crescent Fagon (1693–1711) hielten darin jeden Tag ausführliche Berichte über alle Krankheiten, Beschwerden und die Therapie des Königs fest. Die häufigsten Behandlungen bei unterschiedlichsten Beschwerden waren Aderlässe, Klistiere und Abführmittel.

L'abbé de Choisy – Abt Choisy, der am königlichen Hof eine kulturelle und soziale Funktion hatte und als Chronist der Hofkultur galt, dokumentierte unter anderem, wie die königliche Gesundheit mit den Emotionen und der Loyalität der Bevölkerung verbunden war. Die drei Hauptelemente waren die symbolische Bedeutung des Königskörpers, die selektive Transparenz von Informationen und kollektive Emotionen. Im Vordergrund standen die Tapferkeit und Gelassenheit des Königs während seiner Krankheit, Operation und Genesung. Um eine politische Wirkung zu erzielen und eine vertikale Emotion zu erzeugen, war es wichtig, die Verbundenheit mit der Bevölkerung durch sein Leiden zu demonstrieren. Möglicherweise konnte dies der Grund für die Veröffentlichung der Aussage des Königs sein, dass er wie der Geringste des Volkes behandelt werden wolle. (3)

Der Sonnenkönig musste im Laufe seines Lebens zahlreiche schmerzhaft Leiden ertragen – unter anderem eine schwere Zahnentzündung mit anschließender Extraktion, bei der ein Teil des Oberkiefers entfernt wurde, Haut- und Verdauungsprobleme und möglicherweise sexuell übertragbare Erkrankungen. Sein Tod am 1. September 1715 wurde vermutlich durch eine septisch gewordene Gangrän des linken Beins verursacht. Da der König fast 77 Jahre alt wurde, ist die Ursache der Gangrän vermutlich der

Arteriosklerose und/oder einem Diabetes mellitus zuzurechnen. Eine Amputation wurde aus mehreren Gründen nicht durchgeführt - es wäre eine riskante Operation bei einem 76-jährigen gebrechlichen Patienten gewesen, vor allem in einer Zeit ohne Narkose und ohne erfolgreiche Technik.

Trotz allem war Ludwig XIV. der am längsten regierende Monarch Europas - er saß insgesamt 72 Jahre am Thron, davon 54 Jahre als Alleinherrscher, seit dem Tod von Kardinal Mazarin im Jahr 1661. Er machte Frankreich zu einem kulturellen Zentrum Europas.

Im 17. Jahrhundert war die Position der Chirurgen weit weniger bedeutend als die der gelehrten Ärzte. Auch im Fall des Sonnen-



Abb. 3: Der Erste Chirurg von König Ludwig XIV, Charles-François Félix de Tassy (1635–1703).

königs trafen zunächst seine Leibärzte die wichtigsten Therapieentscheidungen. Die Operationen wurden in dieser Zeit meist von Barbieren oder sogenannten Barbier-Chirurgen durchgeführt. Erst nach der „großen Operation“ des Sonnenkönigs gewann der Beruf der Chirurgen an Prestige und Anerkennung. Später im Jahr 1731, wurde in Paris die „Académie Royale de Chirurgie“ gegründet – der Grundstein für das moderne Ansehen der Chirurgie. □

#### LITERATUR:

1. Lengelé B. Grandeur et servitudes du Soleil: Récit anecdotique du journal de la santé du Roi Louis XIV et des malades de son siècle. L'Académie Nationale de Chirurgie 2006; 5(4): 45-50
2. Perez S. La santé de Louis XIV. Lyon: Édition Champ Vallon 2007
3. Perez S. Émotions et pouvoir. La fistule de Louis XIV vue par l'abbé de Choisy. Open Rives méditerranéennes 2024; 65:97-106

#### KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. med. Maria Bubenova**  
 Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
 Klinik für Chirurgie  
 Landeskrankenhaus Waidhofen an der Ybbs  
 Ybbsitzerstraße 112  
 3340 Waidhofen an der Ybbs  
 E-Mail: maria.bubenova@waidhofen-ybbs.lknoe.at



## BöC Webinare

### Vorläufige Vorschau auf die Themen im Jahr 2025



**11.9.2025**  
 ▶ **Webinar 91:** Das 1x1 der Diagnostik und Therapie suspekter Hautläsionen  
 Univ. Prof. Dr. Florian Roka, Wien

**25.9.2025**  
 ▶ **Webinar 92:** UEMS Joint Webinar: Robotics in Oncologic Colorectal Surgery  
 Jim Khan, Portsmouth

**9.10.2025**  
 ▶ **Webinar 93:** Thema offen

**16.10.2025**  
 ▶ **Webinar 94:** UEMS Joint Webinar: Thema offen

**30.10.2025**  
 ▶ **Webinar 95:** Komplexe Endovaskuläre Eingriffe  
 Univ. Prof. Dr. Wolf Eilenberg, Wien

Die Anmeldung für alle kommenden Termine und auch die Videos vergangener Webinare finden Sie auf der BöC Website <https://www.boec.at/boec-akademie/boec-webinare/> unter „BöC Akademie“.

## Hospitationsbericht

### Mayo Clinic Research Fellowship – Ein Jahr in Forschung, Freundschaft und persönlichem Wachstum

Autorin: V. Podrascanin, Wiener Neustadt



Es gibt Phasen im Leben, in denen man sich neu orientieren und über sich hinauswachsen kann. Mein Research Fellowship an der Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, war genau so eine Zeit – eine Erfahrung, die nicht nur meine Perspektive auf die chirurgische Forschung nachhaltig geprägt, sondern auch wertvolle Einblicke in interdisziplinäre Zusammenarbeit und wissenschaftliche Exzellenz ermöglicht hat. Als eines der weltweit führenden Zentren für Lebertransplantation und hepatobiliäre Chirurgie bietet die Mayo Clinic ein einzigartiges Umfeld für translational ausgerichtete Forschung.

#### Forschungsschwerpunkt und wissenschaftliche Zielsetzung

Das Fellowship bot die seltene Möglichkeit, sich ohne klinische Ablenkungen vollständig einem spezialisierten Forschungsgebiet zu widmen. Mein primärer Fokus lag auf der postoperativen Leberregeneration nach Resektionen, einem Themenkomplex, der sowohl experimentelle als auch klinische Ansätze erfordert.

Ein zentrales Projekt widmete sich dem **Verständnis von Regenerationsmechanismen in präklinischen Modellen** mit dem Ziel, prädiktive Marker für postoperative Outcomes zu identifizieren. Die außergewöhnliche Datenbank der Mayo Clinic mit über 6 000 dokumentierten Leberteilresektionen der vergangenen Jahre bildet hierfür eine einzigartige Grundlage für evidenzbasierte Forschung.

