P.b.b. Zulassungsnummer: 05Z036134M, Verlagspostamt: 1090 Wien

Chirurgie

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

PET/CT bei neoadjuvanten Therapiekonzepten

Robotische Operationen in der Kinderchirurgie

Akute Divertikulitis

4|2024

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, Mitglieder von Berufsverband (BÖC) und Österreichischer Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH), Freunde der Chirurgie in Österreich,

Wenn man jedes Jahr als „letzter" – gemessen an vier Ausgaben des Journals „Chirurgie" – das EDITORIAL schreibt, läuft man Gefahr dem Grundsatz nachzukommen: „Es ist alles gesagt worden, nur nicht von jedem".
So auch dieses Jahr.

Gerade in der Woche des ganz ausgezeichneten 23. Österreichischen Chirurgentages ereignete sich Außergewöhnliches:

- Die Wahlen in USA/Dienstag,
- Das Platzen der Regierungskoalition in Deutschland/Mittwoch
- Der Versuch, in Österreich eine Regierung zu ermitteln, … und dann noch
- Der Österreichische Chirurgentag in Baden/Donnerstag.

Letzterer bewies wiederum seinen Stellenwert als jährlich wiederkehrende führende chirurgische Fortbildungsveranstaltung in Österreich! Sowohl Themenauswahl als auch Aktualität der Vorträge konnten die höchsten Ansprüche erfüllen.

Es ist nicht vermessen, das Jahr 2025 gleich als **Jahr der chirurgischen Fortbildung** anzukündigen, da von ÖGCH, BÖC und zahlreichen regionalen Betreibern chirurgische Fortbildungsveranstaltungen auf höchstem Niveau angeboten werden: Im nächsten **ÖGCH-Newsletter** werden wir darüber einen Überblick geben.

In Zusammenhang mit Fortbildung: Die Vorbereitungen auf den **Österreichischen Chirurgiekongress 2025 in Salzburg**, **www.chirurgiekongress.at**, von 18.–20. Juni, laufen auf Hochtouren. Bewährte Formate (Champions League, Davos Light, ÖGCH goes International, Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurg*innen, ACO-ASSO, AMIC, sämtliche assoziierte Fachgesellschaften, u.v.a.m.) werden weitergeführt; Digitalisierung und Robotik werden eine neue ganz wichtige Rolle spielen; die „Chronische Wunde interdisziplinär und interprofessionell", ein Pflegesymposium sowie der besondere Umstand, dass der Kongresspräsident Prof. Dr. Thomas Freude, Orthopäde und Traumatologie ist, runden das reichhaltige Kongressprogramm ab. Die Chirurgische Jugend (YSA, YSF) wollen wir besonders hervorheben und fördern. – **Kommen Sie alle nach Salzburg**!! – Betrachten Sie Ihre Präsenz nicht nur als Gewohnheit und Ausdruck von Solidarität, sondern als einzige Möglichkeit sich persönlich auszutauschen, **neue** Kolleg*innen, deren chirurgische Inhalte sowie **neue** Produkte der Medizintechnik kennen zu lernen, und damit an der Chirurgie immer **neuen** Gefallen zu finden.

Blickt man auf 2024 zurück und auf 2025 voraus, so möge die **ÖGCH-Imagekampagne** für Chirurgie in Österreich hervorgehoben werden: in professionell hergestellten **Kurzvideos** wird dargestellt, was Chirurgie in Österreich ist und was Chirurgie in Österreich kann. Wir wollen damit interessierte Laien, potentielle Patient*innen, Zuweiser, Politiker, Medien u.a. gleichermaßen ansprechen. – Schauen Sie sich das an, klicken Sie: **https://vimeo.com/channels/chirurgieinoesterreich**

Die **internationalen** Kontakte (Deutschland, Bayern, Schweiz, American College of Surgeons, International Society of Surgery, u.a.m.) wurden auch im zu Ende gehenden Jahr reichlich gepflegt.

Woran wir arbeiten sollen, v.a. aber Politiker*innen, Gesundheitsverantwortliche, Medien, … ist den **Zugang** unserer **Patient*innen** zu einer **chirurg**ischen Diagnostik und Behandlung zu verbessern. Den Pflegemangel können wir nicht ändern, dafür sind andere zuständig, die allzu gern die Verantwortung auf Ärzt*innen/Chirurg*innen abwälzen. Dagegen mögen wir auch 2025 ankämpfen! – Vielleicht finden dann die „Zuständigen" eine Lösung. Bis dahin sollten wir Chirurg*innen sachlich und vor allem freundlich mit dem Problem umgehen. Die oft gestellte Forderung, die Politik möge auf die „Menschen" zugehen, sollen wir in unseren Bereichen entsprechend anwenden: Die **Medizin** (Ärzt*innen, Pflege, Administration) **möge auf den/die Patient/in** zugehen und nicht: die Patient*innen müssen sich medizinische Versorgung „erkämpfen" oder dafür bezahlen.

Bleibt mir, Ihnen für die letzten Wochen des Jahres 2024 unbeugsamen Arbeitswillen, Optimismus und gute Laune zu wünschen, … gefolgt von einem erfolgreichen, administrativ-reduzierten, glücklichen 2025!

Vor allem, bleiben Sie gesund!!

Ihr

Albert Tuchmann

KORRESPONDENZADRESSE

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

Inhalt

2 Editorial

4 FDG-PET/CT beim neoadjuvanten Therapiekonzept vor onkologischer Chirurgie?
Autoren: A. Staudenherz, T. Leitha, Wien

7 Die Implementierung der Roboterchirurgie in den pädiatrisch-chirurgischen Alltag
AutorInnen: K. Canigiani, E. Pointner, T. Benkoe, Wien

10 Deeskalation in der chirurgischen Behandlung des Mammakarzinoms
Autorin: R. Exner, Wien

12 Kann die Liquid Biopsy die Histologie beim Pankreaskarzinom zur weiteren Therapie ersetzen?
Autor: P. Kirchweger, Linz

14 Akute Divertikulitis – Management kompakt
AutorInnen: S. Raab, Linz; A. Shamiyeh, Linz

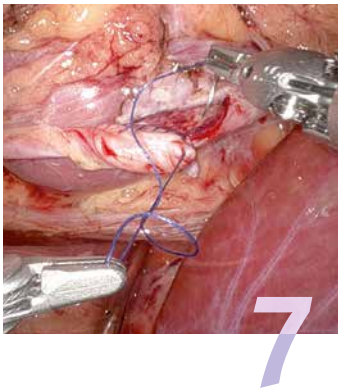
16 Themen der Zeit: Wie bewahren wir chirurgische Expertise?
Autor: P. Götzinger, St. Pölten

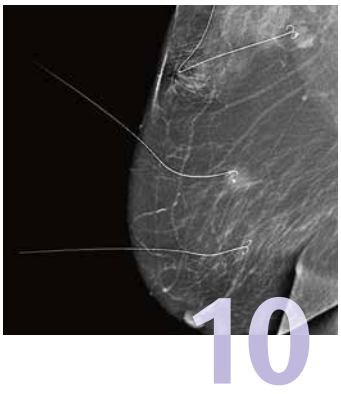
19 Laparoskopische Gallengangsexploration – Indikation, Technik, Instrumentarium
Autoren: C. Mittermair, H. Weiss, Salzburg

21 Chirurgie Talks 2: Wie wichtig sind chirurgische Organisationen und kollegiale Zusammenarbeit?
Autorin: M. Bubenova, Waidhofen an der Ybbs

24 Europäische Facharztprüfung in „General Surgery“ Gent-Belgien 2024
Autor: H. Schmölzer, Graz

25 Im Portrait: Der chirurgische Fragebogen:
Dr. Viktor Frieders-Justin
OÄ Dr. Caroline Kienbacher





ÖGCH

28 Hospitationsbericht: ISAPS Fellowship Kapstadt
Autorin: H. Luze, Graz

32 Hospitationsbericht: Observership Tygerberg Hospital Cape Town
Autorin: J. A. Frunză; Wien

33 Fellowship Bericht: Orthopaedic Trauma Fellowship “Pelvis & Acetabulum fractures“
Autorin: A. Antoni, Wien

35 Observership: im Garrahan Hospital Buenos Aires
Autoren: B. Mittl, V. Wolfschluckner, Graz

37 ÖGCH Preise

Service

26 Kursprogramm der BÖC-Akademie

27 BÖC Webinare

27 Terminkalender

36 Impressum

40 23. Österreichischer Chirurgentag und 13. Forum Niedergelassener Chirurgen des BÖC
Autor: S. Roka, Wien

42 Ihre Ansprechpartner

FDG-PET/CT beim neoadjuvanten Therapiekonzept vor onkologischer Chirurgie?

Autoren: A. Staudenherz, T. Leitha, Wien

Ziel der onkologischen Chirurgie solider Tumore ist die Entfernung der gesamten malignen Tumorlast und damit ein primär kurativer Ansatz. Die neoadjuvante Therapie (NT) mittels Strahlen-, Chemo- und / oder Immun-Therapie ermöglicht mitunter die Resektabilität und erfasst auch unentdeckte Metastasen. Die Evidenz für diesen Ansatz muss jedoch für jedes Malignom, oft auch für jede seiner Subtypen, gesondert erbracht werden u.a. um eine die Lebensqualität einschränkende Übertherapie zu vermeiden.

Einleitung

Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) stellen primär den morphologischen Therapieeffekt dar. Die additive Beurteilung des metabolischen Effekts mittels FDG-PET/CT kann überlegen sein, da funktionelle Veränderungen den morphologischen vorausgehen und die Volumetrie methodische und pathophysiologische Grenzen (z.B. fehlende Größenreduktion durch therapieinduzierte Fibrose) hat.

Eine sichere Beurteilung in der PET setzt aber ein initial hohes metabolisches Signal voraus. Liegt dieses nur knapp über dem Gewebshintergrund ist rein mathematisch ein Therapie induzierter Abfall nicht sicher quantifizierbar!

„Spezifische Sonder-Tracer“ (wie z.B. Somatostatin-Analoga bei hoch differenzierten neuroendokrinen Tumoren (G1 u. G2), Radiojod beim differenzierten Schilddrüsenkarzinom, PSMA (Prostata-spezifische Membranantigen) beim Prostatakarzinom, usw.) sind in Einzelfällen besser für das Therapiemonitoring geeignet als FDG.

Das Therapieansprechen stellt einen kontinuierlichen Prozess dar, somit ist die Wahl des richtigen Zeitpunkts der Bildgebung essenziell und von der Tumorentität und der durchgeführten Therapie abhängig. Generell werden mindestens 3, besser 6–8 Wochen nach Abschluss der Chemo- und 8–12 Wochen nach der Strahlentherapie empfohlen, in manchen Fällen auch ein Zwischenstaging nach dem 2. Zyklus (1).

Die metabolische und morphologische Pseudoprogression unter Immuntherapie erschwert für alle Formen der Bildgebung die Erfolgsbeurteilung der NT in einer einzigen Untersuchung. Sollen nur Interimsmetastasen zwischen NT und Operation (wie öfter beim Ösophaguskarzinom beobachtet) ausgeschlossen werden genügt oft einen einzige PET. Ein unterschiedliches Ansprechen verschiedener vorbekannter Manifestationen (heterogener (dissoziierter) Response) bedarf einer individuellen Adaption des therapeutischen Vorgehens.

Werden FDG-PET/CT verschiedener Zentren zur Entscheidung herangezogen, muss einerseits eine Kreuzkalibration beider Geräte und idente semiquantitative metabolische Parameter (z.B. Standardisierte Tracer Aufnahme Wert (SUV), Veränderung zur Basisuntersuchung vor NT, das metabolische Tumorvolumen usw.) sichergestellt sein.

Rolle der PET/CT bei ausgewählten Tumorentitäten

Brustkrebs

ESMO (2) empfiehlt in allen Fällen, in denen eine Chemotherapie indiziert ist, diese als NT anzuwenden. Eine rezente Metaanalyse (3) attestiert der FDG-PET/CT während und nach NT in Stage II-III eine signifikante Vorhersage für Rezidive und Survival. Inkludiert waren überwiegend HER2+ und triple-negative Subtypen, die typischerweise einen hohen FDG Uptake zeigen. Dies gilt auch für interim PET/CTs nach 1–2 Zyklen. Die Ergebnisse waren auch signifikant in ER+/HER2- Tumoren, bei denen das Therapiemonitoring durch die MR eingeschränkt ist.

Speiseröhrenkrebs

ESMO (4) sieht bei Stadien I/II keinen Überlebensvorteil durch NT. Die Rolle der FDG-PET/CT beim Ösophaguskarzinom liegt in der Identifikation von Fernmetastasen, Zweittumoren und dem Re-Staging.

Eine Studie berichtet über 10% der Patienten mit Fernmetastasen nach NT, so dass ein kurativer Eingriff nicht möglich war. Die FDG-PET/CT korreliert auch nicht mit dem histologischen Tumoransprechen (TRG 3–4) (5). Das Ansprechverhalten (›35 % SUV-Abfall, bzw. SULpeak) in einer frühen FDG-PET/CT ist für die Adaptierung der weiteren Therapie aber hilfreich (6).

Pankreaskrebs

ESMO (7) empfiehlt keine NT bei resektablen Tumoren und sieht im Staging mittels PET/CT keinen Vorteil zur CT. Ergibt das initiale Staging eine eingeschränkte Resektabilität und einen hohen FDG Uptake in der FDG-PET/CT, prognostiziert der Abfall des FDG Uptake nach NT das Rezidiv freie Intervall und Überleben besser als RECIST Kriterien (8). Ein systematischer Review (9) gab aber keine generelle Empfehlung für den Einsatz außerhalb von klinischen Studien.

Nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSLC)

ESMO (10) sieht keinen Vorteil der NT vor einer adjuvanten Therapie und empfiehlt präoperativ die invasive Abklärung PET+ mediastinaler Lymphknoten! In einer Meta-Analyse war die FDG-PET/CT im Therapiemonitoring der CT-Analyse überlegen (11). Die Heterogenität der vorliegenden Studien ist groß und auf relativ kleine Kohorten beschränkt, die Mehrheit zeigt aber, dass „Responder“ im PET eine bessere Prognose und längeres rezidivfreies Intervall, nicht jedoch immer ein längeres Survival hatten.

Nimmt der SUVmax. um ›80 % unter NT ab, zeigt das NSLC – unabhängig vom Zelltyp – ein komplettes Ansprechen (12).

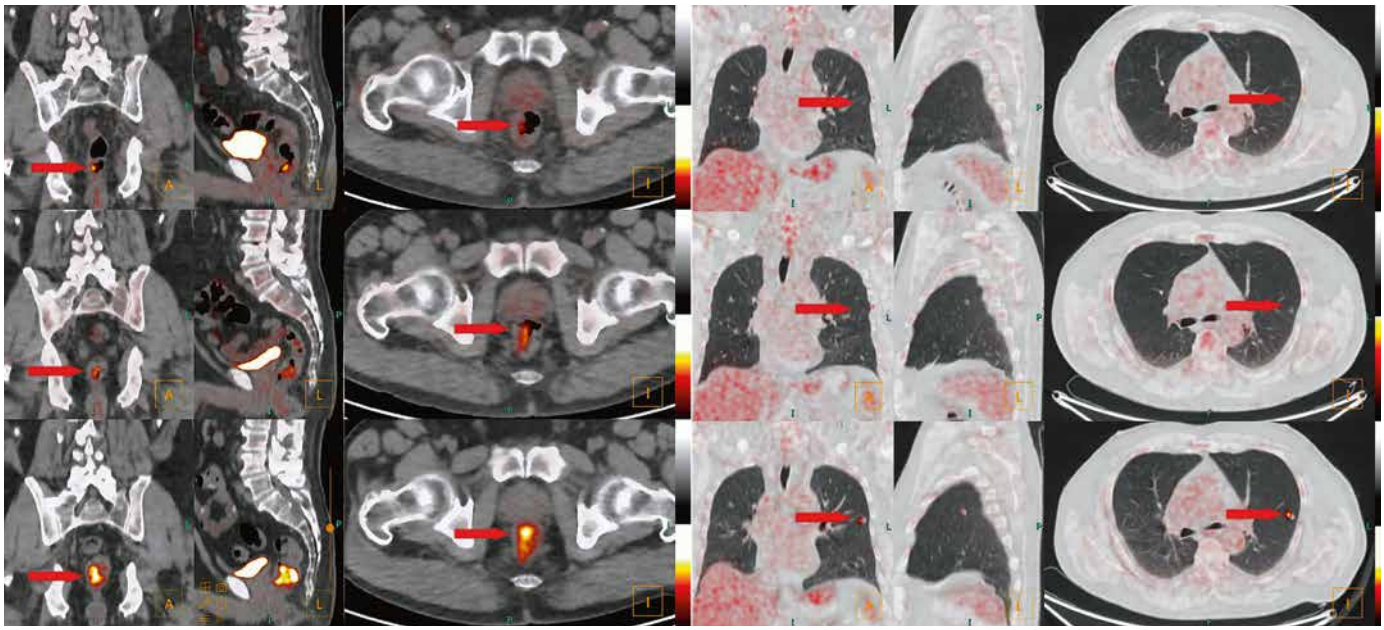


Abb. 1: Adenokarzinom des Rectum (cT3) und singuläre Lungenmetastase, die beide auf die NT ansprechen.
FDG-PET/CT Ausgangsbefund untere Reihe (10/2023), Zwischenstaging (01/2024) mittlere Reihe und 3 Monate nach Abschluss der Radio-Chemotherapie (07/2024) obere Reihe.

Immuntherapeutika induzieren eine lokale Immunreaktion, die sowohl zu einer Größenzunahme als auch zu einer Zunahme des FDG Uptake führt, wobei dies keineswegs parallel gehen muss. Insbesondere Parameter, wie das metabolische Tumorvolumen und Glukoseumsatz der gesamten Tumorläsion in konsekutiven FDG-PET/CTs erlauben auch unter Immun-Checkpoint-Inhibitoren (13) eine Beurteilung des Ansprechens auf NT und identifizieren überdies potenziell gefährliche immune-related Adverse Effects (irAE) wie Immun-Pneumonitis, Sarcoid-Like Reactions, -Colitis und Hypophysitis.

Colon-, Rektumkrebs

Generell hat die FDG-PET/CT im initialen Staging nur für unklare Befunde der anderen Bildgebung (Leber) eine Bedeutung (14).