Die Verfügbarkeit einer der größten Single-Center-Datenbanken ermöglichte es, wichtige klinische Fragestellungen in verschiedenen Feldern zu beantworten. Mein Fokus lag vor allem auf den Neuroendokrinen Tumoren und deren Lebermetastasen (NETLM). Ein bedeutendes Projekt fokussierte sich auf die systematische Analyse der Mortalitätsursachen nach chirurgischer Resektion von NETLM. Diese Untersuchung resultierte in der Publikation „Cause of death after cytoreductive hepatectomy for NETLM“ im *European Journal of Surgical Oncology (EJSO 2025)*. Darüber hinaus konnten neue prädiktive Faktoren für ungünstige Verläufe nach Hepatektomie bei NETLM identifiziert werden, die das Potenzial haben, sowohl die klinische

Praxis als auch das wissenschaftliche Verständnis dieser Entität zu erweitern und Patientengruppen besser zu differenzieren, bei denen eine Lebertransplantation möglicherweise der chirurgischen Resektion überlegen ist. Diese Erkenntnisse könnten zukünftig eine individuellere Therapieplanung ermöglichen und die Entscheidungsfindung im interdisziplinären Tumorboard fundiert unterstützen. **Weiters wurde eine umfangreiche, strukturierte Datenbank zu kolorektalen Lebermetastasen (CRLM) aufgebaut**, die als Plattform für zukünftige Projekte dienen soll – von Outcome-Analysen über Prognose-Scores bis hin zu Fragen der Therapieindividualisierung.

Gleichzeitig habe ich in der experimentellen Forschung gelernt, wie essenziell strukturiertes Arbeiten, Präzision und Durchhaltevermögen sind – aber auch, dass Scheitern Teil des Fortschritts ist. Forschung zwingt einen zum Umdenken, zum Neudenken und genau das macht sie so wertvoll. Man wird eingeladen, über den Tellerrand zu schauen, nicht nur im übertragenen Sinn, sondern tatsächlich durch interdisziplinären Austausch, kritische Diskussionen und inspirierende Mentorschaft.

#### Das Leben in Rochester – Ein Stück authentisches Amerika

Das Leben in Rochester ist weit mehr als nur der Rahmen für wissenschaftliches Arbeiten, es ist eine Erfahrung für sich. Abseits der großen Metropolen erlebt man hier das wahre Amerika in all seinen Facetten. Rochester mag auf den ersten Blick beschaulich wirken, doch wer hier lebt, lernt schnell die Besonderheiten dieser

Stadt und ihrer Menschen zu schätzen.

Die Natur Minnesotas spielt dabei eine zentrale Rolle: Die Sommer sind grün, warm und laden zu Ausflügen an Seen, Wanderungen oder sportlichen Aktivitäten ein. Die Winter hingegen sind klirrend kalt, mit Schneestürmen und Temperaturen deutlich unter dem Gefrierpunkt – doch mit den richtigen Kleidern werden auch sie zu einem Teil der kulturellen Erfahrung.

Was Rochester jedoch einzigartig macht, sind die Menschen. Die Kollegialität unter den ForscherInnen, die Offenheit der Einwohner und die gelebte Kultur der gegenseitigen Unterstützung schaffen eine besondere Atmosphäre. Es ist leicht, hier Freundschaften zu schließen, die weit über das Fellowship hinaus Bestand haben, beruflich wie persönlich.

Durch die Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen in verschiedenen Teilen des Landes hatte ich die Möglichkeit, nicht nur meine Forschung zu präsentieren und wertvolle Kontakte zu knüpfen, sondern mich auch fachlich und persönlich weiterzuentwickeln. Jeder dieser Kongresse war eine Einladung, neue Perspektiven kennenzulernen, sich selbst zu hinterfragen und den eigenen Horizont zu erweitern.

#### Mentorschaft und Teamgeist

Was meine Zeit in Rochester besonders gemacht hat, war nicht nur die exzellente Infrastruktur und der Zugang zu Ressourcen, sondern vor allem das engagierte, offene und inspirierende Team. In der HPB-Division sowie im translationalen



Abbildung 1: TELL-Forschungsteam (Translational and Experimental Liver Laboratory) I.n.r. Yawen Dong, Florian Lehner, Gregor Ortmayr, Benedikt Rumpf, Patrick Starlinger, Jonas Santol, Vanja Podrascanin, Laura Helmreich, Antonia Felzen, Markus Ammann.

Forschungslabor herrscht ein Geist von echter Zusammenarbeit. Ideen werden nicht bewertet, sondern weiterentwickelt. Feedback kommt konstruktiv, Kritik mit Respekt. Bei all der fachlichen Intensität kam auch das Persönliche nicht zu kurz. Ich hatte das große Glück, **mit jungen, motivierten KollegInnen aus der ganzen Welt zusammenzuarbeiten**, mit denen ich nicht nur Projekte geteilt, sondern auch Freundschaften geschlossen habe. Dieser

Austausch, fachlich wie menschlich, war für mich enorm bereichernd.

Mein Research Fellowship an der Mayo Clinic war weit mehr als nur ein Jahr wissenschaftlicher Arbeit. Es war ein Jahr des intensiven Lernens, der persönlichen Weiterentwicklung und des Perspektivenwechsels. Mein besonderer Dank gilt Prof. Patrick Starlinger, dessen Leidenschaft für Wissenschaft und chirurgische Exzellenz

mich das ganze Jahr über begleitet hat. Er ist Mentor, Diskussionspartner und Motivator in einem – und ich bin sehr dankbar für die Möglichkeit, unter seiner Anleitung und als Teil des TELL-Teams (Translational and Experimental Liver Laboratory) arbeiten zu dürfen. Außerdem gilt mein großer Dank der ÖGCH und dem Universitätsklinikum Wiener Neustadt die mir diesen Aufenthalt finanziell ermöglicht haben. □

## KORRESPONDENZADRESSE

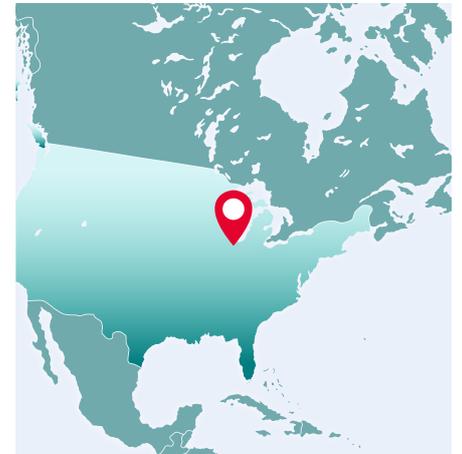


Dr.<sup>in</sup> med. univ. Vanja Podrascanin  
 Universitätsklinikum Wiener Neustadt  
 Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie  
 Corvinusring 3–5  
 2700 Wiener Neustadt  
 E-Mail: tellpodrascanin@gmail.com

## Vom OP zur Forschung: Research Fellowship at Mayo Clinic

Autorin: Y. Dong, Wien

Das Research Fellowship an der Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, ermöglichte mir im Rahmen des Forschungsstipendiums der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ein Jahr intensiver wissenschaftlicher Vertiefung an einem der weltweit führenden Zentren für medizinische Forschung. Die Kombination von klinischer Exzellenz, interdisziplinärer Zusammenarbeit und innovativer Wissenschaft bot außergewöhnliche fachliche wie persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und prägte meinen weiteren beruflichen Weg nachhaltig.



Die Statue der Mayo-Brüder (Dr. William James Mayo und Dr. Charles Horace Mayo) vor dem Mayo-Gebäude.