Erste Ergebnisse empfahlen ein Therapiemonitoring frühestens 5 Wochen nach NT, neuere Arbeiten identifizierten Responders schon 12 Tage nach Beginn der NT (15). In den aktuellen NCCN Guidelines wird die FDG-PET/CT nur für die Diagnostik und Nachsorge lokaler Lebermetastasen (z.B. nach Thermoablation, SIRT, TACE, ... empfohlen. [Abbildung 1]

Zusammenfassung

Die FDG-PET/CT bietet die Möglichkeit, je nach Tumorentität und ihrem initialen oder erwartbarem FDG-Uptake, in geeignetem Abstand nach Therapiebeginn bzw. Therapieende, das Ansprechen auf die NT aber auch den Zugewinn eines chirurgischen Eingriffs, vorherzusagen. Dies vermeidet die Toxizität individuell unwirksamer Behandlungen und erlaubt eine Änderung der therapeutischen Strategie. □

LITERATUR

1. Parihar AS et al. (2023) RadioGraphics: 43 (4): e220122
2. Loibl S. et al. (2024) Annals of Oncology, 35 (2): 159 - 182
3. Han S, et al. (2020) Breast Cancer Research 22: 119 -134
4. Lordick F. et al. (2016) Annals of Oncology 27: 50–57
5. Van der Aa DC. et al. (2024) J Gastrointestinal Cancer 55: 270-280
6. Mirshahvalad SA. et al. (2023) European Journal of Radiology 163: 110843 -51
7. Conroy T. et al. (2023) Annals of Oncology 34 (11): 987 - 1002
8. Lee W. et al. (2022) British Journal of Surgery 109 (1): 61–70
9. Evangelista L. et al. (2021) Annals of Nuclear Medicine 35: 767–776
10. Vansteenkiste J. et al. (2014) Annals of Oncology 25: 1462- 1474
11. Zhang, C. et al. (2013) Nucl Med Commun 34(1): 71- 77.
12. Cerfolio R.J. et al. (2004) Ann Thorac Surg 78:1903–9.
13. Léger MA. et al. (2022) Semin Nucl Med 52: 707-719
14. Argilés G. et al. (2020) Annals of Oncology 31(10): 1291-1305
15. Avallone A. et al. (2012) Eur J Nucl Med Mol Imaging 39: 1848 - 57

KORRESPONDENZADRESSEN

Prim. Assoc. Prof. Univ. Doz. Dr. Anton Staudenherz
Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
Dr. Karl-Dorek-Straße 30, 3500, Krems
Klinisches Institut für Nuklearmedizin, molekulare Bildgebung und spezielle Endokrinologie
Universitätsklinikum St. Pölten
Dunant-Platz 1, 3100, St. Pölten
E-Mail: anton.staudenherz@kl.ac.at

Univ. Prof. Dr. Thomas Leitha
1070 Wien, Schottenfeldgasse 8/8
E-Mail: thomas.leitha@gmx.at

TachoSil SEALANT MATRIX

Für die **Kinderchirurgie**

Die ready-to-use Fixkombination aus Kollagenmatrix und aktiven Gerinnungsfaktoren wird bei Kindern ab 1 Monat angewendet*[1] zur:

- Verbesserung der Hämostase
- Unterstützung der Gewebeversiegelung
- Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie

corzamedical

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

*Zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind. [1] Fachinformation TachoSil® Versiegelungsmatrix, aktueller Stand.

corza.com

20240702 05_AT

Die Implementierung der Roboterchirurgie in den pädiatrisch-chirurgischen Alltag

AutorInnen: K. Canigiani, E. Pointner, T. Benkoe, Wien

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich die minimal-invasive Chirurgie in vielen Bereichen der Kinder- und Jugendchirurgie zum Goldstandard oder zur bevorzugten chirurgischen Methode entwickelt (6). Die roboter-assistierte Chirurgie, als konsequente Weiterentwicklung der minimal-invasiven Technik, beginnt allmählich auch in der Kinder- und Jugendchirurgie Fuß zu fassen. Eine retrospektive nordamerikanische Studie aus dem Zeitraum von 2003 bis 2015 zeigt eine stetig wachsende Zahl an roboter-assistierten Eingriffen bei Kindern und Jugendlichen mit einer jährlichen Wachstumsrate von 29 % (12). Es besteht durchaus die Erwartungshaltung, dass die roboter-assistierte Chirurgie zukünftig die Norm darstellen wird.

Ansprüche an die roboter-assistierte Chirurgie im Kindesalter

Das Anforderungsprofil der modernen Kinderchirurgie, in einer kleinen Körperhöhle, auf begrenztem Raum minimal-invasive Operationstechniken mit Beidhändigkeit ausführen zu können, scheint ideal für die roboter-assistierte Chirurgie geeignet. Trotz zunächst scheinbarer Einschränkungen durch die Größe der Trokare, Instrumente und Kameras sowie der erforderlichen Distanz von der Bauchdecke zum Zielorgan (Tiefe) ist eine präzise präoperative Planung der Schlüssel für den erfolgreichen Einsatz des da Vinci Systems in allen Altersgruppen. Dies konnte bereits 2009 bei 45 Kindern unter 10 kg Körpergewicht mit unterschiedlichen OP-Indikationen und einer Erfolgsrate von 89 % gezeigt werden (9).

Im Gegensatz zur Erwachsenenchirurgie, in der meist resezierende Verfahren angewendet werden, benötigen Kinder rekonstruktive chirurgische Eingriffe. Diese komplexen rekonstruktiven Eingriffe erfordern eine entsprechende Visualisierung des Operationsgebietes, eine ausgeprägte Beidhändigkeit des Operateurs, die Fähigkeit Nähte in minimal invasiver Technik durchführen zu können und mitunter auch spezielles Instrumentarium. Zudem erfordert die geringe Größe des Operationsgebietes und die Verletzbarkeit des kindlichen Gewebes besondere Sorgfalt. Diese hochspezifischen Anforderungen verhinderten in der Vergangenheit eine breite Anwendung der minimal-invasiven Chirurgie im Kindesalter.

Operationsspektrum

Die Mehrheit der berichteten roboter-assistierten Operationen bei Kindern und Jugendlichen betrifft Eingriffe im Bereich des Oberbauches (Antirefluxchirurgie) und Operationen aus dem Themenkreis der Kinderurologie (1,3).

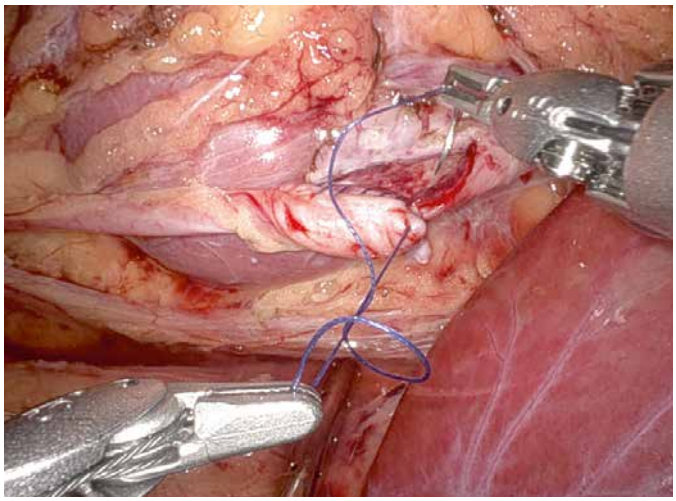
Kurz nach der Einführung der roboter-assistierten Chirurgie bei Erwachsenen wurde im Sommer 2001 in Frankfurt die erste dokumentierte Nissen- Fundoplikation bei einem zehnjährigen Kind mittels roboter-assistierter Technik durchgeführt (10,11). Kurz darauf folgte eine kleine Fallserie von elf Kindern im Alter von 7–16 Jahren (4). Das Interesse an roboter-assistierter Chirurgie für Antirefluxoperationen im Kindesalter nimmt stetig zu, jedoch bleibt die Datenlage weiterhin begrenzt. Eine Metaanalyse von vier Kohortenstudien konnte bei insgesamt 91 Kindern keine Unterschiede im Auftreten von Komplikationen während oder nach den Eingriffen identifizieren (8).

Die Nierenbeckenplastik gilt als rekonstruktiver Eingriff und eine der Indexoperationen in der Kinderurologie. Frühere Studien zeigten, dass die roboter-assistierte Nierenbeckenplastik auch im Kindesalter im Vergleich zur laparoskopischen Chirurgie mit hoher Qualität durchgeführt werden kann (2). Boscarelli et al identifizierten 2023 in einem Artikel zur evidenzbasierten Indikationsstellung der roboter-assistierten Chirurgie ebenfalls die Nierenbeckenplastik als geeignete Indikation im Kindesalter (1).

Eine aktuelle Metaanalyse zeigt weitere Vorteile der roboter-assistierten Nierenbeckenplastik im Vergleich zur laparoskopischen Chirurgie (7). Die roboter-assistierte Chirurgie war mit einer niedrigeren Komplikationsrate behaftet (OR 0.56, 95 % CI 0.37–0.84, p = 0.005), wies eine höhere Erfolgsrate (OR 2.76, 95 % CI 1.30–5.88, p = 0.008) und eine verringerte Operationszeit um 27 Minuten auf (p = 0.003). Nach roboter-assistierter Nierenbeckenplastik konnten die jungen PatientInnen um 1,2 Tage früher entlassen werden (7).

Pädiatrische roboter-assistierte Chirurgie an der Klinik Donaustadt (KDO)

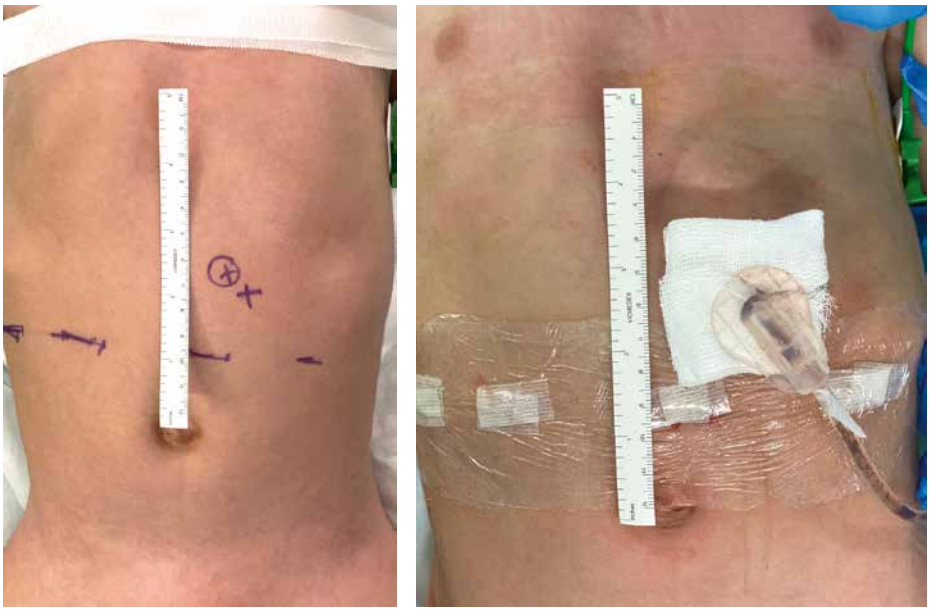
Die Abteilung für Kinder- und Jugendchirurgie der KDO war die erste Kinderchirurgische Abteilung Österreichs mit Zugang zu einem da Vinci Operationssystem. Zahlreiche Prozesse vor, während und am Ende des operativen Eingriffes unterscheiden sich in der roboter-assistierten Chirurgie im



Anderson Hynes Plastik rechts, Fortlaufende Anastomose mit resorbierbarem, geflochtenen Faden 5.0

Vergleich zur minimal invasiven Chirurgie. Nach dem Sammeln ausreichender Erfahrung in den neu zu gestaltenden Abläufen der roboter-assistierten Chirurgie, in den Bereichen Anästhesie und Operationspflege startete die Abteilung für Kinder- und Jugendchirurgie im September 2023, fünf Monate nach Anlieferung des da Vinci Operationssystems, mit den ersten Eingriffen.

Die größte Herausforderung bei der initialen Implementierung war die Anpassung der Operationsplattform an die Bedürfnisse der pädiatrischen Patientinnen und Patienten. Die ersten Schritte umfassten die Standardisierung von Patientenpositionierung am Operationstisch, Wahl der Trokar- und Kamerapositionierung sowie die schrittweise Reduktion der Distanz von der Bauchdecke zum Zielorgan. Dadurch konnten nicht nur die Körpergröße und das Gewicht der Kinder stetig verringert werden, sondern auch komplexere rekonstruktive Eingriffe in roboter-assistierter Technik erfolgreich durchgeführt werden.



Beispiel Torkarpositionen für eine Fundoplikatio mit simultaner Anlage einer Ballon Katheter Gastrostomie

Ergebnisse Kinder- und Jugendchirurgie Klinik Donaustadt

Innerhalb des ersten Jahres wurden 50 Kinder und Jugendliche in roboter-assistierter Technik operiert, wobei das Spektrum an Operationen sowohl resezierende, als auch rekonstruktive Eingriffe umfasste.

Zu den resezierenden Eingriffen zählten: Lungenspitzenresektion mit Pleurektomie, Milzteilresektionen bei benignen zystischen Raumforderungen, Cholezystektomien und Nephro-ureterektomien. Rekonstruktive Eingriffe beinhalteten: Fundoplikationen nach Nissen bei vorhandener Gastrostomie, Fundoplikationen mit simultaner Gastrostomie Anlage, Re-Fundoplikationen nach laparoskopischen Eingriffen, kongenitale Zwerchfellhernie mit Patch Verschluss, Nierenbeckenplastiken nach Anderson- Hynes.

Der Altersdurchschnitt betrug median 11 Jahre (Range: 1–17 Jahre), das jüngste Kind war 1,5 Jahre alt (Nephroureterektomie), und das kleinste operierte Kind wog 8,9 kg (Fundoplikatio).

Bei keinem der Eingriffe war eine Konversion zur offenen oder laparoskopischen Technik notwendig.

Ausblick

Die Vereinigung der Möglichkeiten der roboter-assistierten Chirurgie mit der kinderchirurgischen Expertise besitzt das Potential, das Spektrum der vorstellbaren minimal invasiven Chirurgie nicht nur im Kindesalter zu revolutionieren, sondern auch auf das Gebiet der Neugeborenenchirurgie auszudehnen (5). In Europa sind derzeit zwei Roboter Systeme für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen zugelassen: Das Senhance Surgical System der Firma Asensus und der Marktführer Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA, USA mit dem da Vinci- Operationssystem. Derzeit besteht die Herausforderung darin, diese robotischen Plattformen, deren Instrumentarium hauptsächlich für Erwachsene entwickelt wurde, für kinderchirurgische Eingriffe anzupassen. Zukünftige Entwicklungen kompakterer robotischer Plattformen werden voraussichtlich zu einer Verkleinerung der Trokare und des Instrumentariums führen. Insbesondere rekonstruktive Eingriffe wie Ösophagus- und Darmanastomosen bei Neugeborenen, die eine hohe Präzision und visuelle Vergrößerung des OP-Gebietes benötigen, werden von dieser Entwicklung am meisten profitieren. □

LITERATUR:

1. Boscarelli, A. et al (2023): Transl Pediatr, 12 (2), 271-279
2. Cundy, T. P., et al (2014): BJU Int, 114 (4), 582-94
3. Fernandez, N. & Farhat, W. A. (2019): Uptake in the Pediatric Surgical Discipline. Front Surg, 6, 9
4. Gutt, C. N., et al (2002): Surg Endosc, 16 (7), 1083-6
5. Iacob, E. R., et al (2024): Children (Basel), 11 (3)
6. Kiblawi R. et al (2022): Eur J Pediatr Surg. 32(1):9-25.
7. Light, A. et al (2018): BJU Int, 122 (2), 181-194
8. McKinley SK et al (2021): Surg Endosc. Aug;35(8):4095-4123.
9. Meehan JJ. (2009): J Laparoendosc Adv Surg Tech A. Oct;19(5):707-12.
10. Meininger D. et al (2001): Anaesthesist. 50(4):271–275.
11. Morrell ALG, Morrell-Junior AC, Morrell AG, et al. (2021): Rev Col Bras Cir.; 48:e20202798.
12. Varda BK et al (2018): J Pediatr Urol. Aug;14(4):336. e1-336.e8

KORRESPONDENZADRESSE

Prim. Assoz. Prof. Priv. -Doz. Dr. Thomas Benkö
Vorstand der Abteilung für Kinder- und Jugendchirurgie Klinik Donaustadt
Langobardenstraße 122
1220 Wien
E-Mail: thomas.benkoe@gesundheitsverbund.at

CO-AUTORINNEN

Dr. Eva Pointner

Dr. Katja Canigiani

Berufsverband Österreichischer Chirurgen

BÖC Akademie

24. Österreichischer **Chirurgentag**

13. und 14. November 2025

Congress Center Baden

15. November 2025

14. Forum Niedergelassener Chirurgen

Save the dates

www.boec.at

Deeskalation in der chirurgischen Behandlung des Mammakarzinoms

Autorin: R. Exner, Wien

Durch ein komplexes Zusammenspiel mit der systemischen Therapie konnte in den letzten Jahrzehnten die chirurgische Behandlung des Mammakarzinoms zunehmend deeskaliert werden. Die Entwicklung von der radikalen Mastektomie nach Rotter-Halsted, bis Mitte der 60er Jahre Standard mit Resektion von Brust, Pectoralismuskulatur und Axilla, zur brusterhaltenden Operation mit zielgerichteter axillärer Chirurgie hat die Lebensqualität der Patientinnen deutlich verbessert.

Diagnostisches Assessment und Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard

Die Mammographie inklusive Sonographie von Brust und Axilla ist nach wie vor diagnostischer Goldstandard der Früherkennung. Bei ausgedehntem Mikrokalk, multiplen Herden und unklarem Befund in der konventionellen Bildgebung kann die Diagnostik durch MRT oder Kontrastmittelmammographie ergänzt werden. Alle suspekten Veränderungen müssen biopsiert und clipmarkiert werden, damit nach einer eventuellen neoadjuvanten Therapie das ursprünglich betroffene Areal lokalisiert werden kann. Auffällige Lymphknoten werden ebenfalls biopsiert und markiert, so kann nach effektiver Therapie auch der chirurgische Eingriff in der Axilla reduziert werden.

Bei positiver Familienanamnese und entsprechendem Risikoprofil wird eine genetische Beratung durchgeführt, bei therapeutischer Indikation erhält man schon nach ca. 14 Tagen die Analyse eines Genpanels inklusive BRCA 1 und 2, ATM, PALB2, CHEK2, PTEN, TP53 ect. Dieser Befund kann zur Entscheidung bezüglich Brusterhalt relevant sein, bei vorliegender Mutation bestimmter Risikogene kann mit der Patientin eine prophylaktische beidseitige subcutane Mastektomie besprochen werden.

Abbildung 1: Präoperative Markierung der suspekten Läsionen und Lymphknoten

Nach Vorliegen aller Bilder und Befunde wird die PatientIn im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt und das weitere Vorgehen besprochen. Die Empfehlung zu einer neoadjuvanten Therapie oder primären Operation ist abhängig von Tumorbiologie, Tumorstadium und Patientenfaktoren wie Alter und Komorbiditäten. Die Anwesenheit des Case Managers im Tumorboard ist essenziell, so wird eine genauere Einschätzung der Situation und eine rasche Empfehlung ermöglicht.

Chirurgische Techniken

Nach Möglichkeit sollte immer eine brusterhaltende Resektion angestrebt werden. Bei multiplen Herden kann oft durch sorgfältige Markierung aller suspekten biopsierten Läsionen die Brust erhalten bleiben, abhängig von der Relation von Tumor- zu Brustvolumen. Diese Markierungen können mittels Draht, neuerdings auch mit Magnet- oder Radarklips durchgeführt werden, die intraoperativ mit der entsprechenden Technik lokalisiert werden können.

Intraoperative Hilfsmittel wie Gefrierschnitt oder Präparatradiographie sollten Standard sein, um R1-Situationen und folglich Zweitoperationen zu vermeiden. Leider ist in Zeiten von Personalmangel auf der Seite der Pathologie dieses Service nicht mehr überall verfügbar, eine traurige Tatsache angesichts der limitierten OP-Kapazität.

Ausgedehntere Resektionen können durch einfache Parenchymadapationen oder-rotationen ausgeglichen werden, auch onkoplastische Techniken sind oft hilfreich. Durch zirkuläre, wenn möglich sogar perimamilläre oder submammäre Schnittführung und schonendem Umgang mit dem Gewebe sind Narben oft nach kurzer Zeit kaum noch sichtbar.

Ist die komplette Entfernung der Brust notwendig, wird in den letzten Jahren zunehmend eine Sofortrekonstruktion durchgeführt, mehr und mehr mit präpectoralen, subcutanen Silikonimplantaten mit und ohne gewebeverstärkendem Kunststoffnetz. Diese Techniken durchgeführt von erfahrenen Chirurgen ermöglichen kurze Operationszeiten, geringere Schmerzbelastung der Patientin und sehr schöne kosmetische Ergebnisse. Gegebenenfalls kann auch zunächst ein submuskulärer Expander

eingesetzt werden, der zunehmend gefüllt und anschließend durch ein Silikonimplantat ausgetauscht wird. So wird das Volumen schrittweise erhöht und das Gewebe und die Haut langsam aufgedehnt.

Als autologes Material für eine Brustrekonstruktion kann zum Beispiel ein Latissimus dorsi-Lappen, ein Lappen vom Unterbauch (TRAM-Lappen) oder vom Oberschenkel (TMG-Lappen) verwendet werden, die beiden letzten werden mikrochirurgisch an die Mammaria-interna Gefäße anastomosiert. In den erfahrenen Händen einer plastischen ChirurgIn kann so ein exzellentes kosmetisches Ergebnis mit einer großen PatientInnenzufriedenheit erreicht werden, die Voraussetzung dafür ist allerdings das Vorhandensein von überschüssigem körpereigenem Gewebe.

Auch bei Implantatverlust nach Prothesenrekonstruktion aufgrund von Infektion oder Nekrose oder bei vorbestrahlter Brust ist die Kenntnis dieser Techniken essentiell.

Zwischendurch versuchte man auch die Verwendung von Omentum majus zum Auffüllen nach Mastektomie oder großer Gewebsdefekte, diese Technik hat sich allerdings kaum durchgesetzt aufgrund von Komplikationen wie Fettgewebsnekrosen und minderwertigen kosmetischen Ergebnissen.

Chirurgie der Axilla

Eine zunehmende Deeskalation ist auch bei der Lymphknotenchirurgie in der Axilla zu beobachten: Bei klinisch und radiologisch negativer Axilla wird auch bei positivem Sentinellymphknoten zunehmend auf die Axilladissektion verzichtet. Die Follow-up Daten der ACOSOC Z0011 Studie [1] und der AMAROS Studie [2] zeigten **ähnlich niedrige** Raten axillärer Rezidive und keinen signifikanten Unterschied im Gesamtüberleben bei Patientinnen mit 1–2 positiven Sentinellymphknoten mit und ohne Axilladissektion und entsprechender adjuvanter Strahlen- und systemischer Therapie.

Durch Biopsie und Klipping einzelner suspekter Lymphknoten kann nach erfolgter neoadjuvanter Therapie bei pathologischer Komplettremission im Lymphknoten eine komplette Axilladissektion vermieden werden. Die Sentinellymphknotenentnahme wird nach Markierung mit Patentblau und/oder Technetium 99 durchgeführt, duale Markierung und Entnahme von mind. 3 Lymphknoten reduziert die Falsch-negativ Rate [3].

Bei Vorhandensein von Tumorzellen in der Axilla nach neoadjuvanter Therapie wird jedoch noch immer eine Axilladissektion durchgeführt und nur innerhalb kontrollierter Studien eine „Targeted Axillary dissection“ empfohlen [4]. Dabei werden alle markierten und positiv biopsierten Lymphknoten, alle Sentinellymphknoten und alle weiteren palpatorisch suspekten Lymphknoten reseziert und der Rest nur bestrahlt. Im Rahmen der internationalen multizentrischen TAXIS Studie soll evaluiert werden, ob dieses Vorgehen auch nach neoadjuvanter Therapie für die PatientInnen sicher ist [5].

Die Axilladissektion selbst wird für das Level I und II standardmäßig durchgeführt unter sorgfältiger Schonung von Nervus thoracicus longus, Nervus thorakodorsalis und Vena axillaris, bei suspektem Tastbefund kann in Richtung Level III und nach interpectoral (Rotter´sche Lymphknoten) erweitert werden. Anhand gewebeschonender Technik kann den Patientinnen das früher gefürchtete Lymphödem des Armes völlig erspart werden, postoperative Serombildungen sieht man allerdings kurzfristig nach wie vor häufig.

Ein Weglassen der Sentinellymphknotenchirurgie bei niedrigem Risiko ist momentan Gegenstand mehrerer Studien, derzeit kann aufgrund der kurzen Nachbeobachtungszeit aber noch keine Empfehlung abgegeben werden [6, 7].

Postoperative Strahlentherapie

Auch die Strahlentherapie wird zunehmend deeskaliert, die 5-wöchige konventionelle Bestrahlung ist mittlerweile obsolet, sie wurde von einem hypofraktionierten Schema von 3 Wochen (15 x 2,67 Gy, insgesamt 40 Gy) START B Trial [8] abgelöst, bei niedrigem Risiko und älteren Patientinnen (›60a) wird nach dem Fast forward trial nur 1 Woche ultra-hypofraktioniert (5 x 5,2 Gy, gesamt 26 Gy) bestrahlt [9]. Dies führt trotz höherer Einzeldosis zu wenig Nebenwirkungen und erhöhtem PatientInnenkomfort. Auch nach Mastektomie und Prothesenrekonstruktion kann eine Bestrahlung durchgeführt werden.

Zusammenfassung

Aufgrund genauerer Diagnostik, zunehmender genetischer Testung, interdisziplinärer Therapieplanung im Tumorboard, individualisierter systemischer- und Strahlentherapie nimmt die Chirurgie zwar einen wichtigen, aber mehr und mehr zurückhaltenden Stellenwert in der Behandlung des Mammakarzinoms ein. So können bessere onkologische und kosmetische Ergebnisse erzielt und starke Veränderungen in Symmetrie, Körperbild und Selbstwahrnehmung der Patientinnen reduziert werden. □

LITERATUR

1. Giuliano A. et al. (2017): JAMA 12;318(10):918-926
2. Donker M. et al. (2014): Lancet Oncol. 15(12):1303-10
3. Boughey et al. (2013): JAMA 310(14):1455-1461
4. Weber WP. et al. (2021) Breast 60:98-110
5. Weber WP. et al. (2024) Ann Surg Oncol. 31(1):344-355
6. Gentilini OD. et al. (2023) JAMA Oncol. 1;9(11):1557-1564
7. Reimer T. (2023) Breast 67:124-128
8. START Trialists´ Group (2008) Lancet 29;371(9618):1098-107
9. Murray Brant A. et al. (2020) Lancet 23;395(10237):1613-1626

KORRESPONDENZADRESSE

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Ruth Exner, F.E.B.S.
Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Leiterin Brustchirurgie, Brustgesundheitszentrum 7C
Univ. Klinik für Allgemeinchirurgie
Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
E-Mail: ruth.exner@meduniwien.ac.at

Kann die Liquid Biopsy die Histologie beim Pankreaskarzinom zur weiteren Therapie ersetzen?

Autor: P. Kirchweger, Linz

Ist zirkulierende Tumor DNA (ctDNA, v.a. KRAS), perioperativ vorhanden ist dies mit einem deutlich schlechteren krankheitsfreien und Gesamtüberleben vergesellschaftet (sowohl vor (ggf. NACT), als auch nach Operation (ggf. adjuvante CTX)), weshalb sie für den Entscheid systemische vs. lokale Tumorkontrolle oder Nachsorge beigezogen werden könnte. Es ist nicht zu erwarten, dass die Liquid Biopsy mit den derzeitigen Möglichkeiten die Histologie ersetzt, jedoch als Biomarker für systemische Tumorlast ergänzt.

Hintergrund

Das Pankreaskarzinom ist mit einem nach wie vor sehr geringen 5-Jahres-Überleben und hohem Rezidivrisiko trotz kurativ intendierter Resektion bei anatomisch primärer Operabilität und CA19-9 ‹500 U/mL vergesellschaftet.(1) Immer wieder findet sich dabei bereits intraoperativ ein unerwarteter disseminierter oder lokal fortgeschrittener Befund.(2,3) Ein valider prognostischer Marker zur Verbesserung der Schnittstelle von perioperativer Chemotherapie und dem optimalen Zeitpunkt für die chirurgische Resektion wäre von außerordentlich großer klinischer Bedeutung im kurativen Setting, da in manchen Konstellationen NACT und beim primär resektablen Karzinom die primäre Operation mit dem besten Outcome vergesellschaftet ist.(4–6) Es braucht einen zusätzlichen Marker für einen individuellen Therapieentscheid.

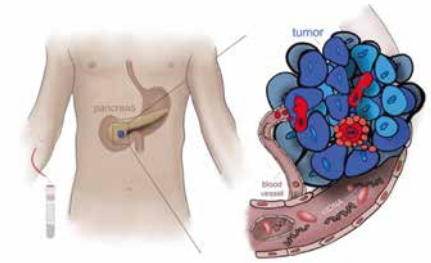


Fig 1. Schematische Darstellung LB: ctDNA wird vom Tumor bei fortgeschrittenem Stadium ins Blut abgegeben, was mittels einfacher Blutabnahme erfasst werden kann.

Biomarker CA 19-9

Ein präoperativer CA19-9-Wert von ›500 U/mL hat sich in den letzten Jahren als ein beigezogener Indikator für eine neoadjuvante Chemotherapie trotz primärer Operabilität etabliert, obwohl dieser Tumormarker bekannte Schwächen aufweist (etwa 15% non-secretors (Lewis-negativ), anfällig für Cholestase (Kopfkarzinom) und Entzündung, etc.). Tatsächlich ist es seit langem bekannt, dass es bei unauffälligen CA 19-9 und bildmorphologischen Tumorverdacht wahrscheinlicher ist, dass es sich um einen non-secretor handelt, als dass der Biomarker wirklich unauffällig ist.(7)

Liquid Biopsy/ctDNA

Zirkulierende Tumor DNA (ctDNA) stellt einen vielversprechenden neuartigen Biomarker zur Diagnose, Prognoseeinschätzung und Therapieevaluierung in vielen Malignomen (unter anderem gastrointestinal, aber auch Brust, Lunge oder Haut) dar.(8) Theoretisch wäre das Pankreaskarzinom eine ideale Tumorentität für die Mutationssuche ohne die Notwendigkeit einer vorhergehenden (kosten- und zeitintensiveren) Analyse einer Gewebeprobe zur Targetbestimmung (NGS), da im histologischen Präparat etwa 90% der Patienten eine KRAS-Mutation aufweisen (meist KRAS G12/13).(9)

In der Liquid Biopsy finden sich je nach Tumorstadium und durchgeführter Analysenmethode prätherapeutisch Detektionsraten von 10-40% (Stadium I-III) bzw. 40-75% (Stadium IV).(10)

Kostengünstige Analyse

Die Teststrategie ohne vorheriger Gewebsanalyse das periphere Blut auf Mutationen in KRAS G12/13 und, wenn negativ, zusätzlich Q61 zu testen ist mit Kosten (Material + Analyse) von etwa 100-120€ pro Probenzeitpunkt verbunden (verglichen mit ab ca. 1000-2000€ für das NGS). Die Testung verzögert die Behandlung nicht.

Prognostischer Einfluss

Beim lokalisierten Pankreaskarzinom erreichten wir (unabhängig vom Biomarker CA 19-9) an unserem Zentrum mit dieser Teststrategie Detektionsraten von 36,8%. Im primär resektablen Zustand mit CA 19-9 ‹500 U/mL scheint die Detektionsrate der präoperativen ctDNA bei etwa 15-20% zu liegen. Postoperativ liegt sie wohl bei etwa 10-20%. In beiden Fällen ist die Nachweisbarkeit mit einem signifikant schlechterem DFS (präoperativ: 6 vs. 23,5 Monate, postoperativ: 12,9 vs. 29,1 Monate) und OS (präoperativ: 10,1 vs. 36, postoperativ: HR=3,1, n.s.) verbunden.

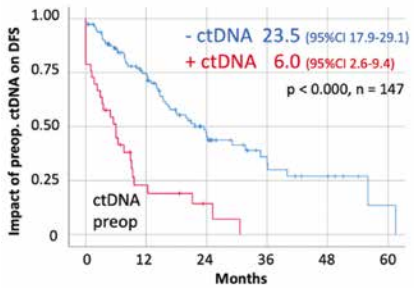


Fig 2. Präoperativ ctDNA+: Bei Nachweisbarkeit am Tag vor der Operation findet sich ein signifikanter Einfluss auf das DFS (6 vs. 23,5 Monate, p<0,000). Möglicherweise wäre hier ein Ansatz für die Indikation zu einer zusätzlichen neoadjuvanten Chemotherapie additiv zu den bisherigen Kriterien denkbar.

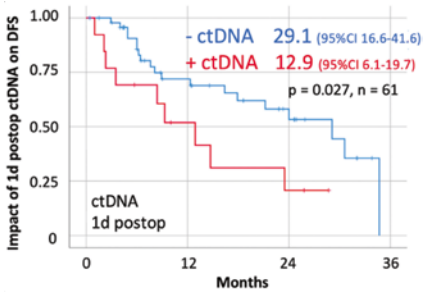


Fig 3. Postoperativ ctDNA+: Bei Nachweisbarkeit am 1. postoperativen Tag findet sich ein signifikanter Einfluss auf das DFS (12,9 vs. 29,1 Monate, p=0,027). Möglicherweise wäre hier ein Ansatz für die Indikation zu einer zusätzlichen adjuvanten Chemotherapie additiv zu den bisherigen Kriterien denkbar.

Limitationen

Die Liquid Biopsy ist in puncto Spezifität und Sensitivität der konventionellen histologischen Aufarbeitung deutlich unterlegen.(11) Insbesondere zur Diagnosesicherung ist sie aufgrund der niedrigen Tumorlast (und somit niedrigen Detektionsrate) des desmoplastischen (hoher Stromaanteil) Pankreaskarzinoms mit derzeitigen technischen Möglichkeiten nicht geeignet.

Zusammenfassung

Kurzum: Nein, aufgrund der geringen Detektionsrate/im Blut messbaren Tumorlast wird die Liquid Biopsy die Histologie beim Pankreaskarzinom nicht ersetzen, insbesondere nicht im kurativen Setting.

Aber sie kann als Indikator für biologisches Hochrisiko/systemische Tumorlast in Zukunft womöglich individuelle Therapiekonzepte unterstützen (z.B. adjuvante Chemotherapie ja/nein oder NACT vs. primäre OP), da in klinischen Studien deutliche Überlebensnachteile bei Nachweisbarkeit (ctDNA+) im Vergleich zu ctDNA- PatientInnen gezeigt wurden.(12,13)

Ein tatsächlicher Vorteil durch LB-gesteuerte personalisierte Medizin wurde jedoch noch für keine der beiden Indikationen (zusätzliche neoadjuvante bzw. adjuvante Chemotherapie aufgrund von biologischen Hochrisiko) trotz supportiver Datenlage in klinischen Studien getestet.

Die Datenlage drängt jedoch zumindest den Gedanken einer Erweiterung des herkömmlichen hauptsächlich anatomisch getriebenen Stagings um eine sensitive biologische Komponente hinsichtlich TNM-B (biology oder blood) auf.