Unser zentrales wissenschaftliches Interesse gilt der Leberregeneration – sowohl in der klinischen als auch in der translationalen Forschung. Dabei befassen wir uns intensiv mit den biologischen und immunologischen Mechanismen, die die Regeneration nach ausgedehnten Leberresektionen beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen dabei Prozesse wie Inflammation, mikrovaskuläre Dysfunktion und frühes posthepatektisches Leberversagen (PHLF), deren Zusammenspiel wir durch integrative Analysen zu entschlüsseln versuchen. In einem translationalen Projekt zur humanen Leberregeneration mittels Single-Nucleus-Sequenzierung untersuchen wir zelluläre Interaktionen und Expressionsmuster in gesundem Lebergewebe, PHLF-Proben, Steatose und NASH. Erste Analysen zeigen deutliche Unterschiede in immunologischen, metabolischen und regenerativen Signalwegen. Aufbauend darauf führen wir aktuell vergleichende Analysen mit Single-Cell-Sequenzierungen durch und ergänzen die Humanstudien mit einem präklinischen NASH-Mausmodell, das eine 70%ige Leberresektion durchläuft – mit dem Ziel, die molekularen Mechanismen der Regeneration unter metabolisch pathologischen Bedingungen besser zu verstehen.

Darüber hinaus arbeite ich am Aufbau einer umfangreichen Cholangiokarzinom-Datenbank, die intrahepatische und perihiläre Karzinome umfasst und langfristig eine differenzierte Auswertung chirurgischer und systemischer Therapiestrategien ermöglichen soll. In diesem Zusammenhang wurde sowohl unsere retrospektive Studie zur neoadjuvanten Tripletherapie mit Gemcitabin, Cisplatin, Nab-Paclitaxel, als auch unsere retrospektive Analyse zur

Kombination von Gemcitabine, Cisplatin und Durvalumab bei borderline resektablem Cholangiokarzinom kürzlich in *Annals of Surgical Oncology* angenommen. Wir konnten zeigen, dass mit beiden Therapieansätzen bei einem relevanten Anteil der PatientInnen eine erfolgreiche sekundäre Resektabilität erzielt werden konnte. Diese vielversprechenden Ergebnisse erweitern das therapeutische Fenster für diese Hochrisikogruppe, bei der ursprünglich nur eine geringe Aussicht auf eine kurative Resektion bestand.

Ein besonderer Schwerpunkt unseres Forschungsteams liegt in der differenzierten Analyse der Lebertransplantationskohorte. Dabei untersuchen wir nicht nur klassische onkologische Endpunkte, sondern auch immunologische Aspekte, die mit Lebertransplantation im onkologischen Setting – insbesondere beim perihilären Cholangiokarzinom – verknüpft sind. Ziel ist es, das komplexe Zusammenspiel zwischen Immunsuppression, Tumorummologie und Rezidivrisiko besser zu verstehen. Unser retrospektives Projekt zur Transplantation versus Resektion bei de-novo perihilärem Cholangiokarzinom über einen Zeitraum von 30 Jahren an der Mayo Clinic liefert hierfür eine essentielle Datenbasis. Die daraus resultierenden Erkenntnisse zum Langzeitüberleben und zur Rolle vaskulärer Rekonstruktionen wurden kürzlich im renommierten Fachjournal *Hepatology* veröffentlicht.

Ein weiteres erfolgreich abgeschlossenes Projekt befasst sich mit dem präoperativen von-Willebrand-Faktor-Antigen (vWF-Ag) als prognostischem Marker für das Risiko einer posthepatektischen Leberinsuffizienz

(PHLF). Die Analyse basiert auf über 500 PatientInnen, die sich einer Leberresektion unterzogen, und untersucht vWF-Ag im Kontext etablierter Leberfunktionsparameter. Auch diese Arbeit wurde mittlerweile im Fachjournal *Liver Transplantation* publiziert und stellt einen wichtigen Beitrag zur verbesserten präoperativen Risikostratifizierung dar.

Aufgrund der überaus positiven Erfahrungen und der exzellenten Forschungsbedingungen habe ich mich entschlossen, meinen Aufenthalt an der Mayo Clinic um ein weiteres Jahr zu verlängern. Es ist mir eine besondere Ehre, dass ich für das zweite Jahr erneut mit dem Forschungsstipendium der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie unterstützt werde. Dieses Fellowship war und ist eine außergewöhnliche Erfahrung, die mein wissenschaftliches Denken und meine berufliche Orientierung nachhaltig geprägt hat. Die Möglichkeit, Teil eines hochspezialisierten, internationalen und kollaborativen Forschungsumfelds wie der Mayo Clinic zu sein, sehe ich als großes Privileg und als richtungsweisenden Schritt für meine zukünftige Karriere in der akademischen HPB-Chirurgie.

Mein besonderer Dank gilt meinem wissenschaftlichen Mentor Prof. Patrick Starlinger, dessen unermüdliche Unterstützung, fachliche Exzellenz und Begeisterung für die Wissenschaft nicht nur meine eigene Entwicklung maßgeblich geprägt haben, sondern auch unser gesamtes Team im Translational and Experimental Liver Laboratory (TELL) nachhaltig inspirieren. Der fachliche wie auch persönliche Austausch mit ihm war in diesem Jahr besonders bereichernd – seine ansteckende Leidenschaft für innovative Forschung motiviert uns täglich zu Höchstleistungen.

Ebenso danke ich der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie sowie der Kenneth Warren Foundation der IHPBA, die mir mit ihren Forschungsstipendien diesen außergewöhnlichen Aufenthalt erst ermöglichen haben. □



Eindrücke vom Mayo Clinic Campus und der Stadt Rochester, Minnesota.

## KORRESPONDENZADRESSE



**Dr.<sup>in</sup> med. univ. Yawen Dong**  
 Abteilung für Chirurgie  
 Klinik Favoriten  
 Wiener Gesundheitsverbund  
 Kundratstraße 3, 1100 Wien  
 E-Mail: yawen-dong@hotmail.com

Division of HPB Surgery,  
 Department of Surgery  
 Mayo Clinic Rochester  
 200 1<sup>st</sup> St SW  
 Rochester, MN 55905  
 United States



## Protokoll Vollversammlung

der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH  
und ihren assoziierten Fachgesellschaften

Donnerstag, 19.06.2025 - 12:30 – 14:30 Uhr

Paracelsus-Saal, Salzburg Congress  
Auerspergstraße 6, 5020 Salzburg

### Begrüßung und Eröffnung durch den Generalsekretär – A. Tuchmann

- 1) **K. Emmanuel** – es wird den Ärzt:innen gratuliert, die die Facharztprüfung bestanden haben. Dieser **Punkt 1)** gehört nicht der Vollversammlung an, wurde aber aus organisatorischen Gründen zu Beginn der Vollversammlung/12:30 Uhr angesetzt.

Die Vollversammlung der ÖGCH beginnt 15 Minuten später/12.15 Uhr, ein Zeitpunkt, zu dem die Vollversammlung statutengemäß beschlussfähig ist, ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitglieder

- 2) **Die Beschlussfähigkeit wird festgestellt.**

- 3) **Bericht des Präsidenten – T. Freude:**

### 66. Österreichischer Chirurgenkongress in Salzburg 2025

Der Österreichische Chirurgenkongress 2025 in Salzburg hat eine große Anzahl an Teilnehmern und Teilnehmerinnen zu verzeichnen. Schon vorab hatten sich über 500 Teilnehmer für den Kongress gemeldet und auch weitere kurzfristige Anmeldungen ermöglichten eine Teilnehmerzahl von 750 Teilnehmern über alle 3 Tage. Dabei wurden 3 Dinge besonders positiv von den Kolleginnen und Kollegen vermerkt. Die interdisziplinären gemischten Sitzungen, die hochkarätige Besetzung von Seiten der Referentinnen und Referenten und der gut zu erreichende und zentral gelegene Standort mit dem Kongresszentrum in Salzburg.