Der klinische Überlebensvorteil (DFS, OS) Liquid Biopsy-gesteuerter Therapie vor Therapieinitiierung (NACT vs. primäre OP) zusätzlich zum derzeitigen Goldstandard beim primär operablen Pankreaskarzinom wird derzeit in einer österreichischen Multicenter-Studie (LIQUIPANC) getestet. □

LITERATUR

1. Strobel O, Neoptolemos J, Jäger D, Büchler MW. Optimizing the outcomes of pancreatic cancer surgery. Nat Rev Clin Oncol. 2019 Jan;16(1):11–26.
2. Crippa S, Malleo G, Mazzaferro V, Langella S, Ricci C, Casciani F, et al. Futility of Up-Front Resection for Anatomically Resectable Pancreatic Cancer. JAMA Surg. 2024 Jul 24;
3. Walma M, Maggino L, Smits FJ, Borggreve AS, Daamen LA, Groot VP, et al. The Difficulty of Detecting Occult Metastases in Patients with Potentially Resectable Pancreatic Cancer: Development and External Validation of a Preoperative Prediction Model. J Clin Med. 2024 Mar 14;13(6).
4. Ghaneh P, Palmer D, Cicconi S, Jackson R, Halloran CM, Rawcliffe C, et al. Immediate surgery compared with short-course neoadjuvant gemcitabine plus capecitabine, FOLFIRINOX, or chemoradiotherapy in patients with borderline resectable pancreatic cancer (ESPAC5): a four-arm, multicentre, randomised, phase 2 trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023 Feb;8(2):157–68.
5. Labori KJ, Bratlie SO, Andersson B, Angelsen JH, Biörserud C, Björnsson B, et al. Neoadjuvant FOLFIRINOX versus upfront surgery for resectable pancreatic head cancer (NORPACT-1): a multicentre, randomised, phase 2 trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024 Mar;9(3):205–17.
6. Cecchini M, Salem RR, Robert M, Czerniak S, Blaha O, Zelterman D, et al. Perioperative Modified FOLFIRINOX for Resectable Pancreatic Cancer: A Nonrandomized Controlled Trial. JAMA Oncol. 2024 Jun 20;e241575.
7. Park HD, Park KU, Song J, Ki CS, Han KS, Kim JQ. The relationship between Lewis/Secretor genotypes and serum carbohydrate antigen 19-9 levels in a Korean population. Korean J Lab Med. 2010 Feb;30(1):51–7.
8. Lee B, Lipton L, Cohen J, Tie J, Javed AA, Li L, et al. Circulating tumor DNA as a potential marker of adjuvant chemotherapy benefit following surgery for localized pancreatic cancer. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol. 2019 Sep 1;30(9):1472–8.
9. Lee JS, Park SS, Lee YK, Norton JA, Jeffrey SS. Liquid biopsy in pancreatic ductal adenocarcinoma: current status of circulating tumor cells and circulating tumor DNA. Mol Oncol. 2019 Aug;13(8):1623–50.
10. Kirchweger P, Wundsam HV, Rumpold H. Circulating tumor DNA for diagnosis, prognosis and treatment of gastrointestinal malignancies. World J Clin Oncol. 2022 Jun 24;13(6):473–84.
11. Alqahtani A, Alloghbi A, Coffin P, Yin C, Mukherji R, Weinberg BA. Prognostic utility of preoperative and postoperative KRAS-mutated circulating tumor DNA (ctDNA) in resected pancreatic ductal adenocarcinoma: A systematic review and meta-analysis. Surg Oncol. 2023 Dec;51:102007.
12. Kirchweger P, Kupferthaler A, Burghofer J, Webersinke G, Jukic E, Schwendinger S, et al. Circulating tumor DNA correlates with tumor burden and predicts outcome in pancreatic cancer irrespective of tumor stage. Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol. 2022 May;48(5):1046–53.
13. Eckhoff AM, Kanu E, Fletcher A, Bao M, Aushev VN, Spickard E, et al. Initial Report: Personalized Circulating Tumor DNA and Survival in Patients with Resectable Pancreatic Cancer. Ann Surg Oncol. 2024 Mar;31(3):1444–6.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Patrick Kirchweger, PhD
Ordensklinikum Linz
Abteilung für Chirurgie
Seilerstätte 4
4010 Linz
E-Mail: patrick.kirchweger@ordensklinikum.at

Akute Divertikulitis – Management kompakt

AutorInnen: S. Raab, Linz; A. Shamiyeh, Linz

Stellen Sie sich vor, ein bekannter Patient betritt die Notaufnahme: Vor 3 Wochen war er aufgrund einer akut komplizierten Sigmadivertikulitis mit Abszess von 2 x 4 cm (siehe Foto) stationär. Dieser war einer perkutanen Drainage nicht zugänglich. Sie entschlossen sich damals für eine antimikrobielle Therapie. Nun kommt der Patient mit der gleichen Symptomatik, die CT zeigt keine Befunddynamik. Im Jahr davor hatte der Patient zwei weitere radiologisch bestätigte Schübe.
Jetzt stehen Sie vor einer komplexen Entscheidung: Wie balanciert man zwischen minimalinvasiven Eingriffen und der Vermeidung lebensbedrohlicher Komplikationen?

Die lebenslange Prävalenz der Divertikulose beträgt 25 % bedingt durch die Bildung von Pseudodivertikeln an strukturellen Schwachstellen entlang der Vasa recta. 1–4,3 % entwickeln eine Divertikulitis. Charakteristisch sind die Verdickung der Tunica muscularis, Hypoganglionose und vermehrt Neuropeptide nach einer Divertikulitis. Ein Zusammenhang mit dem fäkalen Mikrobiom ist bisher nicht belegt. Immunsupprimierte Patienten zeigen schwerere Verläufe einer Divertikulitis, die Mortalität ist sowohl konservativ (56 %) als auch operativ (23 %) verglichen zur Normalbevölkerung erhöht.

Diagnostik

Zur Diagnostik der Divertikulitis zählen neben der klinischen Untersuchung die Bestimmung von CRP, Leukozyten, Harnstatus. Bei unkomplizierter Divertikulitis ist die Sonografie Mittel der Wahl, wohingegen die CT mit rektaler Kontrastierung bei Komplikationen wie Abszessbildung von Vorteil ist. Allerdings kann es bei der CT zu einem Understaging in bis zu 12 % und zu einem Overstaging in bis zu 33 % der Fälle kommen. Bei Verdacht auf Fisteln zeigt der Mohntest die höchste Zuverlässigkeit.

Akut unkomplizierte Divertikulitis CDD 1a/b

Konservativ

Die konservative Therapie zeigt hohe Erfolgsraten. Jedoch gibt es ein breites Spektrum hinsichtlich Schweregrad und Verlauf. Nach dem ersten Schub liegt die Rezidivrate bei bis zu 47 % (1). 2 % entwickeln eine Komplikation innerhalb eines Monates (2). In der Literatur werden nachfolgend chronische Beschwerden in bis zu 36 % der Fälle (unabhängig ob mit oder ohne Antibiose) beschrieben, wobei hier sicherlich die Homogenität der Beurteilung hinterfragt werden muss (3).

CDD 1a
Bei unklarer Datenlage kann keine eindeutige Evidenzempfehlungen ausgesprochen werden. Mesalazin kann erwogen werden und scheint zumindest besser als Rifaximin zu wirken (4).

CDD 1b
Der Einsatz von Antibiotika wird weiterhin kontrovers diskutiert und ist unzureichend erforscht. Jedenfalls verringern Antibiotika weder die Rezidiv-, oder Komplikationsrate, noch die Krankenhausaufenthaltsdauer, zusätzlich ist die Dauer der Antibiotikagabe nicht evidenzbasiert belegt (5). Stand heute wird eine Therapie ohne Antibiotika als sicher und effektiv betrachtet. Voraussetzung für eine ambulante Behandlung einer radiologisch bestätigten Divertikulitis ist die orale Nahrungsaufnahme, keine signifikanten Komorbiditäten, eine adäquate Schmerzkontrolle, sowie ein Follow Up (6). 4–6 Wochen nach abgelaufener Divertikulitis ist eine Koloskopie empfohlen, da in 2,1% ein Karzinom zugrunde liegen kann (7).

Operativ

5 von 11 Leitlinien empfehlen eine elektive Resektion bei Immunsuppression, vor allem Steroiden (8). 4–10 % gehen in eine „smoldering disease“ mit chronischen Beschwerden über, wobei eine elektive Resektion eine bessere Lebensqualität verglichen zum konservativen Management bedeutet (9).

Akut komplizierte Divertikulitis CDD 2a/2b

Beim ersten Schub beträgt das Perforationsrisiko bis zu 25 % und nimmt mit der Anzahl der Schübe ab (10). Eine evidenzbasierte Unterscheidung zwischen Mikro-, und Makroabszess gibt es nicht. Da in Studien die Abszessgröße unterschiedlich definiert ist bzw. sowohl Patienten mit Abszessen als auch extraluminaler Luft eingeschlossen werden, kann keine klare separate Therapieempfehlung ausgesprochen werden.

Konservativ

Die Rezidivrate beträgt 32 % im ersten Jahr, wobei diese in über 50 % kompliziert sind. Das Risiko erhöht sich vor allem nach perkutaner Drainage. Die Morbidität steigt mit Lebensalter und Komorbiditäten, die Mortalität beträgt 24 % in den ersten zwei Jahren (11). Die Studienlage ist schwach, weil offensichtlich ein breiter klinischer Konsens besteht. Eine Antibiotikatherapie ist nicht gezielt durch Studien belegt, sondern aus älteren Studien extrapoliert. Das Therapieversagen beträgt mit Antibiose 13 % und ohne Antibiose 4 % (12). Es liegen keine Daten bzgl. Mono-, oder Kombinationstherapie, sowie Verabreichungsdauer vor, die Gabe erfolgt daher analog zu der Leitlinie der intraabdominalen Infektionen (13).

Operativ, interventionell

Das Evidenzniveau für die perkutane Drainage ist gering, die Liegedauer ist nicht definiert und in bis zu 38 % kann sich nachfolgend eine Stuhlfistel bilden. Jedoch ist das Therapieversagen mit und ohne Drainage vergleichbar (14). Eine operative Sanierung erfolgt bei 5–33 % aufgrund einer Befundverschlechterung. Nur 28 % werden langfristig nicht operiert (15). Bei initial komplizierter Divertikulitis, speziell bei Abszessbildung und jüngeren Patienten (‹ 50 Jahre) kann eine elektive Operation angeboten werden, welche primär laparoskopisch durchgeführt werden soll. Vor allem bei Makroabszessen ist die Lebensqualität nach operativer Sanierung signifikant besser. Die Lebensqualität steht hier bei der Operationsindikation zunehmend im Vordergrund. Angelehnt an die Studie

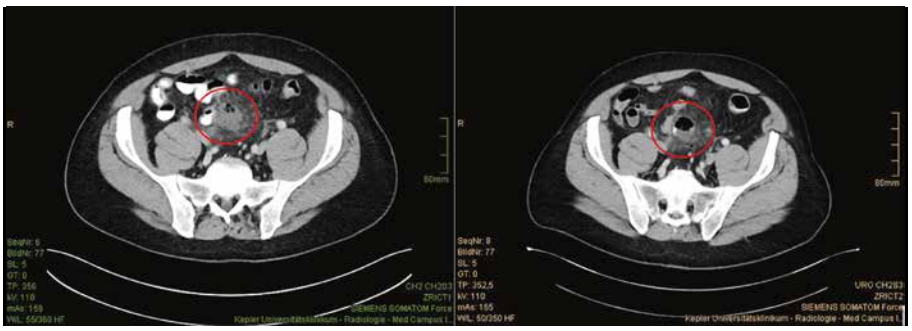


Bild 1: links: Abszess Ausgangsstatus, rechts: Abszess idem bei Wiederaufnahme 19 Tage später

FACTS

- Abwägung der Effektivität einer Antibiose gegenüber der Auswirkung auf das Mikrobiom bei akut unkomplizierter Divertikulitis
- Ambulantes Management ohne antimikrobielle Therapie unter bestimmten Voraussetzungen möglich
- Fehlende randomisierte Studien bei akut komplizierter Divertikulitis
- Chronische Beschwerden nach konservativer Therapie müssen einheitlich definiert werden für eine bessere Datenlage
- Lebensqualität als wichtiger Ergebnisparameter

von Reißfelder erfolgt daher die elektive Resektion 6-8 Wochen nach antimikrobieller Therapie (16).

Akut komplizierte Divertikulitis CDD 2c

Die Therapie der freien Perforation mit Peritonitis bzw. Sepsis ist eindeutig die Notfalloperation. Die OP nach Hartmann ist nach wie vor die häufigste Therapie, wenngleich die primäre Anastomose mit protektivem Ileostoma in den Leitlinien als bevorzugte Option erwähnt wird. Ebenso haben sich Damage Control Konzepte in den letzten Jahren etabliert. In sehr ausgewählten Fällen kann ein konservatives Prozedere bei lokaler parakolischer Luft ohne Zeichen einer Sepsis oder Peritonitis diskutiert werden.

Zusammenfassung

Die Divertikelerkrankung bleibt eine häufige und komplexe Erkrankung des Dickdarms. Eine differenzierte Diagnostik und individualisierte Therapieansätze, einschließlich konservativer und operativer Optionen, tragen zur Verbesserung der Prognose und Lebensqualität bei. Aktuell fehlen uns evidenzbasierte Daten, welche die Effektivität einer konservativen und operativen Therapie bei der akut komplizierten Divertikulitis CDD 2a und 2b separat darlegen.

Zurück zum Fall: laut Leitlinien sollte man 6 Wochen bis zur OP warten – in der Wartezeit kam es zu einem neuerlichen abszedierenden Schub. Daher haben wir direkt nach einer Woche intravenöser Antibiose eine frühelektive laparoskopische Resektion durchgeführt. Der postoperative Verlauf war unauffällig. Der Zeitpunkt der OP ist sicherlich vor allem hinsichtlich Lebensqualität noch nicht ausreichend erforscht. Es ist davon auszugehen, dass in bestimmten Situationen eine frühere OP Vorteile bringt, was es zu beweisen gilt. □

LITERATUR

1. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. Br Med J. 1969 Dec 13;4(5684):639–42.
2. Chabok A et al. Low risk of complications in patients with first-time acute uncomplicated diverticulitis. Int J Colorectal Dis. 2017 Oct 16;32(12):1699.
3. Andeweg CS et al. Patient-reported Outcomes After Conservative or Surgical Management of Recurrent and Chronic Complaints of Diverticulitis: Systematic Review and Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016 Feb;14(2):183–90.
4. Di Mario F et al. Efficacy of mesalazine in the treatment of symptomatic diverticular disease. Dig Dis Sci. 2005 Mar;50(3):581–6.
5. Chabok A, et al., AVOD Study Group. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. Br J Surg. 2012 Apr;99(4):532–9.
6. Friend K, Mills AM. Is outpatient oral antibiotic therapy safe and effective for the treatment of acute uncomplicated diverticulitis? Ann Emerg Med. 2011 Jun;57(6):600–2.
7. Lau KC et al. Is colonoscopy still mandatory after a CT diagnosis of left-sided diverticulitis: can colorectal cancer be confidently excluded? Dis Colon Rectum. 2011 Oct;54(10):1265–70.
8. Galetin T et al. Systematic review and comparison of national and international guidelines on diverticular disease. Int J Colorectal Dis. 2018 Mar;33(3):261–72.
9. Boostrom SY et al. Uncomplicated diverticulitis, more complicated than we thought. J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract. 2012 Sep;16(9):1744–9.
10. Ritz JP et al. Outcome of patients with acute sigmoid diverticulitis: multivariate analysis of risk factors for free perforation. Surgery. 2011 May;149(5):606–13.
11. Gregersen R et al. Long-term mortality and recurrence in patients treated for colonic diverticulitis with abscess formation: a nationwide register-based cohort study. Int J Colorectal Dis. 2018 Apr;33(4):431–40.
12. Bolkenstein HE et al. Conservative Treatment in Diverticulitis Patients with Pericolic Extraluminal Air and the Role of Antibiotic Treatment. J Gastrointest Surg 2019 Nov;23(11):2269–76.
13. Solomkin JS et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010 Jan 15;50(2):133–64.
14. Singh B et al. The Long-Term Results of Percutaneous Drainage of Diverticular Abscess. Ann R Coll Surg Engl. 2008 May;90(4):297.
15. Lamb MN, Kaiser AM. Elective resection versus observation after nonoperative management of complicated diverticulitis with abscess: a systematic review and meta-analysis. Dis Colon Rectum. 2014 Dec;57(12):1430–40.
16. Reissfelder C et al. What is the optimal time of surgical intervention after an acute attack of sigmoid diverticulitis: early or late elective laparoscopic resection? Dis Colon Rectum. 2006 Dec;49(12):1842–8.

KORRESPONDENZADRESSEN

Dr. med. univ. Sandra Raab
Kepleruniversitätsklinikum Linz
Allgemein-, und Viszeralchirurgie
Krankenhausstraße 9
4020 Linz
E-Mail: sandra.raab@kepleruniklinikum.at

Univ.-Doz. Prim. Dr. Andreas Shamiyeh
Kepleruniversitätsklinikum Linz
Allgemein-, und Viszeralchirurgie
Krankenhausstraße 9
4020 Linz
E-Mail: andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at

Themen der Zeit

Wie bewahren wir chirurgische Expertise?

Autor: P. Götzinger, St. Pölten

Die chirurgische Expertise ist ein essenzieller Bestandteil eines funktionierenden Gesundheitssystems. Sie bezeichnet das fundierte Wissen und die praktischen Fähigkeiten, die notwendig sind, um chirurgische Eingriffe sicher und erfolgreich durchzuführen. Der Erhalt dieser Expertise erfordert eine umfangreiche Ausbildung, kontinuierliche Weiterbildung und praktische Erfahrung. In Österreich sind wir derzeit mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert, die die Bewahrung der chirurgischen Expertise gefährden, insbesondere aufgrund von FachärztInnenmangel, rigiden Arbeitszeitregelungen, begrenzten Ausbildungsmöglichkeiten und strukturellen Defiziten in kleineren und mittleren Krankenanstalten.

Definition chirurgischer Expertise

Chirurgische Expertise umfasst die Fähigkeit, medizinisches Wissen in konkreten operativen Situationen anzuwenden. Diese Expertise setzt sich aus mehreren Aspekten zusammen:

- **Theoretisches Wissen**: Ein tiefes Verständnis von Anatomie, Physiologie, Pathologie und den zugrunde liegenden Krankheitsprozessen.
- **Technische Fähigkeiten**: Die manuelle Geschicklichkeit und Präzision, die erforderlich sind, um chirurgische Eingriffe sicher und effizient durchzuführen.
- **Klinische Entscheidungsfähigkeit**: Die Fähigkeit, in komplexen und oft kritischen Situationen fundierte Entscheidungen zu treffen.
- **Erfahrung**: Langjährige Übung und die Durchführung einer Vielzahl von chirurgischen Eingriffen sind unabdingbar, um die notwendigen Fertigkeiten zu entwickeln.
- **Nicht-technische Fähigkeiten**: Kommunikation, Teamarbeit und Führungsfähigkeiten sind ebenso wichtig wie die technischen Aspekte der Chirurgie.

Bewahrung der chirurgischen Expertise

Die Bewahrung chirurgischer Expertise hängt neben dem Versorgungsauftrag der einzelnen Krankenanstalten eng mit der Qualität und Struktur der chirurgischen Ausbildung, der Verfügbarkeit erfahrener Mentoren und der ausreichenden Fallzahl an Operationen zusammen. Um sicherzustellen, dass die geforderte chirurgische Expertise auch in Zukunft in gewohnter Weise zur Verfügung steht, sollten wir uns mit grundlegenden Überlegungen auseinandersetzen.