Besonders großes Interesse und auch große Teilnehmerzahl zeigte sich beim Hands on Kurs für notfallchirurgische Maßnahmen mit interdisziplinärer Betreuung durch Allgemeinchirurg:innen, Unfallchirurg:innen, Gefäßchirurg:innen, Thoraxchirurg:innen und Neurochirurg:innen. Dieses Kursformat stellt ein Novum dar, welches den zunehmenden Bedarf einer Notfallkompetenz im Bereich der Notaufnahmen

zur Versorgung von akuten Verletzungen adressierte. Die Terminierung des Notfallkurses als Präkurs zum eigentlichen Kongress wurde sehr positiv bewertet. Insgesamt besteht der Wunsch diesen Notfallkurs fortzusetzen und in Folge wieder anzubieten, jedoch, wenn möglich mit einer Ausdehnung der Kurszeit von 4 auf 6 Stunden mehr Ausbildungszeit zu ermöglichen.

Bezüglich der Unterstützung von Seiten der Industrie und die Evaluation der Zufriedenheit der teilnehmenden Industriepartner kann wie folgt berichtet werden:

Die möglichen Ausstellungsflächen und die Verortung der Aufstellungsflächen wurden von allen Industriepartnern sehr positiv aufgenommen da durch die Konzentrierung in den 1. Stock ein reger Parteienverkehr auch zwischen den Sitzungen gewährleistet war. Alle Industriepartner wurden befragt und waren mit dem Ergebnis auch am Ende des Kongresses sehr zufrieden und haben ihre Bereitschaft mit der Unterstützung für den nächsten Kongress bekräftigt.

Die Miteingliederung der Pflege als einen wichtigen Bestandteil des Chirurgenkongresses zeigte von Seiten der Referenten großes Interesse und durchaus positive Rückmeldungen. Retrospektiv sollte die Wahrnehmung des Chirurgenkongresses als Plattform des Austausches und der Kompetenzvermittlung in den Pflegebereichen mehr publik gemacht werden, um für den nächsten Kongress eine größere Teilnehmer- und Teilnehmerinnenzahl erwarten zu können. Von Seiten der Verantwortlichen der Pflege für die Inhalte des Kongresses wurden die Erwartungen erfüllt. Die Pflege möchte sehr gerne auch weiterhin als ein Teil des Österreichischen Chirurgenkongresses auftreten.

Die vom Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ausgelobten Preise für dieses Jahr konnten alle an exzellente Forscherinnen und Forscher vergeben werden und

haben einen sehr guten Anklang gefunden mit entsprechender Motivationsverstärkung der jungen Kolleginnen und Kollegen sich weiterhin für ihr Fach Chirurgie einzusetzen und zu engagieren. Dennoch wird in Zukunft eine kritische Beleuchtung aller Preise notwendig sein, um budgetär das Ziel nicht zu verfehlen. Herr Prof. Kamolz und Herr Prof. Tuchmann haben hierzu einen gesonderten Überblick gegeben und im Rahmen der nächsten Vorstandssitzungen werden neue Regulatorien auf den Weg gebracht werden.

Zusammenfassend durften wir einen wissenschaftlich exzellenten, sehr gut besuchten und harmonischen Chirurgenkongress 2025 erleben welcher nicht zuletzt durch das hervorragende Wetter und die sehr schöne Veranstaltung in bester Erinnerung bleiben wird.

Mein besonderer Dank bei der Organisation und bei der Durchführung des Kongresses ergeht an Herrn Prof. Albert Tuchmann als Sekretär der Gesellschaft, an Frau Eibisberger und Frau Kamolz ebenso wie an meine beiden Kongresssekretäre Frau Priv.-Doz. Emmanuel und Herrn Dr. Kriechbaumer.

Für mich persönlich war die Präsidentschaft und die Organisation des Chirurgenkongresses 2025 eine außerordentliche Ehre und ein unvergessliches Ereignis mit vielen schönen Gesprächen, interdisziplinärem Austausch und unvergesslichen Erinnerungen.

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

Der Mitgliederstand erhöht sich pro Jahr um ca. 0,5% (siehe untenstehende Tabelle).

Besonders erfreulich ist der hohe Stand Fördernder Mitglieder (Firmenmitgliedschaft) n=48. Auch die Student:innen-Mitgliedschaft wird offenbar erstmals richtig angenommen.

#### Wissenschaftliche Preise, Stipendien, Kurse in der Chirurgie:

Die Ausgaben für Hospitations- und Forschungsstipendien sowie für Kurse in der Chirurgie haben einen Höchststand erreicht. Dazu kommen wissenschaftliche Preise (wie jedes Jahr):

Billrothpreis, Wissenschaftspreis der ÖGCH, Waclawiczek-Preis, Young Surgeons Forum-Preis, Poster-Preis, Preis für die drei besten Videos (gemeinsam mit MedYouCate). – Im laufenden Jahr (2025) sind noch zwei weitere Preise dazugekommen: AcaRes-Preis für Forschungsprojekte junger Chirurg:innen, die anderwärtig nicht unterstützt werden können, sowie Preise für das beste Ausbildungskonzept in der Chirurgie. Damit ist es insgesamt zu einer Kostensteigerung gekommen: € 135.000,- für das erste halbe Jahr 2025 im Vergleich zu € 89.000,- (2023) und € 76.000,- (2024). Dessen ungeachtet hat sich das Präsidium der ÖGCH entschlossen alle bisher (Juni 2025) eingelangten Anträge positiv zu beurteilen.

Mit Juni 2025 wird allerdings ein „Zwischenstrich“ gezogen und erst Ende 2025 entschieden, welche Stipendien und Kurse 2025 noch unterstützt werden können. Die ÖGCH möchte nicht in die Situation der Republik Österreich kommen, in dem man nach mehreren Jahren zur Kenntnis gelangt, dass viel zu viel Geld ausgegeben wurde und dann drastisch eingespart werden muss.

Des Weiteren wird zum Ende des Jahres 2025 festgelegt, wieviel im kommenden Jahr (2026) an Preisen, Stipendien und Kursen ausgegeben werden soll.