Herausforderungen in der Bewahrung chirurgischer Expertise

1. Demografischer Wandel in der Chirurgie

In den nächsten fünf Jahren werden viele der sogenannten Babyboomer, mich eingeschlossen, in den Ruhestand gehen. Wir Babyboomer wurden beruflich anders sozialisiert, als die nun nach folgende Generation Y und Z, deren Ansprüche an einen Arbeitsplatz sich deutlich unterscheiden. Laut einer Studie von Kasch et al. legt die Generation Y besonderen Wert auf Faktoren Work-Life-Balance, Karriere, fachlichen Anspruch und positives Betriebsklima. Generation Z hingegen strebt vor allem nach Sicherheit und Stabilität, einer klaren Trennung von Beruf und Privatleben sowie einem höheren Maß an Mitspracherecht. Zudem wird eine qualitativ hochwertige, strukturierte Weiterbildung unter klar definierten Arbeitsbedingungen zukünftig zu den zentralen Faktoren der Arbeitszufriedenheit zählen. Angesichts des Fachkräftemangels sind es heute vermehrt die BewerberInnen, die Anforderungen an ihren zukünftigen Arbeitsplatz stellen, während die chirurgischen Abteilungen nicht mehr aus einem großen Bewerberpool schöpfen können. Der demographische Wandel verstärkt diese Problematik, da er sowohl die Nachfrage an chirurgischen Leistungen erhöht als auch die anstehende Pensionierungswelle den Fachkräftemangel weiter verschärfen wird.

2. Arbeitszeitgesetz

Die europäische Arbeitszeitrichtlinie, die eine maximale Wochenarbeitszeit von 48 Stunden vorschreibt und die z.B. in Niederösterreich rigoros mittels elektronischer Zeiterfassung kontrolliert wird, hat direkte Auswirkungen auf die chirurgische Ausbildung. Es ist evident, dass vor allem in der Chirurgie, wo praktische Erfahrungen eine zentrale Rolle spielen, die Qualität der Ausbildung durch die Reduktion der Arbeitsstunden leidet. Einige Fachgesellschaften haben bereits darauf hingewiesen, dass junge ChirurgInnen aufgrund von weniger Operationszeit und weniger Kontakt mit erfahrenen KollegInnen möglicherweise nicht ausreichend in ihrer Ausbildungszeit auf ihre Aufgaben vorbereitet werden.

3. Chirurgische Spezialisierung und Mindestfallzahlen

Die zunehmende chirurgische Spezialisierung in der Chirurgie kann paradoxerweise sowohl zur Vertiefung als auch zur Gefährdung der chirurgischen Expertise führen. Während Spezialisierung es Chirurgen ermöglicht, sich intensiv auf ein bestimmtes Gebiet zu konzentrieren und darin höchste Kompetenz zu erlangen, kann sie gleichzeitig dazu führen, dass das allgemeinchirurgische Wissen und die Fähigkeit, ein breites Spektrum an Eingriffen durchzuführen, abnehmen. Dies kann problematisch sein, wenn unerwartete Situationen auftreten, die ein umfassenderes chirurgisches Wissen erfordern, oder wenn spezialisierte Chirurgen in Notfällen außerhalb ihres Fachgebiets handeln müssen.

Die Festlegung von Mindestfallzahlen soll sicherstellen, dass ChirurgInnen ausreichend praktische Erfahrung in bestimmten Eingriffen sammeln, um eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten. Das führt dazu, dass weniger Chirurgen die Möglichkeit haben, bestimmte Operationen durchzuführen, da diese Festlegung eine Zentralisierung zur Folge hat. Dies kann die Ausbildungsmöglichkeiten einschränken

und dazu führen, dass weniger Chirurgen die erforderliche Expertise entwickeln. In Kombination können Spezialisierung und strenge Mindestfallzahlen somit dazu beitragen, dass die chirurgische Gesamtkompetenz leidet, da weniger Chirurgen ein breites Spektrum an Fähigkeiten entwickeln und aufrechterhalten können.

4. Eingeschränktes Leistungsangebot kleinerer und mittlerer Krankenanstalten

Ein eingeschränktes chirurgisches Leistungsangebot in kleineren und mittleren Krankenanstalten führt dazu, dass ChirurgInnen in diesen Einrichtungen weniger Möglichkeiten haben, ein breites Spektrum an operativen Eingriffen durchzuführen. Das hat Einfluss auf die Bewahrung und Weiterentwicklung ihrer chirurgischen Expertise. Ohne regelmäßige Praxis in verschiedenen und auch komplexeren Operationen können Fähigkeiten stagnieren und sogar rückläufig sein. Die fehlende Routine in seltenen oder spezialisierten Eingriffen mindert nicht nur die individuellen Kompetenzen, sondern beeinträchtigt langfristig auch die Qualität der Patientenversorgung.

Darüber hinaus wirkt sich das eingeschränkte Leistungsangebot direkt auf die Ausbildungsmöglichkeiten für chirurgische AssistenzärztInnen aus. Kleineren Krankenanstalten fehlen die notwendigen Ausbildungslizenzen, um eine komplette chirurgische Ausbildung anbieten zu können. Dies zwingt angehende ChirurgInnen dazu, ihre Ausbildung in größeren Kliniken fortzusetzen, was wiederum die Attraktivität der kleineren Standorte als Ausbildungsstätten deutlich verringert. Die fehlenden Ausbildungsmöglichkeiten beeinträchtigen nicht nur die Zukunftsfähigkeit dieser Abteilungen, sondern wird auch den Fachkräftemangel in ländlichen Regionen weiter verstärken.

Lösungsansätze zur Sicherung der chirurgischen Expertise

Die beschriebenen Herausforderungen einer sich wandelnden chirurgischen Landschaft stellt an uns alle die Aufgabe nach Lösungen zu suchen, mit denen vorhandene chirurgische Expertise bewahrt und damit die chirurgische Versorgung auch in der Zukunft gesichert werden kann.

1. Attraktivierung des Arbeitsplatzes

Während chirurgische Abteilungen in Zeiten der Ärzteschwemme (ca. 1982–2002) aus einem großen Kreis von Bewerbern auswählen und dabei die Arbeitsbedingungen vorgeben konnten, stellen nun Berufsanfänger ihrem zukünftigen Arbeitgeber Forderungen hinsichtlich der zu erfüllenden Arbeitsplatzbedingungen. Es liegt an uns diese Veränderungen anzustoßen und den Ausbildungs- und Arbeitsplatz zu attraktivieren, um potentielle KandidatInnen für den Beruf zu begeistern und dann zu halten. Einen hohen Stellenwert der kommenden Generation hat die gute „Work-life-Balance“, der „fachliche Anspruch“, ein „angenehmes Betriebsklima“ und das „Prestige des Arbeitgebers“, wobei die „Work-life-Balance“ dabei sogar als „nicht verhandelbare, unabdingbare Arbeitsplatzbedingung“ eingeordnet wird.

Bei einem Frauenanteil von 62 % unter den Medizinstudierenden sind familienorientierte Maßnahmen aus meiner Sicht für die Zukunft der Chirurgie von entscheidender Bedeutung. Derzeit gibt es noch mehrere Faktoren, die Frauen davon abhalten, sich für die Chirurgie zu entscheiden. Dazu zählen die traditionell männlich geprägte Kultur, die es Frauen schwerer macht, sich willkommen zu fühlen, sowie stereotype Vorstellungen, dass Frauen in diesem Fach weniger erfolgreich sein könnten. Zudem werden die Arbeitszeiten und die Arbeitsbelastung in der Chirurgie oft als unvereinbar mit familiären Verpflichtungen angesehen.

Um dies zu ändern, muss die Kultur und die Arbeitsbedingungen in der Chirurgie angepasst werden. Arbeitgeber müssen Betreuungsmöglichkeiten für Kinder in oder nahe der Klinik anbieten, etwa durch Kindertagesstätten mit angepassten Öffnungszeiten. Darüberhinaus können z.B. flexible Arbeitszeitmodelle und die Möglichkeit administrative Aufgaben von zu Hause aus zu erledigen, Frauen ermutigen, eine Karriere in der Chirurgie zu wählen.

2. Arbeitszeit

Die rigiden Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes, die eine Maximalarbeitszeit von 48 Stunden pro Woche vorsehen, sollten für die chirurgischen Anforderungen überdacht und adaptiert werden. Für ältere ChirurgInnen kann eine Reduktion der Arbeitszeit (bei finanziellem Ausgleich) helfen mit den anstrengenden Anforderungen des Berufs weiterhin gut zurechtzukommen. In Ausbildung begriffenen ChirurgInnen, muss es jedoch möglich sein, freiwillig (und bezahlt) bis zu 65 Stunden pro Woche arbeiten zu dürfen. Nur so wird es möglich sein die praktischen Skills der Chirurgie in all ihren Facetten in einem überschaubaren Zeitrahmen lernen und umsetzen zu können.

3. Entbürokratisierung

Die spezifische Kompetenz von ChirurgInnen liegt in ihrer Fähigkeit, interventionelle Eingriffe präzise zu planen, durchzuführen und umfassend zu begleiten. Um diese Kernkompetenz optimal zu nutzen, muss das chirurgische Arbeitsumfeld entsprechend organisiert sein. Weniger administrative Aufgaben schaffen Raum für eine intensivere Beschäftigung mit den Kernaufgaben, was sowohl die Zufriedenheit der ChirurgInnen als auch der PatientInnen deutlich steigert. Eine reduzierte Bürokratie führt zudem zu effizienteren Arbeitsabläufen, schnelleren Entscheidungsprozessen und einer verbesserten Kommunikation im Team. Mehr Zeit für die zentralen Aufgaben bedeutet darüber hinaus mehr Möglichkeiten für Aus- und Weiterbildung.

4. Steuerung chirurgischer Leistungen

Das Leistungsvermögen der verschiedenen chirurgischen Abteilungen hat sich in wenigen Jahren deutlich verändert und weist nun beträchtliche Unterschiede zwischen den Abteilungen auf. Die Zentralisierung spezieller chirurgischer Leistungen war weniger gesteuert, sondern ergab sich aus dem unterschiedlichen Leistungsvermögen der chirurgischen Abteilungen. Diese Entwicklung, die durch den Fachärztemangel noch weiter verstärkt wird, ist nicht mehr aufzuhalten. Das gilt es nicht nur anzuerkennen, sondern muss darüberhinaus aktiv für die weitere Zukunft klug gestaltet und gesteuert werden. Eine mögliche Lösung besteht darin, für die jeweilige Gesundheitsregion zu ermitteln, welche chirurgischen Leistungen in welcher Häufigkeit zur ausreichenden Versorgung der PatientInnen notwendig sind. Auf Basis dieser Daten kann eine Patientensteuerung implementiert werden, die die PatientInnen den chirurgischen Fachabteilungen entsprechend ihrem festgelegten Versorgungsauftrag zuweist. Dadurch lässt sich nicht nur die Finanzierung und Ressourcenverteilung gerechter gestalten, sondern auch die Ausbildung der AssistentInnen kann anhand des festgelegten und verlässlichen Leistungsangebots objektiv und fair organisiert werden.

Anhand dieser Zahlen lässt sich auch ermitteln, welche Art von ChirurgInnen und wie viele für welche Leistungen benötigt werden. Auf Grundlage dieser zentral geplanten und mit den Abteilungen abgestimmten Überlegungen kann an vielen chirurgischen Abteilungen mit einer Basisausbildung begonnen werden. Selbstverständlich sollte auch die Rotation von größeren zu kleineren Häusern und umgekehrt in Betracht gezogen und umgesetzt werden. Nach Erreichen eines bestimmten Ausbildungsniveaus sollte gemeinsam festgelegt werden, in welche Richtung und Spezialisierung innerhalb der Chirurgie die Ausbildung fortgesetzt wird. Auf diese Weise lassen sich die Stärken der ChirurgInnen mit klar definierten Anforderungen verknüpfen. Auch Supervision und Mentoring können mit einem durchdachten System wesentlich einfacher umgesetzt und im Interesse der Auszubildenden gestaltet werden.

5. Chirurgische Weiterbildung

Kontinuierliche chirurgische Weiterbildung ist einer der Grundpfeiler chirurgische Qualität. Auch die Art und Weise der chirurgischen Weiterbildung sollte neu gedacht werden. In der Zukunft kann die chirurgische Weiterbildung theoretisch durch die Integration moderner Lehrmethoden und Technologien gestaltet werden. E-Learning-Plattformen können den Zugang zu aktuellen Forschungsergebnissen und globalen ‚Best Practices' ermöglichen. Künstliche Intelligenz kann genutzt werden, um personalisierte Lernpfade zu erstellen und komplexe medizinische Daten zu analysieren. Interdisziplinäre Kurse und Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachgebieten können das Verständnis für ganzheitliche Patientenversorgung vertiefen.

Praktisch kann die Weiterbildung durch den Einsatz von Simulationstechnologien wie Virtual Reality (VR) und Augmented Reality (AR) revolutioniert werden. Diese ermöglichen es ChirurgInnen, operative Eingriffe in einer sicheren Umgebung zu üben und ihre Fähigkeiten zu verfeinern. Rotationsprogramme zwischen verschiedenen Kliniken und Fachabteilungen können den Erfahrungsschatz erweitern. Zudem können Mentoring-Programme und strukturierte Feedbackmechanismen die praktische Ausbildung verbessern und den Übergang von der Theorie zur Praxis erleichtern.

Schlussfolgerung

Die Sicherung der chirurgischen Expertise in Österreich ist eine komplexe Herausforderung, die ein Zusammenspiel von Ausbildungsreformen, besserer Ressourcenverteilung und gezielten Maßnahmen erfordert. Durch die Zentralisierung der Ausbildung, die Flexibilisierung der Arbeitszeitregelungen und den Einsatz neuer Technologien kann chirurgische Expertise bewahrt und die Gesundheitsversorgung auch in ländlichen Regionen auf hohem Niveau gehalten werden. Es ist jedoch dringend geboten, uns ChirurgInnen von Anfang an in diese Reformüberlegungen miteinzubeziehen. Dieses Feld ist viel zu wichtig, um die Planung und Umsetzung der notwendigen Maßnahmen alleine der Politik oder den Sozialversicherungsträgern zu überlassen. □

KORRESPONDENZADRESSE

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

Laparoskopische Gallengangsexploration – **Indikation, Technik, Instrumentarium**

Autoren: C. Mittermair, H. Weiss, Salzburg

Für Chirurgen, die in den letzten Jahrzehnten in Österreich ausgebildet wurden, klingt die Frage, ob die laparoskopische Gallengangsexploration (LCBDE) und Steinbergung eine sinnvolle Alternative zur ERCP darstellt, etwas befremdlich. Das liegt wohl an zwei Tatsachen: Zum einen hat sich bereits vor über 30 Jahren die wenig-invasive endoskopisch-retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP) in der Therapie der Choledocholithiasis gegen die chirurgische Gallengangrevision mit oder ohne T-Drainage in der Routine durchgesetzt, zum anderen wird die ERCP in vielen Krankenhäusern ohnehin von Chirurgen durchgeführt, sodass ein Beiziehen des internistischen Gastroenterologen für die flexible Endoskopie nicht erforderlich ist.

International priorisiert die Standardtherapie der Choledocholithiasis zwar zumeist das sogenannte therapeutische Splitting (primäre ERCP gefolgt von einer späteren laparoskopische Cholezystektomie [LCHE]), aber es gibt in den letzten wenigen Jahren einen gewissen Trend hin zur LCBDE, Steinbergung und CHE im einzeitigen Setting.

Indikation und Ergebnisse

Historisch betrachtet war die Behandlung der Choledocholithiasis über viele Jahrzehnte eine Domäne der klassischen Chirurgie. Die offene Cholezystektomie mit gleichzeitiger Gallengangsrevision und T-Rohr-Drainage galt als Standardverfahren. Ironischerweise war es der chirurgische Fortschritt mit dem Siegeszug der laparoskopischen Chirurgie bei gleichzeitiger Entwicklung der flexiblen Endoskopie, durch welche eine Verschiebung der Behandlung hin zur Endoskopie stattgefunden hat.

Zu jener Zeit war die LCHE aufgrund mangelnder Expertise, suboptimaler Instrumente und schlechter Kamerasysteme eine herausfordernde Operation. Eine LCBDE war hoch Risiko behaftet und meist undenkbar. Diese Entwicklung führte zum Beispiel in den USA zu einem signifikanten Rückgang der chirurgischen Gallengangsexplorationen – von 40% auf 9% bei Patienten mit Choledocholithiasis – und einer gleichzeitigen Zunahme der ERCP- Anwendungen von 77% auf 95% im Zeitraum von 1998 bis 2013 [1].

Der Fortschritt und die zunehmende Expertise im Bereich der minimal-invasiven Chirurgie hat jedoch die Situation in den letzten Jahren verändert. Verbesserte Fertigkeiten und die breite Implementierung minimal-invasiver Verfahren haben die nötige Erfahrung und Sicherheit verliehen, komplexe LCBDE durchzuführen. Zudem eröffnen technologische Fortschritte neue Möglichkeiten. Stellvertretend seien der Einsatz von Operationsrobotern, verbesserte Kamerasysteme und neu entwickelte Choledochoskope genannt. Eine weitere Unterstützung in dieser oftmals komplexen Situation kann die mittlerweile breitflächig verfügbare Verwendung von Färbemethoden (z.B. ICG) zur Gallengangsdarstellung in komplexen Situationen sein. Somit kann heute eine Sanierung der Choledocholithiasis vielerorts in einem einzigen Eingriff ohne therapeutisches Splitting sicher durchgeführt werden.

Nicht unerwähnt bleiben sollen wirtschaftliche Überlegungen. Mit Bezug auf das US-amerikanische Versicherungssystem, ist eine mögliche Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer und -kosten (um ca. 30% [2]) ein Faktum, welches auch in unseren Breiten angesichts steigender Bettensperren und Krankenhauskosten an Relevanz gewinnt.

Das Outcome beider Therapieansätze, therapeutisches Splitting versus LCBDE, wurde in zahlreichen randomisiert kontrollierten Studien und einigen Meta-Analysen untersucht. Insgesamt lässt sich festhalten, dass beide Verfahren eine ähnliche Ergebnisqualität haben. Das Splitting mit präoperativer ERCP und anschließender LCHE führt laut Literatur zu einer etwas höheren Rate an vollständiger Sanierungen des Gallengangs bei geringerer Rate an Gallengangsleckagen. Vergesellschaftet ist dies jedoch mit einer höheren Rate an postinterventionellen Pankreatitiden. Der Krankenhausaufenthalt ist bei der LCBDE Methode kürzer, die Morbidität und Mortalität vergleichbar [3]. Der Vergleich von LCBDE mit LCHE und gleichzeitiger intraoperativer ERCP zeigt ähnliche Ergebnisse. Hier weist die Gruppe mit LCBDE jedoch eine höhere Rate an erfolgreichen Gallengang-Sanierungen auf [4].

Ergänzend sei erwähnt, dass der laparoskopischen Exploration des Gallengangsystems zur Begutachtung und Therapie maligner Stenosen aufgrund der Fortschritte in der Bildgebung (Computertomographie, Endosonographie, MRT) und der endoskopischen Interventionsmöglichkeiten (ERCP, Spy-Glass, Hot-Axios-Stent etc.) nur noch eine untergeordnete Rolle zukommt.