#### Mitgliederstand

Mitglieder	aktuell	Ende 2024	Ende 2023	Ende 2022	Ende 2021	Ende 2020	Ende 2019	Ende 2018	Ende 2017	Ende 2016	Ende 2015	Ende 2014	Ende 2013	Ende 2012
ÖGCH	2350	2334	2313	2302	2347	2339	2292	2284	2254	2223	2230	2164	2154	2088
	0,69%	0,91%	0,48%	-1,92%	0,34%	2,05%	0,35%	1,33%	1,39%	-0,31%	3,05%	0,46%	3,16%	
Gesamtdatei	5992	5941	5899	5875	5808	5708	5658	5615	5572	5539	5533	5384	5264	5131
	0,86%	0,71%	0,41%	1,15%	1,75%	0,88%	0,77%	0,77%	0,60%	0,11%	2,77%	2,28%	2,59%	
Fördernde ÖGCH	48	48	48	47	46	40	34	32	24	25	25	23	15	7

Ordentlich		50
Fördernd		2
Student		8
<b>Neuaufnahmen seit Juni 2024:</b>		<b>60</b>



**Öffentlichkeitsarbeit:**

Die Stützen der ÖGCH-Öffentlichkeitsarbeit sind ein faktenorientierter und pointierter Newsletter (alle 3 Monate), eine ständig aktualisierte Homepage, die ÖGCH-Krawatten, Stecktücher und Schals, eine verstärkte Social Media Präsenz: Facebook seit 7 Jahren, LinkedIn seit 1 ½ Jahren, Instagram seit einem ½ Jahr; <https://u100373.ownworkspace.at/index.php/s/vrONaPmwlhKEmtI>

Die letzte Säule der ÖGCH-Öffentlichkeitsarbeit stellt eine Kurzvideo-Serie dar, „Über Chirurgie“: Dies ist nicht nur eine Imagekampagne für Chirurgie, sondern soll zeigen, was Chirurgie überhaupt ist und was Chirurgie in Österreich kann! – Zielpublikum sind interessierte Laien, von Operation-Betroffene, Zuweiser aus Allgemeinmedizin und Innerer Medizin, Politiker:innen, Journalist:innen u.v.a.m.

Die Kurzvideoserie ist einsehbar unter <https://vimeo.com/showcase/chirurgieinoesterreich>

Die Ärztwoche/Springer Nature-Verlag hat eine langfristige Zusammenarbeit mit ÖGCH angeboten; interessante Beiträge aus der Chirurgie und den assoziierten Fachgesellschaften können jederzeit zur Publikation angeboten werden.

Prof. Öfner hat ein elektronisches Lehrbuch der Chirurgie vollendet: Einsehbar im Mitgliederbereich [www.oegch.at](http://www.oegch.at)

Die Firma Con:concept, die den Österreichischen Chirurgenkongress seit 2022 erfolgreich organisiert und durchführt, wurde für 5 weitere Jahre (2026-2030) mit der Kongressorganisation beauftragt.

Bezüglich Kongress-Standorten: Salzburg wurde aus mehreren Gründen, unter anderem wirtschaftlichen, in den letzten Jahren als Kongressort gewählt.

Da jedoch einige Stimmen sich für „Diversität“ des Kongressortes aussprechen, wird für 2028 ein anderes Kongressziel als Salzburg angestrebt.

Für die Jahre 2026 (17.-19.06.2026) und 2027 (09.-11.06.2027) wurde Congress Salzburg bereits als Congress Venue vertraglich festgelegt.

**Regionales:**

Darunter verstehen wir die Zusammenarbeit mit Österreichischen Institutionen sowie den chirurgischen Gesellschaften des benachbarten Auslandes:

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie, Vereinigung der Chirurg:innen Bayerns, Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), DONKO (Dachorganisation onkologisch tätiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften in Österreich), um nur einige zu nennen.

Diesbezüglich besteht eine Plattform, die online 3x im Jahr tagt: „Executive Board ÖGCH und operative Fächer“, gemeinsam mit Gynäkologie und Urologie; HNO wäre erwünscht.

Diese Zusammenarbeit ist äußerst fruchtbar, da operative Fächer mit fast 10.000 Fachärzt:innen in Österreich ähnliche Interessen haben:

Wirkung nach außen (Öffentlichkeitsarbeit), Arbeitsumfeld und Arbeitszeitgesetz, Ausbildung in Operation, Endoskopie und konservativen Maßnahmen, u.v.a.m.

**International:**

Das sind in erster Linie American College of Surgeons [www.facs.org](http://www.facs.org) und nächster amerikanischer Chirurgenkongress in Chicago 04.-07. Oktober 2025, sowie International Society of Surgery (ISS/SIC) [www.iss-sic.com](http://www.iss-sic.com) Nächstes World Congress (Nachfolgekongress der International Surgical Week in Wien 2022) 19.-23.04.2026 in Mexico City, [www.isw2026.org](http://www.isw2026.org)

**5) Bericht des Kassenverwalters – L. Kamolz:**

Im Rahmen der Sitzung wurden die Einnahmen und Ausgaben des Zeitraums 01.01.2024-31.12.2024 präsentiert.

Die Einnahmen betragen im Jahr 2024 € 277.262,05, die Ausgaben betragen im Jahr 2024

€ 267.539,51. Daraus ergibt sich ein Gewinn von € 9.722,54.

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

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

**7) Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie – K. Emmanuel:**

Seit Jänner 2025 setzen sich die Mitglieder des Prüfungsausschusses für die Facharztprüfung der Allgemein- und Viszeralchirurgie neu wie folgt zusammen:

<b>Vorsitz</b> Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel Uniklinikum Salzburg LKH
<b>Mitglied</b> Ltd. OÄ <sup>in</sup> Priv.-Doz. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Charlotte Rabl Uniklinikum Salzburg LKH
<b>Mitglied</b> OÄ <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Ingrid Haunold BHS Wien

#### Stv. Mitglied

Prim. Univ.-Doz. Dr. Andreas Shamiyeh  
Kepler Universitätsklinikum Linz

#### Stv. Mitglied

a.o. Univ.-Prof. Dr. Enrico Cosentini  
MedUni Wien

#### Stv. Mitglied

OÄ<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Bettina Klugseder, MSc  
Kepler Universitätsklinikum Linz

#### Kooptiertes Mitglied

OA Priv.-Doz. Dr. Michael Weitzendorfer, PhD  
Uniklinikum Salzburg LKH

#### Kooptiertes Mitglied

Dr.<sup>in</sup> Iris Mühlbacher  
Uniklinikum Salzburg LKH

#### Kooptierte Mitglied

FA Dr. Michael Grechenig  
Uniklinikum Salzburg LKH

Zur Facharztprüfung im Oktober 2024 sind 59 KandidatenInnen erschienen, davon haben 54 bestanden (= 91,5 %) und 5 nicht bestanden (= 8,5 %).

Die Durchfallsquote und Geschlechterverteilung der letzten 10 Jahre stellt sich wie folgt dar:

#### Durchfallsquote und Geschlechterverteilung der letzten 10 Jahre:

2024: (M:26 – W:33)	Durchfallsquote: 8,47 % (5 Kand.)
2023: (M:44 – W:32)	Durchfallsquote: 2,63 % (2 Kand.)
2022: (M:26 – W:23)	Durchfallsquote: 16,33 % (8 Kand.)
2021: (M:42 – W:30)	Durchfallsquote: 8,33 % (6 Kand.)
2020: (M:36 – W:33)	Durchfallsquote: 7,25 % (5 Kand.)
2019: (M:36 – W:33)	Durchfallsquote: 5,80 % (4 Kand.)
2018: (M:38 – W:26)	Durchfallsquote: 1,56 % (1 Kand.)
2017: (M:31 – W:19)	Durchfallsquote: 0 % (0 Kand.)
2016: (M:32 – W:34)	Durchfallsquote: 1,52 % (1 Kand.)
2015: (M:43 – W:19)	Durchfallsquote: 16,13 % (10 Kand.)

Da aktuell der Zeitpunkt der Prüfung im Oktober in die Urlaubs- und Kongresszeit fällt und somit die Möglichkeit der Lernzeit sinkt, wurde über eine Verlegung der Prüfung auf das Frühjahr diskutiert. Der neue Termin 2026 ist jetzt der 16./17.04.2026.

Es wird eine neue Fragensammlung adaptiert auf Ausbildungsschwerpunkte geben sowie eine Aufwertung und Neugestaltung der mündlichen Prüfung (Verkürzen der „Wegsperrzeiten“,

Objektivierung erhöhen, Anpassung an etablierte Standards) mit 4x4 Stationen (4 x 10 Min. pro Prüfling = 40 Min.) und 12 unterschiedlichen Fallvignetten.

Durch das neue System können statt bisher max. 79 Prüflinge künftig 96 KandidatenInnen zugelassen werden.

#### 8) Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees – M. Lemmerer:

##### Ärzteausbildung & Ausbildungsstandards

Im November 2024 wurden neue Qualitätsleitlinien für die Ärzteausbildung eingeführt. Diese enthalten klare Standards für die Ausbildungsverantwortlichen sowie transparente Vorgaben für die Auszubildenden. Die Umsetzung erfolgt praxisorientiert und ist nach drei Empfehlungsgraden gegliedert: MUSS, SOLL und KANN.

Die aktuelle Ausbildungsevaluation der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) wurde heuer wiederum durchgeführt. In Bezug auf die Ärzteausbildungsordnung (ÄAO) befinden sich aktuell noch 11 Assistenzärzt:innen in der ÄAO 2006 in Österreich, deren Ausbildung bis spätestens 30. Juni 2030 abgeschlossen sein muss. Diese Frist ist nicht verlängerbar.

Die derzeit gültige ÄAO 2015 weist keine wesentlichen Änderungen im Bereich der Chirurgie auf; ein Start der Novellierung wird in etwa zwei bis drei Jahren zu erwarten sein. Die Überarbeitung der Ausbildungsinhalte hinsichtlich Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die Evaluation des Operationskatalogs sowie die Rolle der Lehrpraxis im Modul Endoskopie in der Ausbildung sind Gegenstand der Diskussion. Der bisherige Vorschlag, die Endoskopie in der Lehrpraxis in die Sonderfachschwerpunktausbildung (SFS) zu integrieren, wurde aus organisatorischen, arbeitsrechtlichen und finanziellen Gründen abgelehnt.

Die Integration von Kongressbesuchen und Fortbildungen der ÖGCH in die Facharztausbildung ist angestrebt.

##### Medizinstudium in Österreich

Im Jahr 2024 standen österreichweit 1900 Studienplätze für Human- und Zahnmedizin zur Verfügung, auf die sich insgesamt 15.158 Personen beworben haben, darunter 1295 für Zahnmedizin. Der Frauenanteil unter den Bewerber:innen lag bei 63,3 %, jener der Männer bei 36,7 %. Die Aufnahmeprüfung wurde von 58,8 % der Frauen und 41,2 % der Männer bestanden.

Die Verteilung der Plätze auf die medizinischen Universitäten ist wie folgt: Wien (772 Plätze), Innsbruck (420), Graz (388) und Linz (320).

##### Chirurgische Ausbildung – Daten (05/2025): 344 Auszubildende

Laut ÖÄK-Daten befinden sich derzeit 344 Assistenzärzt:innen in Ausbildung zum FA für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Österreich, davon 149 Männer (43,3 %) und 195 Frauen (56,7 %).



In der Sonderfachgrundausbildung (SFG) sind 164 Personen tätig, davon 64 Männer und 100 Frauen, mit einem Durchschnittsalter von 30,6 Jahren.

In der Sonderfachschwerpunktausbildung (SFS) befinden sich laut Stand 05/25 180 Personen (85 Männer, 95 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 33,6 Jahren.

Es gibt insgesamt 1468 Fachärzt:innen für Allgemein- und Viszeralchirurgie, davon 1014 Männer (69,1%) und 454 Frauen (30,1%). Rund 50% der männlichen und 35% der weiblichen Fachärzt:innen haben eine eigene Ordination. 984 Fachärzt:innen sind ausschließlich als Spitalsärzt:innen tätig.

Österreichweit bestehen laut Stand 05/2025 insgesamt 92 Primararztstellen / Abteilungen für Allgemeinchirurgie, davon sind 85 mit Männern und 7 mit Frauen (ca. 7,6%) besetzt. Im Vergleich zum Jahr 2024 ist die Zahl der Primariate leicht zurückgegangen (101 im Jahr 2024, davon 96 Männer und 5 Frauen (5%).

#### Frauen & Chirurgie

Die Medizin wird zunehmend weiblich. Ein interdisziplinäres Strategiepapier zu Schwangerschaft und Stillzeit wurde von der ÖGGGH unter Leitung von Frau Prof. Bettina Toth, Universitätsklinik für Gynäkologie - Innsbruck erarbeitet. Es entstand in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsministerium und dem Arbeitsinspektorat, und bezieht sich auch auf eine Liste mit Nennungen von Tätigkeiten (sog. „Positivpapier“), welche Schwangere im Rahmen der gynäkochirurgischen Arbeit durchführen können. Diese „Positivliste“ stellt eine „Kann-Bestimmung“ dar, die es schwangeren Frauen ermöglicht, gewisse operative Tätigkeiten im patientennahen Bereich sicher durchzuführen. Voraussetzung dafür ist beiderseitiges Einvernehmen (Arbeitgeber/Klinik) und der ausdrückliche Wunsch der betroffenen Frau.

Die Broschüre „Fächerübergreifender Konsens in der Chirurgie: Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“ wurde im Juli 2024 veröffentlicht. Sie soll als Grundlage für ein gemeinsames Positionspapier der ÖGCH mit der ÖGGGH dienen, die sich auf eine geplante Umfrage unter allen Chirurginnen Österreichs stützen wird.

Zusätzliche Kooperationspartner sind unter anderem „Ärztinnen Connect“ und „Chirurginnen Connect“ der Wiener Ärztekammer.

#### Zukunftsvision

Gemeinsam wollen wir die Ausbildung und die zukünftigen Herausforderungen in der Chirurgie sichern und verbessern, dazu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Bundesobmann der Fachgruppe Chirurgie, ÖÄK, dem BÖC und der ÖGCH sichergestellt.

#### 9) Bericht des Schriftleiters der „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“ (ES/ACA) – M. Weitzendorfer:

Der Schriftleiter dankt den Damen und Herrn des Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, dem Präsidenten der Gesellschaft, Univ.-Prof. Dr. Thomas Freude, dem Generalsekretär der Gesellschaft, Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann, dem Young Surgeons - Forum, dem Springer - Verlag und der Industrie.

Die neuen Entwicklungen des von Univ. - Prof. Dr. Klaus Emmanuel initiierten Faculty Boards gestalten sich positiv und werden auch vom Springer Verlag vollends unterstützt. Über das Faculty Board wurden neue European Surgery - Arbeiten und Themenhefte angeregt, eingereicht und veröffentlicht bzw. befinden sich im Prozess der Einreichung und Veröffentlichung. Der neue Impact Factor liegt nun bei 0.8 (2024), damit leicht steigend.