Technik

Wesentlicher Bestandteil der LCBDE Technik ist die Verwendung eines Choledochoskops zur Visualisierung der Steine im Gallengang. Dieses wird über einen Zugang im Oberbauch, zumeist über einen Trokar, von rechts subcostal eingeführt und dann im Gallengangssystem platziert.

Transzystische vs. transcholedochale Gallengangsexploration:

Die transzystische Gallengangsexploration wird in der Regel durch eine Inzision im Bereich des Infundibulums der Gallenblase oder im oberen Anteil des Ductus Zystikus durchgeführt. Bei sehr schmalen Gallengängen kann eine T-förmige Inzision erforderlich sein, andernfalls erfolgt eine quer verlaufende Eröffnung des Gangs.

Fallweise kann eine Ballondilatation des Ductus Zystikus notwendig sein.

Bei der transcholedochalen Exploration wird der DHC typischerweise längs eröffnet und anschließend quer verschlossen. Die routinemäßige Verwendung von T-Drainagen ist hierbei nach aktueller Einschätzung in der Literatur nicht notwendig: Die vorhandenen Daten zeigen keinen signifikanten Unterschied im Outcome, jedoch scheint die Gruppe mit T-Drainagen häufiger Komplikationen zu entwickeln, und der Krankenhausaufenthalt ist in dieser Gruppe tendenziell länger [5].

In der Gegenüberstellung der transyzstischen und der transcholedochalen Methode zeigt erstere eine geringere Rate an Gallengangsleckagen und eine zumindest ebenso hohe Erfolgsrate in Bezug auf die vollständige Sanierung des Gallengangs.

Instrumentarium

Ein wesentlicher Bestandteil der Methode ist das geeignete Instrumentarium. Moderne Choledochoskope bieten eine erheblich verbesserte Auflösung im Vergleich zu älteren Modellen und sind häufig in HD-Qualität verfügbar. Geräte sind von verschiedenen Herstellern als Einweg- oder Mehrwegprodukte erhältlich und haben einen Durchmesser von weniger als 3 bis knapp über 5 mm. In der Regel erfolgt die direkte Visualisierung der Steine im Gallengangssystem primär mit dem Choledochoskop. Alternativ kann eine primäre Cholangiographie erfolgen, nicht zuletzt aus Dokumentationszwecken.

Werden die Steine mit dem Choledochoskop identifiziert, können diese mit verschiedenen Instrumenten entfernt werden. Zur Steinextraktion kommen Ballonkatheter in verschiedenen Größen und Körbchen zur Anwendung. Auch Lithotripter, Lasersonden und Stents stehen zur Verfügung. Alternativ können die Steine nach einer Ballondilatation der Papilla vateri in das Duodenum verschoben werden.

Fazit

Die LCBDE bei Choledocholithiasis ist mit der heute verfügbaren Technik und der Erfahrung minimal-invasiver Chirurgen eine sichere und schonende Alternative zum therapeutischen Splitting mit primärer ERCP und sekundärer LCHE. Sie ergänzt das Armamentarium der modernen Chirurgie und eröffnet weitere Möglichkeiten in der Behandlung betroffener Patienten. Ob das therapeutische Splitting als Goldstandard in der Behandlung der Choledocholithiasis abgelöst wird, ist aus heutiger Sicht offen. □

LITERATUR

1. Wandling MW. et al. (2016): JAMA Surg 151(12): 1125-1130
2. Morton A. et.al. (2022):Am J Surg 224(1 Pt A): 116-119
3. Lyu Z. et. al. (2019): Surg Endosc 33(10): 3275-3286
4. Zhu J, et. al. (2021): Surg Endosc 35(3): 997-1005
5. Gupta N (2016): World J Gastrointest Surg 27(5): 376-81

KORRESPONDENZADRESSEN

Priv.-Doz. Dr. Christof Mittermair
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg
Abteilung für Chirurgie
Kajetanerplatz 1
5020 Salzburg
E-Mail: christof.mittermair@bbsalz.at

Prim. Prof. h.c. Univ. Doz. Dr. Helmut G. Weiss, MSc, FEBS
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg
Vorstand Abteilung Chirurgie
Kajetanerplatz 1
5020 Salzburg
E-Mail: helmut.weiss@bbsalz.at

Chirurgie Talks 2: Wie wichtig sind chirurgische Organisationen und kollegiale Zusammenarbeit?

Autorin: M. Bubenova, Waidhofen an der Ybbs

Das Gespräch mit Dr. Patricia L. Turner, CEO von American College of Surgeons (ACS), für Young Surgeons Austria ist am 14. Mai 2024 per Zoom stattgefunden. Für den zweiten Teil von insgesamt drei geplanten Teilen der „Chirurgie Talks" habe ich genau diese Wahl getroffen, weil ich die Rede von Dr. Turner beim Kongress des ACS in Boston im Jahr 2023 gehört habe. Dr. Turner gehört sicherlich zu den inspirierenden und motivierenden Persönlichkeiten auf der chirurgischen Szene, die uns mit ihren Erfahrungen und Ideen bereichern kann. „We know as surgeons that obtaining the best outcomes for our patients and our teams depends on our rigor and discipline."

Notiz: Die Audio-Aufnahme des Gesprächs wurde transkribiert und ins Deutsche übersetzt. Der Text wurde bei der Übersetzung nur minimal angepasst, die lexikalische und morphologische Struktur wurde möglichst beibehalten.

1. **Das Motto des American College of Surgeons lautet: „To heal all with skill and trust". Können Sie uns bitte sagen, was es umfasst?**

PT: Ich würde sagen, es gibt wahrscheinlich mehrere Perspektiven, um das zu betrachten. Der erste Teil „To heal all" spricht wirklich die Tatsache an, dass wir das Haus der Chirurgie für alle Chirurg:innen sind. Wir haben alle Fachrichtungen vertreten. Wir haben sowohl die, die in der Privatpraxis arbeiten, als auch die, die akademisch tätig sind. Wir haben diejenigen, die am Anfang ihrer Karriere stehen, und diejenigen, die am Ende ihrer Karriere sind, Medizinstudent:innen, Assistenzärzt:innen. Wir haben also alle Chirurg:innen und somit auch alle Patient:innen, für die sie sorgen. Wir versuchen, alle Patient:innen weltweit zu heilen, unabhängig von ihrem chirurgischen Problem. Der Teil „with skill and trust" bezieht sich auf unser Bildungsangebot im Bereich der Fähigkeiten, um sicherzustellen, dass die Chirurg:innen gut ausgebildet sind, dass sie die Fähigkeiten haben, eine qualitativ hochwertige chirurgische Versorgung zu bieten. Unsere Aufgabe als American College of Surgeons ist es, dieses Wissen, diese Ausbildung und Lehre bereitzustellen, die es unseren Chirurg:innen ermöglicht, alle diese Patient:innen mit Können zu versorgen. Der Vertrauensaspekt bezieht sich mehr auf die Qualitätsverbesserung und die Tatsache, dass wir möchten, dass unsere Patient:innen darauf vertrauen können, dass wir die beste Qualität der Versorgung bieten und aktuelle, evidenzbasierte Empfehlungen an unsere Patient:innen weitergeben. Und so beruhen unsere Programme zur Qualitätsverbesserung, sei es für Brustkrebs, Adipositas, chirurgische Onkologie oder Trauma, alle diese Programme zur Qualitätsverbesserung, die den Patient:innen versichern, dass sie eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Versorgung erhalten, sind wahrscheinlich der letzte Aspekt. Der Vertrauensaspekt.

Ich: Vertrauen ist so wichtig. Ich denke, wir müssen unseren Patient:innen beweisen, dass es einen Grund gibt, uns zu vertrauen und dass wir diese Qualität liefern können, damit sie nicht blind vertrauen.

PT: Und wir möchten, dass unsere Patient:innen eine Partnerschaft im Entscheidungsprozess haben. Es geht nicht nur darum, dass der Chirurg dem Patienten sagt, dass er eine bestimmte Operation benötigt, sondern der Patient hat die Möglichkeit, seine eigenen Wünsche abzuwägen. Was sind die Ziele des Patienten, nicht nur die Ziele des Chirurgen, was möchte der Patient als Ergebnis dieser Operation haben? Sicherzustellen, dass alle ihre Fragen beantwortet werden, damit sie das Gefühl haben, über die Risiken und Vorteile informiert zu sein, darüber informiert zu sein, wie sie nach der Operation besser dastehen werden. Aber wir müssen unsere Patient:innen in diese Gespräche einbeziehen.

2. **Es gibt ein Sprichwort „work hard and smart". Was bedeutet „hard" und was bedeutet „smart" in der Chirurgie?**

PT: Ich würde sagen, dass „work hard" Teil dessen ist, was wir als Chirurg:innen kennen. Ich meine, wir erwarten, hart zu arbeiten. Wir hätten diesen Beruf nicht gewählt, wenn wir nach etwas Einfacherem gesucht hätten. Es gibt tausend Dinge, die wir tun könnten, die leichter sind als Chirurg:in zu sein. Die Jahre der Ausbildung, die vielen Arbeitsstunden, die schwierigen Entscheidungen, die Krisen, in denen wir uns befinden. Also denke ich, dass Teil des Chirurgseins die Arbeitsmoral und die Bereitschaft ist, Zeit und Energie zu investieren, hart zu arbeiten, weiterhin die beste Versorgung zu leisten und uns weiterzubilden, damit wir wieder die beste Versorgung bieten. Ich denke, der Aspekt des „hart Arbeitens" ist einfach ein wesentlicher Bestandteil. Das „work smart" bezieht sich wahrscheinlich eher oder ebenso sehr auf Innovation und darüber nachzudenken, wie wir effektiver sein können. Wir denken an Operationen, die noch vor 20 Jahren, als ich in der Ausbildung war, durchgeführt wurden, die wir heute nicht mehr machen, weil wir bessere Wege gefunden haben, es zu tun. Es geht also nicht nur um harte Arbeit, die über eine Generation hinweg immer dasselbe tut. Es ist harte Arbeit und Innovation.

Ich: Genau. Ich denke, es geht darum, darüber nachzudenken, wie man es verbessert, nicht darum, jedes Jahr dasselbe zu wiederholen, sondern alle Werkzeuge und Mittel zu nutzen, die wir haben, um das Ergebnis zu verbessern. Ich habe auch von Ihrer Initiative „The Power of Quality" gelesen.

PT: Ja, das ist ein gutes Beispiel, bei dem wir versuchen, darüber nachzudenken, wie wir es besser machen können, wie wir Krankenhäusern und Chirurgen helfen können, eine bessere Versorgung zu bieten. Und es geht nicht, wie Sie gesagt haben, nur darum, immer wieder dasselbe zu tun. Was ist neu in der Literatur? Halten wir mit der Innovation Schritt? Halten wir mit den neuen Fortschritten Schritt und bringen wir diese Fortschritte unseren Patient:innen so, dass sie von denjenigen profitieren, die voranschreiten?

3. **Was ist das Verhältnis zwischen einem Chef und einer Führungskraft? Warum sind Führungskompetenzen so wichtig?**

PT: Ich denke, manchmal können diese Begriffe synonym sein, oder es kann die gleiche Person sein, die sowohl eine effektive Führungskraft als auch der Chef ist. Manchmal sind sie aber nicht dasselbe. Ich denke, wir können Beispiele von Menschen nennen, die Führungsrollen haben, aber keine effektiven Führungskräfte sind. Ebenso können wir an Menschen denken, die effektive Führungskräfte sind, aber nicht den Titel tragen. Also würde ich sagen, sie sind sich in einem Venn-Diagramm teilweise überschneidende Kreise. Sie überschneiden sich nicht vollständig, weil es einige Menschen gibt, die sowohl effektive Führungskräfte sind und den Titel haben, und andere, die auf der anderen Seite stehen. Wenn wir an effektive Führung denken, wäre es auf jeden Fall jemand, der dem Team hilft, die Vision für ein gemeinsames Ziel zu sehen und ihnen zu helfen, dorthin zu gelangen. Wenn man also nicht über sein Team nachdenkt und darüber, wie sie von seinen/ihren Entscheidungen betroffen sind, wird man wahrscheinlich nicht effektiv sein, wenn man nicht in der Lage ist, die Vision klar zu formulieren, wohin man will. Was auch immer die Strategie ist, man muss sie klar im Kopf haben und in der Lage sein, sie dem Team zu vermitteln. Manchmal kommt das in Form einer Person, die der Vorsitzende oder der Chef ist und die Leute anleitet, diese Arbeit zu tun. Manchmal ist es jedoch eine Person, die andere Funktion hat. Also denke ich, sie sind miteinander assoziiert, aber wahrscheinlich nicht genau dasselbe.

Ich: Es gibt verschiedene Menschen in einem Team, die unterschiedliche Ziele und Perspektiven haben. Und vielleicht sieht der Erfolg – oder einfach das Bild des Erfolgs – bei ihnen unterschiedlich aus.

PT: Besonders wenn man das Team aufbaut, kann es sein, dass nicht alle Personen im Team dieselben Stärken haben, und das ist Teil der Strategie. Man kann jemanden haben, der ein außergewöhnlicher Kliniker ist, der viele Fälle macht und die wirklich schwierigen Fälle behandelt und in der klinischen Versorgung exzellent ist, aber das muss nicht die gleiche Person sein, die der effektive Lehrer ist, den alle Studierenden lieben und von dem sie lernen möchten. Und das könnte eine andere Person sein als die, die wissenschaftlich aktiv ist, die im Labor arbeitet oder viele wissenschaftliche Arbeiten schreibt. Und das könnte nicht die Person sein, die der Vorsitzende der Abteilung ist. Wenn man also der Vorsitzende ist, bringt man alle diese Leute zusammen und weiß, worin ihre Stärken bestehen. Der Fachbereich hat also insgesamt alle diese Fähigkeiten, aber sie müssen nicht alle in einer Person vereint sein. Und dann ist es die Aufgabe der Führungskraft, die Stärken und Schwächen des Teams zu erkennen und sie so zusammenzusetzen, dass es gut funktioniert. Und ihnen zu helfen, effektiver zu werden. Wenn man also erkennt, dass es eine Schwäche gibt oder etwas, das sie nicht besonders gut können, dann möchte man ihnen helfen, in diesem Bereich zu wachsen. Und das ist die Aufgabe der Führungskraft, herauszufinden, wie man dem Team helfen kann.

4. **Warum überlebt der transaktionale Führungsstil immer noch in der Chirurgie? Sollte er ersetzt werden, und wenn ja, wie?**

PT: Ich denke, ein Teil davon liegt wahrscheinlich daran, dass es manchmal der Weg ist, um ein Engagement für das zu schaffen, was man erreichen möchte. Wenn man die Möglichkeit hat, jemanden zu belohnen, kann das helfen, die Person dazu zu bringen, sich zu engagieren oder in die Richtung zu gehen, die man selbst geht. Oder, wenn man die Möglichkeit hat, jemanden zu bestrafen oder ihm etwas zu entziehen, das er möchte, kann das ebenfalls seine Bereitschaft erhöhen, dem zu folgen, was man von ihm möchte. Was man sich aber wirklich wünscht oder bevorzugt, ist, wie Sie gesagt haben, nicht eine rein transaktionale Beziehung zu den Mitarbeitern zu haben, bei der sie nur das tun, was man will, weil man die Möglichkeit hat, sie zu belohnen oder zu bestrafen, sondern dass sie die eigene Vision teilen, die Dinge genauso sehen wie man selbst oder dass sie die gleiche Vision sehen, die man vermittelt, oder dass sie zustimmen, dass das die Richtung ist, in die sie gehen möchten.

In einer idealen Welt würde man als Führungskraft in der Lage sein, Engagement und Mitwirkung zu fördern, weil alle in die gleiche Richtung gehen wollen und deshalb in der Abteilung sind oder deshalb wollen, dass man ihre Führungskraft ist – weil sie mögen, wohin man sie führt – anstatt dass sie wirklich nicht dahin gehen wollen, wohin man sie führt, und es nur aufgrund der transaktionalen Natur des Austauschs tun. In einer idealen Welt würde man in der Chirurgie, wie auch in anderen Bereichen, erkennen, dass sich Führung im Laufe der Jahre verändert hat. Die heutige, moderne Art der Führung ist weniger Top down und weniger von Strafe, Risiko und Belohnung geprägt. Sie zielt mehr darauf ab, das Team einzubeziehen, mehr Wert auf effektive Kommunikation zu legen und darüber nachzudenken, mehrere Stakeholders in das Gespräch einzubeziehen, sodass es nicht nur eine einzelne Person betrifft, weil komplexe Probleme komplexe Lösungen erfordern.

Ich: Genau, ich denke, wir brauchen mehr Analyse in diesem Prozess – Fragen zu stellen wie: Warum ist das passiert? Was hat zu diesem Ergebnis geführt? Wie können wir verhindern, dass es in Zukunft wieder passiert, oder was können wir daraus lernen? Es geht darum, mehr Fragen zu stellen und wirklich zuzuhören.

PT: Ja, ich denke, Sie haben genau recht, und dieser Gedanke der Demut ist ein wichtiger Aspekt. Und wie Sie gesagt haben, ist es entscheidend, ein aktiver Zuhörer zu sein, Fragen zu stellen und zuzuhören, wenn Menschen ihr Feedback geben. Das gehört zu einer effektiven Führung. Wenn man so sicher ist, dass man als Individuum alle richtigen Antworten hat, hört man nicht zu, wenn das Team einem Ratschläge gibt oder Feedback oder Vorschläge macht. Und sicherlich, ja, man ist immer noch die Führungskraft und muss letztlich die Entscheidung treffen. Man muss mit den Konsequenzen der eigenen Handlungen leben, aber man würde vermutlich von „open mind“ profitieren und eine Lösung finden,

die all die klugen Menschen im Team einbezieht – weil man vermutlich genau diese Leute eingestellt hat, weil man sie für klug und fähig hält und weil sie etwas beizutragen haben. Andernfalls hätte man sie nicht eingestellt.