Aktuell gibt es aufgrund zahlreicher Einreichungen nun wieder 6 Ausgaben pro Jahr. Dies ist mit den Vorgaben des Springer Verlages abgestimmt. Ziel ist es den Impact Factor weiter zu steigern. Dafür ist die Pubmed-Listung des Journals unumgänglich. Dies wurde bereits mit dem Verlag besprochen und Maßnahmen in die Wege geleitet. Der Einreichungsprozess bzw. das Review sollte bis Ende 2026 abgeschlossen sein.

Es gilt weiterhin Publikationen in European Surgery anzuregen. Ebenso gilt es Kolleginnen und Kollegen zu finden, welche als zusätzliche Reviewer das Journal bereichern können.

Insgesamt gestaltet sich die Entwicklung sehr positiv und wird auch voraussichtlich in Zukunft weitere Früchte tragen.

#### 10) Bericht Qualitätssicherung – S. Roka:

##### Bericht UEMS Sektion Chirurgie:

- Die beiden nationalen Delegierten für Österreich in der Sektion Chirurgie sind Martina Lemmerer und Sebastian Roka. Sebastian Roka wurde erneut als Sekretär der Sektion Chirurgie wiedergewählt.
- Im vergangenen Jahr konnten 445 Kandidatinnen und Kandidaten die „European Board of Surgery Qualification“ erfolgreich absolvieren und dürfen nun den Titel FEBS („Fellow of the European Board of Surgeons“ anführen. Neben der Allgemeinchirurgie gibt es 13 weitere Examen in verschiedenen spezialisierten Teilbereichen der Chirurgie.
- Ein Dialog zwischen der Sektion Chirurgie der UEMS und der Facharztausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer wurde im letzten Jahr begonnen. Als erster Schritt werden Vertreter der Ausbildungskommission an der EBSQ „General Surgery“ im September 2025 als Beobachter teilnehmen.

- Neu gegründet wurde in diesem Jahr gemeinsam mit IFSOS eine Arbeitsgruppe zur bariatrischen Chirurgie und eine erste EBSQ mit acht erfolgreichen KandidatInnen durchgeführt.
- Ein Netzwerk für „Fellows“ der Sektion Chirurgie ist im Aufbau. Das „kick-off“ Meeting dazu findet am 10. September 2025 in Dublin statt.
- Erstmals wird die UEMS als Dachorganisation einen Kongress veranstalten. Dieser wird von 27. – 30. Mai 2026 in Leeuven, Belgien stattfinden.

#### 11) Wahlen zum Vorstand:

Neu in den Vorstand wurde gewählt:

- Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Philipp **STIEGLER**, MedUni Graz/ Chirurgie als Vertreter des Mittelbaus universitär, sowie
- Firma **Intuitive**

#### 12) Gedenken an die verstorbenen Mitglieder:

Gedenkminute für die im vergangenen Jahr verstorbenen ÖGCH-Mitglieder.

#### 13) Aufnahme neuer Mitglieder:

60 neue Mitglieder standen zur Aufnahme in die ÖGCH an:

50 neue ordentliche ÖGCH-Mitglieder

2 Fördernde Mitglieder und

8 Student:innen-Mitglieder

Die Namen der Antragsteller:innen für eine ÖGCH-Mitgliedschaft wurden gezeigt und ihre Aufnahme **einstimmig** beschlossen.

#### 14) Vorschau auf den 67. Österreichischen Chirurgenkongress 2026 – S. Roka:

„*Wo sind die Grenzen?*“

Salzburg, 17.-19. Juni 2026

Wir leben in einer Zeit, in der der medizinische Fortschritt unaufhaltsam scheint. Ideen wie „robotische“ Operationen, „narbenlose“ Chirurgie oder „personalisierte onkologische Therapie“ schienen vor drei Jahrzehnten utopisch und doch stellen sie heute vielerorts bereits den Standard der Medizin dar. Daneben werden die gesellschaftlichen Zusammenhänge immer komplexer und ökonomische, ethische, politische und nicht zuletzt ökologische Aspekte bestimmen zunehmend die Rahmenbedingungen. Unter diesen Voraussetzungen wollen wir am 67. Österreichischen Chirurgenkongress ausloten, wo

die Grenzen der Chirurgie jetzt und in Zukunft liegen. Der Kongress stellt den Anspruch, keine reine Leistungsschau neuer Operationstechniken zu werden, sondern eine kritische Bestandsaufnahme und ein mutiger Blick in die Zukunft. Was ist denkbar, was ist machbar? Wie werden Entwicklungen das Fach Chirurgie und das Berufsbild der ChirurgInnen verändern?

Ich freue mich Sie nächstes Jahr in Salzburg begrüßen zu dürfen. Merken Sie sich den Termin des 67. Österreichischen Chirurgenkongresses schon jetzt vor.

Ihr,  
Sebastian Roka

#### 15) Allfälliges:

Keine weitere Wortmeldung.

---

Die Vollversammlung wird um 14:20 Uhr geschlossen.

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

Univ.-Prof. Dr. T. Freude  
Präsident ÖGCH



## ÖGCH und Berufsverband Österreichischer Chirurgen & assoziierte Fachgesellschaften/ Arbeitsgemeinschaften der ÖGCH

18. bis 19. Juni 2026

### 67. Österreichischer Chirurgenkongress

Ort: Salzburg, Salzburg Congress  
Kongresspräsident:  
Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka  
Tel: +43 676 603 99 28  
E-Mail: b.kamolz@conconcept.at  
Info: www.chirurgiekongress.at

13. bis 14. November 2025

### 24. Österreichischer Chirurgentag

15. November 2025

### 14. Forum Niedergelassener Chirurgen

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

## Sonstige Veranstaltungen

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

10. bis 12. September 2025

### ESCP 20th Scientific and Annual Conference

Ort: Palais des Congrès de Paris  
Info: <https://www.escp.eu.com/conference-and-events/tripartite-colorectal-meeting-2025>

11. bis 13. September 2025

### Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Senologie (ÖGS)

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

18. und 19. September 2025

3-LÄNDER-TAGUNG Minimal Invasive Chirurgie im Rahmen von Chirurgie Linz 2025

Ort: OÖNachrichten Forum  
Info: [www.ordensklinikum.at/chirurgie2025](http://www.ordensklinikum.at/chirurgie2025)

25. bis 27. September 2025

### 28. Chirurgische Forschungstage Bonn

Ort: Bonn Surgical Technology Center (BOSTER)  
Info: <https://boster-bonn.com/cft25/>

01. bis 03. Oktober 2025

### Austrian Trauma Days 2025

Ort: Salzburg  
Info: <https://www.unfallchirurgen.at/veranstaltungen/austrian-trauma-days-oegu-herbstkongress-2025/>

03. Oktober 2025

### 13. Niederösterreichischer Onkologietag

Ort: Gebäude U der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Krems  
Info: <https://registration.azmedinfo.co.at/onkotagnoe2025>

07. bis 08. Oktober 2025

### Hämostaseologiekurs 2025

Ort: Apothekertrakt Schloß Schönbrunn, Wien  
Info: <https://registration.azmedinfo.co.at/haemostaseologiekurs2025>

17. Oktober 2025

### Focus Hepatogastroenterologie 2025

Ort: Schloss Schönbrunn Tagungszentrum  
Info: [www.focushepatogastroenterologie.at](http://www.focushepatogastroenterologie.at)