5. **Erinnern Sie sich an eine Situation aus Ihrem Berufsleben, in der Sie ein Problem in eine Herausforderung und eine Chance verwandelt haben?**

PT: Sicher. Wir alle können an viele Situationen denken. Ein gutes Beispiel wäre, wenn wir an das ACS denken. Wenn man ein Mitglied von ACS werden möchte, ist das ein komplexer Prozess. Es beinhaltet eine Bewerbung und Empfehlungsschreiben und ein Case Log und ein Interview. Und es gibt viele bewegliche Teile. Als ich zum ersten Mal zum ACS kam, machten wir das noch in Papierform. Man füllte die Bewerbung aus und schickte sie dann per Post ein. Dann gab es Mitarbeiter, die die Umschläge öffnen mussten und Unterlagen in die Datenbank scannen mussten. Es war ein Unzufriedenheitsfaktor für unsere Mitglieder, weil es wirklich lange dauerte. Also, wenn man den Prozess startete, konnte es fast zwei Jahre dauern, bis man als Mitglied aufgenommen wurde. Dann denkt man an das Case Log, das auch noch auf Papier eingereicht werden musste. Also, wieder mussten die Leute ihre Fälle herunterladen und in Papierform senden, diese mussten dann gescannt werden und dann mussten Interviews geplant werden. Es war alles ein sehr langwieriger Prozess. Also, darüber nachzudenken, wie wir von der traditionellen Papierform auf ein elektronisches System umsteigen können, wie können wir den Prozess schneller machen? Wie können wir mehr bewährte Praktiken aus anderen Bereichen als der Medizin in das, was wir in der Medizin tun, integrieren? Und ich denke, das war sehr erfolgreich. Wir konnten den gesamten Prozess schneller machen. Wir mussten keine Zeit mehr damit verschwenden, Umschläge zu öffnen, weil alles elektronisch einging und direkt in ihre Akten ging. Es half unseren internationalen Mitgliedern, denselben Prozess wie unsere US-amerikanischen Mitglieder zu durchlaufen. Früher hatten wir keinen Interviewprozess für internationale Mitglieder. Man dachte, es wäre zu komplex, weil, was sollte man tun? Ein Flugzeug nehmen und irgendwo hinfliegen oder ein telefonisches Interview machen? Aber als wir die Möglichkeit integrierten, Videokonferenzen wie Zoom zu nutzen, konnte man ein wirklich effektives Meeting durchführen. Und es ermöglicht, den Interviewprozess genauso wie bei inländischen Mitgliedern zu gestalten. Es machte den Prozess gerechter, weil jeder denselben Prozess durchläuft. Es war schneller. Das war ein echter Erfolg. Es sind keine aufregenden Dinge, aber es ist etwas, was wichtig ist. Und wenn wir an alle unsere Mitglieder denken und daran, wie wir diesen Prozess schneller und effizienter durchführen können, ist das ein konkretes Beispiel, wie wir das Ganze verändert haben, um etwas Frustrierendes besser zu machen. □

Patricia L. Turner, MD, MBA, FACS, is the executive director and chief executive officer of the American College of Surgeons and a clinical professor at the University of Chicago.

Ich bin sehr dankbar für die Chance, dieses Interview mit Dr. Patricia L. Turner realisieren zu dürfen. Das Motto des ACS „To heal all with skill and trust“ ist im Jahr 2024 bereits 111 Jahre alt. Es ist zwar alt aber auf keinen Fall altmodisch - ganz im Gegenteil, ich finde es sehr fundamental und visionär. Ich denke, wenn wir wirklich eine exzellente und globale Qualität und einen kontinuierlichen Fortschritt liefern wollen, ist die Rolle chirurgischer Organisationen, Qualitätssicherungsprogramme und einer effektiven kollegialen Zusammenarbeit unabdingbar. Das ACS wurde 1913 von Dr. Franklin H. Martin im Alter von 56 Jahren gegründet. Der Leitfaden für dieses Gespräch war für mich die Martin Memorial Keynote Lecture über Dr. Martin „From rural boyhood to distinguished surgeon“ und seine Basis in wichtigen Werten wie Fairness, Ehrlichkeit, Disziplin, Verantwortung, die er während seiner jungen Jahre bei der physischen Arbeit gewann. Das führte später dazu, dass er auch sehr gute organisatorische und administrative Fähigkeiten hatte und nicht nur das ACS, sondern auch Journal Surgery, Gynecology and Obstetrics (aktuell Journal of American College of Surgeons) im Jahr 1905 gründete, den Clinical Congress of North America 1910, Postgraduate Medical School of Chicago 1889 (um die damals fehlende klinische Erfahrung zu fördern), Hospital standardization program 1917 und weitere bedeutende Schritte. Ich hoffe, dieses Gespräch wird für viele von uns inspirierend sein.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Maria Bubenova
Klinik für Chirurgie
Landesklinikum Waidhofen an der Ybbs
Ybbsitzerstraße 112
3340 Waidhofen an der Ybbs
E-Mail: maria.bubenova@waidhofen-ybbs.lknoe.at

Die Originalversion des Interviews in Englisch wird ab Januar 2025 auf der Website von Young Surgeons Austria verfügbar sein.

Europäische Facharztprüfung in „General Surgery“ Gent-Belgien 2024

Autor: H. Schmölzer, Graz

Die Europäische Union (EU) sieht vor, dass Facharztqualifikationen über nationale Grenzen hinweg anerkannt werden. Die fachspezifischen Standards in den einzelnen (Mitglieds-) Staaten sind aber nach wie vor sehr unterschiedlich. Aus diesem Grund bietet *Union Européenne des Médecins Specialisés (UEMS)* europaweite „Chirurgische Facharztprüfungen“ an – die *„EBSQ-Exam's“*. Diese sollen einen europäischen Ausbildungsstandard durch valide und anspruchsvolle fachspezifische Prüfungen sicherzustellen.

Die *UEMS* ist das Gremium, in dem auf EU-Ebene die nationalen Fachgesellschaften aus allen medizinischen Fachgebieten (Sektionen) organisiert sind.

EBSQ steht für *„European Board of Surgery Qualifikation“* und ist die Sektion für Chirurgie, welche selbst wiederum in *„Divisions“*, gemäß unterschiedlicher chirurgischer Schwerpunkte unterteilt ist. Diese Divisionen entsprechen am ehesten „Spezial“-Fachrichtungen innerhalb der Chirurgie wie zum Beispiel Brustchirurgie, Koloproktologie, Traumachirurgie, Bauchwand und Hernienchirurgie bzw. auch Allgemeinchirurgie und chirurgische Onkologie.

Für jede dieser *„Divisions“* innerhalb der Sektion Chirurgie können Fachprüfungen abgelegt werden. Jede hat ihren eigenen Lehrplan, Zulassungsvoraussetzungen und Prüfungsmodalitäten. Das Bestehen der *EBSQ*-Prüfung führt dann zur Verleihung des Titels „Fellow of the European Board of Surgery“ in der entsprechenden Fachrichtung.

Die diesjährige *EBSQ*–Prüfung für die Sektion *„General Surgery“* fand in Gent, Belgien vom 11. bis 13. September statt. Die Prüfung bestand aus einem schriftlichen und mündlichen Teil. Im schriftlichen Teil wurden 100 Multiple-Choice-Fragen gestellt. Jede Frage hatte fünf Antwortmöglichkeiten, nur eine war korrekt (Single Best Answer). Im mündlichen Teil wurden an neun Stationen mit jeweils mindestens zwei Prüfer*Innen klinische Fälle besprochen und Behandlungsoptionen diskutiert. Desweitern musste ein wissenschaftlicher Artikel kritisch, hinsichtlich des Ziels der Studie, des Studiendesigns, der Ergebnisse, seinen Stärken und Schwächen bewertet und mit dem Prüfer*Innen analysiert werden. Die Prüfungskommission bestand aus erfahrenen, internationalen Chirurg*Innen welche alle erfolgreich die *EBSQ*-Prüfung in der Vergangenheit absolviert haben bzw. aus *„National Representatives“* - Abgesandte der jeweiligen nationalen Fachgesellschaften. Österreich war diesmal durch Univ.Doz.Dr. Sebastian Roka im Prüfungskomitee vertreten. Die Prüfungsdauer pro Station betrug zehn Minuten. Die Prüfungsergebnisse wurden am dritten und letzten Prüfungstag verlautbart und die Zertifikate an diejenigen, welche beide Teilprüfungen positiv absolviert haben feierlich übergeben.

Zurzeit absolviert man ein *EBSQ*–Examen noch zum eigenen Qualifikationsnachweis, aber die erfolgreiche Absolvierung wird zunehmend als „Sign of Exellence“ anerkannt. Die zukünftige Entwicklung dieses europäischen Diploms sieht eine einheitliche Legalisierung der Facharztprüfungen im Kontext des fortschreitenden europäischen Harmonisationsprozesses der medizinischen Ausbildung vor, um einen qualitativ hochwertigen und vergleichbaren Stand bei der Qualifikation von medizinischen Spezialisten in der EU sicher zu stellen. Hier gilt es noch einen langen Weg zu gehen, erste Schritte werden aber durch zunehmendes Absolvieren der *EBSQ* Examen gesetzt. □

KORRESPONDENZADRESSE

OA Dr. Schmölzer Hannes, FEBS
LKH Graz II, Standort West
Abteilung für Allgemeinchirurgie
Göstingerstraße 22
A-8020 Graz
E-Mail: hannes.schmoelzer@kages.at

Dr. Viktor Frieders-Justin

Klinik Donaustadt

1. Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?
Weil wir in der Chirurgie oft direkt und unmittelbar helfen können, es ein spannendes Fach ist und mir auch das praktisch-manuelle Anwenden theoretischen Wissens eine große Freude macht.

2. Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?
Eine Vielzahl. Mein Großvater, Julius Kraft-Kinz, der mit seiner Arbeitsmoral, hohen ethischen Ansprüchen und Patienten-Zentriertheit sicherlich meinen Weg zur Chirurgie vorgebahnt hat. Meine universitären Lehrer in Graz, allen voran Selman Uranüs, ein feiner Mensch, der meine wissenschaftliche Ader stets gefördert und gefordert hat. Und zuletzt meine beiden chirurgischen Chefs, unter deren Ägide ich viel lernen durfte und darf.

3. Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?
Menschlichkeit, Geschick, Wissen, Mut und die Fähigkeit zu eigenen Fehlern zu stehen und daraus zu lernen.

4. Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?
Eine Herausforderung, die gegenseitiges Verständnis braucht. Außerdem ist es auch ein bisschen die Kunst Wichtiges von Unwichtigem zu unterschieden und ab und an auch Nein sagen zu können.

5. Was braucht die Chirurgie der Zukunft?
Das was sie Medizin im allgemeinen braucht: Ressourcen, Zeit für das Wesentliche und Chancen sich zu entfalten. Die Chirurgie im Speziellen: motivierten und engagierten Nachwuchs, der nur mit neuen Ausbildungskonzepten überzeugt werden kann.

6. Ihr Lebensmotto?
Ein richtiges Motto habe ich nicht, aber immer wieder Sätze/Gedichtzeilen die mich begleiten. Und Tante Jolesch‘s Weisheiten sind aber fast immer mit dabei.

OÄ Dr. Caroline Kienbacher

KH Nord/Klinik Floridsdorf

1. Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?
Ich wollte etwas Handwerkliches und Bedeutsames tun.

2. Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?
Mein Freund Max Kopp, dessen theoretisches Wissen und chirurgische Professionalität ich immer bewundert habe und der viel zu früh gestorben ist.

3. Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?
Sich immer wieder zu hinterfragen und viel Geduld.

4. Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?
Ist ein Spagat, die Kinder stehen allerdings an 1. Stelle.

5. Was braucht die Chirurgie der Zukunft?
Engagierte, neuen Methoden offen gegenüber stehende junge Chirurg/innen mit viel Flexibilität.

6. Ihr Lebensmotto?
In der Chirurgie: demütig bleiben!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schauen Sie also bald wieder auf unserer Website vorbei – es lohnt sich!
www.boec.at

es ist mir eine besondere Freude, Ihnen das Kursprogramm der Akademie des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen (BÖC) für das Jahr 2025 vorzustellen. Unser Ziel ist es, Ihnen auch in diesem Jahr 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.

Unsere Kurse decken ein breites Spektrum ab – von Basiskursen für chirurgische Anfänger:innen bis hin zu speziellen Fortbildungen für erfahrene Fachärzt:innen.

Wir hoffen, dass Ihnen unsere Weiterbildungsangebote helfen, Ihre Kenntnisse zu erweitern. 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.

Ich wünsche Ihnen ein erfolgreiches und inspirierendes Fortbildungsjahr 2025 und freue mich auf Ihre Teilnahme an unseren Kursen!

27.–28. Februar 2025
Anastomosenkurs
Standardanastomosentechniken unter Anleitung erfahrener Chirurg:innen

27.–28. März 2025
Laparoskopiekurs „basic“
Tipps und Tricks für die ersten minimal invasiven Eingriffe

24.–25. April 2025
Radiologie für Chirurg:innen
Vom Ultraschall bis zum MRT – was sollen Chirurg:innen wissen?

13.–16. Mai 2025
Hernien
Hospitation an spezialisierten Zentren

27.–30. August 2025
„Fit für die Klinik“
FachärztInnen-Refresher von jungen Chirurg:innen für junge Chirurg:innen, ideal als Vorbereitung auf die Facharztprüfung

Alle relevanten Details, wie das genaue Programm, Anmeldemöglichkeiten und weitere wichtige Informationen, werden in Kürze auf unserer Website verfügbar sein. Wir arbeiten derzeit an den letzten Vorbereitungen und werden Sie zeitnah informieren, sobald alles online ist.

Vorläufige Vorschau auf die Themen im Jahr 2025

- Interdisziplinäre Therapie des HCC
- Translationale Therapie des Morbus Crohn
- Moderne Therapie Zenkerdivertikels
- Zystische Pankreastumore
- Robotische Nierentransplantation
- Kompetenzbasierte chirurgische Ausbildung
- Akute Pankreatitis
- Liquid Biopsy
- AI und Endoskopie
- Dialyse Shunts

Die Anmeldung für alle kommenden Termine und auch die Videos vergangener Webinare finden Sie auf der BÖC Website **www.boec.at** unter „BÖC Akademie".

Terminkalender

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

18. bis 20. Juni 2025

66. Österreichischer Chirurgenkongress
Ort: Salzburg, Salzburg Congress
Kongresspräsident:
Univ. Prof. Dr. Thomas Freude
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

7. Dezember 2024

Gastro-Highlights 2024
Ort: Vienna Marriott Hotel
Info: https://www.gastrohighlights.at/

12. bis 13. Dezember 2024

Hepatobiliary Surgery Meeting incl. Expert Video Session
European Consensus Meeting on Peri- and Postoperative Management following Liver Resection
Ort: Congress Innsbruck
Info: https://www.hpb-innsbruck.at

12. bis 15. Februar 2025

WIT 2025: 43. Wiener Intensivmedizinische Tage „Extrakorporale Therapieverfahren"
Ort: AKH – Hörsaalzentrum, Wien
Info: www.wit-kongress.at

09. bis 15. März 2025

1. Multidisziplinäres Perioperatives Symposium 2025
Ort: Bio-Hotel Stanglwirt, Going am Wilden Kaiser, Tirol
Info: https://registration.azmedinfo.co.at/multi25

29. September bis 1. Oktober 2025

Herzschrittmacher Curriculum 2025
Theoretischer Sachkundekurs
Ort: Schloss Wilhelminenberg, Wien
Info: https://registration.maw.co.at/schrittmacher25

Hospitationsbericht
ISAPS Fellowship Kapstadt

Autorin: H. Luze, Graz

Anfang des Jahres 2024 hatte ich die einzigartige Möglichkeit, ein über die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie mit einem großzügigen Stipendium gefördertes, dreimonatiges plastisch-chirurgisches Fellowship am *The Cosmetic Surgery Institute* in Kapstadt zu absolvieren. Dieses Fellowship erwies sich für mich nicht nur beruflich, sondern auch persönlich als außerordentlich bereichernde Erfahrung, über die ich in den folgenden Abschnitten näher berichten darf.

Das *The Cosmetic Surgery Institute* ist eine zentral in Kapstadt gelegene Privatklinik, an der nicht nur Plastische ChirurgInnen, sondern auch GynäkologInnen, Hals-,Nasen-,Ohren- ÄrztInnen sowie Mund-, Kiefer-, GesichtschirurgInnen affiliiert sind, und in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit ein breites Spektrum ästhetischer und rekonstruktiver Eingriffe abdecken.

Während meines Fellowships hatte ich die großartige Gelegenheit, meine KollegInnen nicht nur im *The Cosmetic Surgery Institute* selbst, sondern auch in der Universitätsklinik *Groote Schuur Hospital*, weiteren Kliniken wie dem *Life Vincent Pallotti Hospital* und der *Mediclinic Cape Town* sowie in privaten Ordinationsräumlichkeiten begleiten zu dürfen.

Hierdurch war es mir möglich, eine Vielzahl von Eingriffen von der initialen Indikationsstellung und präoperativen Planungsphase, über die Operation selbst bis zur Nachbehandlungsphase mit etwaigem Komplikationsmanagement beobachten, und somit einen umfassenden Eindruck erlangen zu können.

Als ein zentraler Teilbereich der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie wurden regelmäßig komplexe rekonstruktive Eingriffe, von freien Lappenplastiken zur Brust- und Mandibularekonstruktion angefangen, bis hin zu craniofazialen Remodelling-Eingriffen bei Kleinkindern durchgeführt. Hierbei konnte ich im ständigen fachlichen Austausch mit meinen KollegInnen sowohl Parallelen zu österreichischen Standardverfahren, als auch Vor- und Nachteile anderer Ansätze sowie Herausforderungen, die ein Setting mit weniger zur Verfügung stehender Infrastruktur mit sich bringt, diskutieren.

In diesem Bereich haben mich insbesondere die Arbeitshaltung und Hingabe des gesamten Teams, welche kombiniert mit einer herausragenden interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation einen reibungslosen Ablauf selbst bei komplexen Fällen ermöglicht, inspiriert.

Als eine weitere Säule der Plastischen Chirurgie stellte auch die Durchführung ästhetischer Eingriffe einen zentralen Bestandteil des Tagesprogrammes am *The Cosmetic Surgery Institute* dar. In diesem Bereich haben mich insbesondere die holistischen und evidenz-basierten Therapieansätze beeindruckt, die nicht nur eine höchst kompetente und umfassende Behandlung, sondern auch herausragende Langzeitergebnisse ermöglichen.

Die intensive Zusammenarbeit mit Dr. Geldenhuys bei komplexen Rhinoplastiken und Dr. van der Westhuizen im Bereich der ästhetischen Gesichtschirurgie hat aber

Bild 1, 5 + 6: Fröhliche Stimmung des OP Personals auch an langen Arbeitstagen | Bild 2 + 3 : Operationsassistenz bei Prof. Graewe | Bild 4: Intraoperative Fotodokumentation eines präformierten DIEP-Lappens zur Brustrekonstruktion

1

2

3

4

5

6

Tafelberg

© hajo100 | stock.adobe.com

auch verdeutlicht, wie untrennbar eine Vielzahl vermeintlich rein ästhetischer Behandlungen mit rekonstruktiven Techniken verbunden ist. Meine beiden Mentoren haben mir durch ihr herausragendes

Engagement einerseits grundlegende Unterstützung für die Erweiterung meines chirurgischen Repertoires, aber auch durch ihre Präzision, Hingabe und Einstellung wesentliche Inspiration für meinen weiteren persönlichen und beruflichen Werdegang gegeben.