24. bis 25. Oktober 2025

### 2. Notfallmedizin Kongress Linz

Ort: Seminarhaus des Bischöflichen Priesterseminars, Linz  
Info: [www.ordensklinikum.at/notfallmedizin2025](http://www.ordensklinikum.at/notfallmedizin2025)

13. bis 15. November 2025

### Update Gastroenterologie-Stoffwechsel 2025

Ort: Congress Innsbruck  
Info: [www.updategastro-stoffwechsel.at](http://www.updategastro-stoffwechsel.at)

29.11. bis 03.12.2025

### European Colorectal Congress 2025

Ort: St. Gallen

5. bis 6. Dezember 2025

### 5. Österreichisches Symposium über Dialysezugänge und Zentralvenöse Katheter: Risiken, Lösungen, Innovationen

Ort: DoubleTree by Hilton Vienna Schonbrunn & Anatomisches Institut, Medizinische Universität Wien  
Info: <https://dialysezugang.at/>

Samstag, 15. November 2025

## 14. Forum Niedergelassener Chirurgen

Congress Casino Baden

  
Save the date

Was man nicht übersehen darf!

Was man nicht gleich erkennen kann, aber man sollte dran denken ...

08.30 – 09.00 ... in der Endoskopie

*Dr. Michael Häfner*

09.00 – 09.30 Diskussion

09.30 – 10.00 ... falls man ein EKG schreibt  
(kurzgefasste Auffrischung).

*Dr. Markus Seidl-Konzett*

10.00 – 10.30 Diskussion

10.30 – 11.00 Kaffeepause

11.00 – 11.30 Juristische Konsequenz einer Fehldiagnose  
bzw. eines Nichterkennens inkl. Fallbeispielen

*Dr. Martina Haag*

11.30 – 12.00 Diskussion

12.00 – 12.30 Wieviel KI/Al braucht man in Zukunft wirklich  
als Chirurg/innen in der Niederlassung.  
Eine kritische Betrachtung!

*Dr. Anton Weiser*

12.30 – 13.00 Diskussion

13.00 – 13.30 Betriebswirtschaftliche Optimierung von  
Ordinationen

*Dr. Michael Robl*

13.30 – 14.00 Diskussion

14.00 – 14.30 Mittagessen | Brötchenbuffet

in Kooperation mit:



Österreichische Gesellschaft für  
Chirurgie (ÖGCH)

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

### REDAKTIONSTEAM

Dr. Maria Bubenova  
Salzkammergut Klinikum, Vöcklabruck

Priv. Doz. Dr. Georg Györi  
Medizinische Universität Wien

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

Dr. Joy Feka  
Medizinische Universität Wien

OA Priv.-Doz. Dr. Christian Hollnisky  
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

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

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

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

### BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT

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



### GRAFIK

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



### DRUCK

DMW Druck & Medienwerk GmbH  
1120 Wien | Wagenseilgasse 5  
Tel.: +43 1 269 16 17  
Email: office12@dmwdruck.at  
Web: [www.dmwdruck.at](http://www.dmwdruck.at)



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

Bildnachweise:  
Titel: © reing - stock.adobe.com

Das Bildmaterial zu den Fachartikeln (sofern  
nicht anders angegeben) wurde von den  
Autor\*innen zur Verfügung gestellt.



Produziert nach den Richtlinien des  
Österreichischen Umweltzeichens.  
DMW Druck & Medienwerk GmbH,  
UWZ-Nr. 845, [www.dmwdruck.at](http://www.dmwdruck.at)

## Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

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

### Geschäftsführendes Präsidium

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

## Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

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

### Vorstand 2024/25

Präsident	T. Freude, Salzburg	t.freude@salk.at
Past President	S. Kriwanek, Wien	stephan.kriwanek@gesundheit-burgenland.at
President Elect	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Generalsekretär	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
Kongresssekretäre	L. Kriechbaumer, Salzburg Katja Emmanuel, Salzburg	l.kriechbaumer@salk.at ka.emmanuel@salk.at
1. Kassenverwalter	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
2. Kassenverwalter	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Vorsitz Aktionskomitee	M. Lemmerer, Villach	martina.lemmerer@privatklinik-villach.at
Vorsitz Fortbildungsakademie	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Schriftleiter „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“	M. Weitzendorfer, Salzburg	m.weitzendorfer@salk.at
Vertreter Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Bundesfachgruppenobmann Chirurgie der Österr. Ärztekammer	H. Draxl, Telfs	draxl@magen-darm-brust.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Wien	O. Strobel, Wien	oliver.strobel@meduniwien.ac.at
Vertreter Professorenkurie der chirurgischen Universitätskliniken des Departments für Operative Medizin, Med. Universität Innsbruck	S. Schneeberger, Innsbruck	stefan.schneeberger@i-med.ac.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Graz	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Vertreter der chirurgischen Abteilungsleiter von Zentralkrankenhäusern für Maximalversorgung sowie weiterer (Privat)Universitäten	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Vertreter der Johannes Kepler Universität Linz	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern	R. Mittermair, Klagenfurt	reinhard.mittermair@kabeg.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Standardkrankenhäusern für Grundversorgung	M. Zitt, Dornbirn	matthias.zitt@dornbirn.at
Vertreter des Mittelbaus des Fachbereiches Chirurgie der österreichischen Universitätskliniken	P. Stiegler, Graz	philipp.stiegler@medunigraz.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 2024/25</b>		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE)	L. Hargitai, Wien	lindsay.hargitai@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	O. Strobel, Wien	oliver.strobel@meduniwien.ac.at
Ges. für Implantologie und gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP)	C. Schaudy, Wien	christian@schaudy.com
I.S.D.S. (Int. Society for Digestive Surgery)/österreich. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	C. Rabl, Salzburg	c.rabl@salk.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	A. Meszaros, Innsbruck	andras.meszaros@i-med.ac.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Österr. Ges. f. Coloproctologie (ACP)	K. Sorko-Enzfelder, Wien	ordination@dieproktologin.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	J. Klocker, Innsbruck	josef.klocker@i-med.ac.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖHG)	W. Girsch, Graz	werner.girsch@klinikum.kages.at
Österr. Ges. f. Hernienchirurgie (ÖHG)	G. Köhler, Rohrbach-Berg	gernot.koehler@ooeg.at
Österr. Ges. f. Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	M. Biebl, Linz	matthias.biebl@ordensklinikum.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)	K. Rössler, Wien	karl.roessler@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	V. Auersperg, Steyr	vinzenz.auersperg@ooeg.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	S. Aldrian, Wien	silke.aldrian@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	R. Koller, Wien	rupert.koller@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	E. Heinrich, Salzburg	elmar.heinrich@bbsalz.at
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	F. Tomaselli, Linz	florian.tomaselli@kepleruniklinikum.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	A. Zierer, Linz	andreas.zierer@kepleruniklinikum.at
Österr. Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU)	K. Sarahrudi, Wien	kambiz.sarahrudi@wienerneustadt.lknoe.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	W. Senker, Linz	wolfgang.senker@kepleruniklinikum.at
EFS, European Foregut Society – EFS	S. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.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)	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at

<b>Kooptierte Vorstandsmitglieder</b>		
UEMS	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.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
Intuitive Surgical Deutschland GmbH	M. Klepits, Freiburg	Martin.klepits@intusurg.com