Während meines Aufenthaltes war ich zudem äußerst positiv überrascht von der Organisation des Fellowships, der Bereitschaft des gesamten Teams Wissen zu vermitteln und den zahlreichen Möglichkeiten, sich in verschiedensten Teilbereichen der Plastischen, Ästhetischen und Rekonstruktiven Chirurgie weiter zu bilden. Als Fellow wurde ich ab dem ersten Tag als vollwertiges Mitglied des multikulturellen Teams des *The Cosmetic Surgery Institute* angesehen und durfte einen überdurchschnittlich freundlichen und respektvollen Umgang erleben. Letztlich sind im Zuge fachlicher Diskussionen mit einigen an der *Stellenbosch University* und *University of Cape Town* affiliierten ChirurgInnen auch noch Ideen für zukünftige Forschungsprojekte entstanden, die gemeinsam mit unserer neu gegründete Forschungsgruppe „Responsible Aesthetics“ an der *Medizinischen Universität Graz* internationale Kooperationen ermöglichen würden.

Zusammenfassend bot mein Fellowship am *The Cosmetic Surgery Institute* in Kapstadt unschätzbare Möglichkeiten für berufliches und persönliches Wachstum, kulturellen Austausch und globales Networking. Ich hatte die Möglichkeit, über das Verständnis ganzheitlicher Therapieansätze meinen beruflichen Horizont zu erweitern und klinischen Fähigkeiten in verschiedenen Teilbereichen maßgeblich zu vertiefen.

Ein großer Dank gilt der *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* und dem *The Cosmetic Surgery Institute* für die Organisation dieses Fellowships sowie der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und der Medizinischen Universität Graz für die Unterstützung dieser einzigartigen Möglichkeit.

KORRESPONDENZADRESSE

© Isabella Friedmann

Priv.-Doz. DDr. Hanna Luze
Medizinische Universität Graz
Universitätsklinik für Chirurgie
Klinische Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie
Auenbruggerplatz 29/2
8036 Graz
E-Mail: hanna.luze@medunigraz.at

ÖCK 2025

CHIRURGIE
IM DEMOGRAPHISCHEN WANDEL

66. KONGRESS DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

18. - 20. Juni 2025 | Salzburg Congress

Kongresspräsident: Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas Freude

Kongresssekretäre: OA Dr. Lukas Kriechbaumer & Priv.-Doz.in Dr.in Katja Emmanuel

www.chirurgiekongress.at

ÖCK 2025

Themen:

Chirurgie im demographischen Wandel

- Interdisziplinäre Versorgung von Schwerverletzten
- Perioperatives Management des betagten Patienten, z.B. Polypharmazie, Gerinnungsmanagement, Delir etc.
- Wundmanagement: Interprofessionelle Behandlung von Problemwunden, Vernetzung von intramuralen und extramuralen Strukturen
- Chancen in der Patientenversorgung durch Digitalisierung, Robotik und Telemedizin
- Pflegesymposium
- Kurse für Junge Chirurg:innen
- Videositzungen
- Champions League
- Sitzungen der assoziierten Fachgesellschaften

Einreichung wissenschaftlicher Arbeiten bis 15. 01. 2025

Einreichungen, Anmeldungen und Informationen:
www.chirurgiekongress.at

Kongressorganisation, Fachausstellung: Birgit Kamolz GmbH, con:concept Kongress Management
ZWT II, Stiftingtalstraße 14, 8010 Graz | chirurgiekongress@conconcept.at | www.conconcept.at

www.chirurgiekongress.at

Hospitationsbericht
Observership Tygerberg Hospital Cape Town, ZA
Division for Orthopedic Surgery, Department for Surgery

Autorin: J. A. Frunză; Wien

Als Assistenzärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie im letzten Ausbildungsjahr, erhielt ich die Chance im Zuge meiner Ausbildung eine einzigartige Erfahrung in Südafrika zu machen. Als sogenannter "Observer" konnte ich von Jänner 2024 bis Ende April 2024 im Tygerberg Hospital in Kapstadt als Teil der „Orthopedic Unit" einen Einblick in die Traumatologie in Südafrika gewinnen.

* Der Beginn meiner Auslandserfahrung startete rasch und intensiv. "You're not gonna be observing for long", so die ersten Worte meines Oberarztes und so war es. Das wusste ich aber auch schon im Vorhinein, da es auch bereits so ausgemacht war, dass ich unter Supervision auch operieren und Patienten behandeln darf. Was mich aber nicht störte, ganz im Gegenteil! Ich wurde vom ersten Tag an ins Team integriert, durfte an sämtlichen Besprechungen, Fortbildungen und Meetings teilnehmen und auch sofort am Operationstisch mitwirken. Im OP sowohl als Assistent, als auch Operateur. Die Welt der Traumatologie ist vielfältig und noch nie hatte ich so viele Schussverletzungen oder auch Stichverletzungen mit deren Auswirkungen gesehen. Die anderen Einflüsse und Lebensumstände unter denen Patienten hier behandelt werden, dürfen auch nicht außer Acht gelassen werden. Die Infektionsrate mit HIV ist bekanntlich sehr hoch, aber auch Tuberkulose ist hier nicht zu unterschätzen. Zudem muss man auch die mangelnden Hygienezustände aufgrund von ärmlichen Verhältnissen in großen Teilen der Bevölkerung miteinbeziehen. Nekrotisierende Fasziitis kein seltenes Bild. Die Ätiologie der Verletzungen nicht selten aus Mangelernährung und der damit begleitenden schlechten Knochenstruktur resultierend.

Erschreckend schnell aber gewöhnt man sich an diese Umstände und genauso schnell muss man sich auch operativ daran anpassen. Teilweise werden scheinbar einfache Eingriffe plötzlich aufgrund Instrumentenmangels zur Herausforderung. Neue Operationsinstrumente sind rar, so muss man sich teilweise auch mit kaputten Instrumenten zurechtfinden. Das Krankenhausbudget muss zu jedem Zeitpunkt im Auge behalten werden und dieses ist gewiss nicht hoch.

Mein höchster Respekt gilt den Assistenzärzten hier. Überstunden oder auch 40h Woche ist für diese ein Fremdwort. "You go home when you're finished" ist das Motto. Freizeit und Privatzeit hat für die jungen Ärzte in Ausbildung keinen hohen Stellenwert. Ein Arbeitstag fängt um 7:30 mit der Morgenbesprechung an und endet in den meisten Fällen nicht vor 17:00. Danach wird gelernt, sowie auch an Wochenenden. Bedingungslose Disziplin welche sich auch operativ zeigt. Die 25h Dienste die ich von meinem Krankhaus gewohnt bin gibt es hier nicht. Stattdessen operiert man einen Punkt nach dem anderen bis in den frühen Morgen. Die meisten dieser Operationen sind aber dabei keine frischen Verletzungen, die meisten Patienten warten schon teils 2 Wochen darauf. Nach 24h im OP geht man dann noch bis zum frühen Nachmittag Visite. Nicht vorzustellen das auf Dauer durchzuhalten. Die Wochenstunden durchschnittlich über 80h.

Wie eben erwähnt wird das Wort „akut" hier anders gehandhabt. Die meisten Patienten werden über den Front Room, bei und als Erstversorgung bekannt, aufgenommen. Dabei handelt es sich um Unfälle verschiedener Genese. In der Reihung würde ich sagen Platz eins geht an die Verkehrsunfälle und dann kommen direkt die Gewaltverbrechen. Gewalt ist definitiv ein großes Thema in Südafrika, nicht minder den Gangs in den Townships geschuldet. Schusswunden oder auch durchschossene Knochen sind an der Tagesordnung, aber dies ist kein Grund sofort in den OP zu gehen. Die Patienten werden zuerst neurovaskulär, je nach Lokalisation, abgeklärt und dann zur Planung auf die Station aufgenommen. Nicht selten habe ich hier eine 2 Wochen alte Femurfraktur operiert, teils auch erst nach 4 Wochen. Wenn man hier von akut spricht, ist definitiv das Patientenleben gefährdet. Aber alles hat seinen Grund – viele Patienten für wenig Personal. Ebenfalls häufig vorkommende Verletzungen: Panga. Ich wusste zuerst auch nicht wovon der Patient sprach, aber schon am ersten Tag wurde ich damit konfrontiert. Eine Panga ist einer Art Machete die hier oft im Alltag auf der Unfallchirurgie zur Sprache kommt. Komplexe Verletzungsbilder, sowohl mit Weichteil als auch Knochenbeteiligung.

Als Teil des Teams konnte ich von Anfang an meine Erfahrungen sammeln und meine praktischen Fähigkeiten ausbauen. Meine Lernkurve stieg schnell. Sowohl praktisch als auch theoretisch. Verschiedenste Schussverletzungen insbesondere von langen Röhrenknochen lernte ich schnell selbstständig und alleine zu versorgen. Wichtig zu erwähnen wäre noch, dass es hier selbstverständlich ist, dass Assistenzärzte vollkommen alleine ohne Oberarzt oder Facharzt operieren. Das bedeutet massive Disziplin und Eigenverantwortung ist vorausgesetzt. Das Arbeitsniveau höchst professionell und selbstständig.

Ich bin sehr beeindruckt von den Leistungen meiner Kollegen und dem Topniveau der

* Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Ausbildung welches hier Standard scheint. Nicht nur praktisch wird hier auf Spitzenniveau gearbeitet, auch theoretisch gibt es regelmäßig Raum sich weiterzubilden. Meetings und Präsentationen in welchen man nicht nur passiv, sondern auch aktiv teilnimmt stehen an der Tagesordnung.

Ich konnte meinerseits eine riesige Weiterentwicklung feststellen und bin sehr dankbar für diese Erfahrung. Seit meinem Anfang hier betrachte ich die Unfallchirurgie aus einem anderen Blickwinkel. Ob gut oder schlecht kann ich nicht beurteilen, aber definitiv vielfältiger als ich sie in Österreich kennen gelernt habe. Ich bin sehr dankbar diese Chance erhalten zu haben und sehe das nicht als selbstverständlich. Ich habe mich persönlich als auch beruflich weiterentwickelt und bin gespannt welchen Teil meiner gesammelten Erfahrungen ich zukünftig in Österreich umsetzen und einbringen kann.

Ich bin sehr dankbar diese Chance erhalten zu haben und würde es jedem meiner Kollegen weiterempfehlen. Das Wissen welches ich dazu gewonnen habe, insbesondere in dieser komplett anderen Umgebung mit viel weniger Ressourcen, ist für mich unbezahlbar. Meine praktischen Fähigkeiten bezogen auf Basisosteosynthesen haben sich beträchtlich verbessert und geben mir das nötige Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein auch als Fachärztin zukünftig selbstständig auch kompliziertere Operationen durchführen zu können.

Ich möchte mich hiermit vielmals bei der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie für die finanzielle Unterstützung und Förderung im Sinne eines Stipendiums bedanken!

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. univ. Julia Andrea Frunză
Traumazentrum Wien,
Standort Lorenz Böhler
Donaueschingenstraße 13
1200 Wien
E-Mail: julia.frunza@auva.at

Clifton beach in Kapstadt © pierrick | stock.adobe.com

Fellowship Bericht
Orthopaedic Trauma Fellowship "Pelvis & Acetabulum fractures"

Autorin: A. Antoni, Wien

Mithilfe des Hospitationsstipendiums der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie war es möglich für 12 Monate ein chirurgisches und wissenschaftliches Fellowship zum Thema der Becken und Acetabulum Traumatologie an der Division of Orthopaedic Surgery, University of Cape Town in Südafrika zu absolvieren.

Südafrika ist international bekannt für intensive Ausbildung in der Traumatologie. Einerseits aufgrund des hohen Aufkommens von Verletzten durch Kriminalität und Verkehrsunfälle und andererseits aufgrund des strukturierten Systems mit Transferierung in spezialisierte Zentren. Gleichzeitig ist die Lebensqualität in Städten wie Kapstadt für Expats sehr hoch. Dadurch war bereits 2017-2018 mein Aufenthalt als Assistenzärztin an der University of Stellenbosch für Bauch, Thorax und Gefäß Trauma sehr lehrreich. In dieser Zeit erfuhr ich von Prof. Maqungo als Koryphäe auf dem Gebiet meiner geplanten Subspezialisierung auf Becken und Acetabulum. Prof. Maqungo ist international hoch anerkannt auf dem Gebiet und unter anderem „Regional Program Contributor" der „AO Trauma Europe and South Africa" (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) für Becken und Acetabulum. Von der Richtigkeit des guten Rufs konnte ich mich daraufhin bei seinem AO Trauma Kurs und einem Vorstellungsgespräch mit Hospitation an dem von ihm geleiteten Trauma Unit der Division of Orthopaedic Surgery der University of Cape Town überzeugen.

Die hohen Erwartungen an das 12-monatige Fellowship wurden von Anfang an erfüllt, da aufgrund der hohen Fallzahlen durch primäre und sekundäre Transfers an

Das internationale Beckenteam im September 2023 von links nach rechts: Fellow Dr. Antoni, Abteilungs- und Beckenteamleiter Prof. Maqungo, Gastassistenzärztin Dr. Ani von der Yale University USA, Assistenzarzt Dr. Munetsi

das Groote Schuur Hospital sowie in Privatkrankenhäuser wöchentlich mehrere Becken und Acetabulum Frakturen bei jungen sowie geriatrischen PatientInnen durch Prof. Maqungo und sein Beckenteam versorgt werden.

Da in Österreich Fellowships zur Subspezialisierung noch nicht Routine sind, hatte ich anfänglich wenig Vorstellung über meine Rolle als Fellow. Schnell spielte es sich aber ein, dass ich als Schülerin von Prof. Maqungo täglich von ihm lernen durfte, schrittweise Verantwortung für sein Beckenteam übernehmen konnte und an der Abteilung mit der Entscheidungsbefugnis einer Oberärztin eingesetzt wurde.

Der sehr strukturierte Aufbau des Fellowships ermöglichte eine steile Lernkurve. Von anfänglich assistieren und dadurch Abläufe sowie Operationstechniken der Becken und Acetabulum Frakturversorgung kennenlernen, hin zu selbständigem operieren unter Anleitung. Parallel dazu konnte ich von Anfang an je nach Komplexität der Fälle selbständig operieren und teaching Operationen den AssistenzärztInnen des Beckenteams assistieren. Durch diesen stetig durch Prof. Maqungo begleiteten Kreislauf von lernen und lehren mit guter Feedback Kultur konnte ich in herausfordernden 12 Monaten ein großes Spektrum der Becken und Acetabulum Frakturversorgung und der allgemeinen Schussbruchversorgung erlernen.

Durch die hohen akademischen Anforderungen an der University of Cape Town wurde ab der ersten Fellowship Woche der wissenschaftliche Plan für das Jahr erstellt. Die Inskription zum Master Studium „Master of Science in Trauma Sciences“ und Planung wissenschaftlicher Arbeiten wurde durch Prof. Maqungo eingeleitet und mit einem Wissenschaftstag pro Woche unterstützt. Dadurch war es trotz der hohen Anforderungen im klinischen Alltag mit Routineversorgung in den Nachtdiensten möglich im selben Jahr die Masterarbeit und zwei wissenschaftliche Arbeiten zum Thema der Becken und Acetabulum Schussbrüche einzureichen.

Insgesamt war das Fellowship ein wichtiger Schritt in meiner Ausbildung, da durch die Fokussierung auf einen Teilbereich des Fachs eine immense Lernkurve entsteht, und im Bereich der Orthopädie international eine Subspezialisierung durch Fellowships inzwischen Standard ist. Deshalb kann ich allen fortgeschrittenen AssistenzärztInnen und JungfachärztInnen, die eine Subspezialisierung in einer chirurgischen Disziplin anstreben, ein Fellowship wärmstens empfehlen.

Abschließend bedanke ich mich herzlich bei der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie für die finanzielle Unterstützung, ohne die dieses prägende Jahr meiner Ausbildung nicht möglich gewesen wäre.

LITERATUR

1. Antoni A, Maqungo S. Current concepts review: Management of civilian transpelvic gunshot fractures. Injury. 2023;54(12):111086.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Anna Antoni, MSc
Medizinische Universität Wien,
Abteilung für Unfallchirurgie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
E-Mail: anna.antoni@meduniwien.ac.at

Observership
im Garrahan Hospital Buenos Aires

Autoren: B. Mittl, V. Wolfschluckner, Graz

Bereits im Herbst des letzten Jahres begannen wir einen Plan für ein Observership in Buenos Aires zu entwerfen. Nachdem eine Förderung durch die MedUni Graz im Rahmen der „skills up" Initiative leider nicht geklappt hat, wurden wir auf das Hospitationsstipendium der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie aufmerksam und haben uns, als aktive Mitglieder, prompt beworben und rasch eine positive Rückmeldung erhalten.

Unser Aufenthalt in Südamerika startete mit der Teilnahme am INPAT Meeting, kurz für International Network of Pediatric Airway Teams, in Santiago de Chile, einem hochklassig besetzten Meeting, welches die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit (Kinderchirurgie, HNO, Herzchirurgie, Kinderanästhesie, Logopädie, Physiotherapie etc.) anhand hochkomplexer Krankheitsbilder und Case-Reports darlegte.

Am 24.03.2024 landeten wir sodann in Buenos Aires, der Hauptstadt Argentiniens mit einer Einwohnerzahl von rund 13 Millionen Menschen. Die am Rio de la Plata gelegene Metropole begrüßte uns mit herrlichem Wetter und südamerikanischen Vibes. Wir mieteten uns ein AirBnB im Künstlerviertel San Telmo, nicht unweit des Garrahan Hospitals.

Pünktlich zu Dienstbeginn um 8:00 Uhr machten wir uns am nächsten Tag auf, die Gegebenheiten und KollegInnen kennenzulernen. Das Garrahan Hospital ist ein öffentliches Kinderkrankenhaus, welches sich durch seinen hohen Grad an Spezialisierung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin auszeichnet. Mit rund 587 Betten, wovon 132 Intensivbetten sind, werden in 23 OP-Sälen jährlich rund 12.000 Operationen unterschiedlicher Disziplinen durchgeführt. Dabei bietet das Krankenhaus seinen kleinen Patient*Innen ein großes Spektrum beginnend mit endoskopischen Eingriffen, viszeralchirurgischen, plastischen oder auch urologischen Operationen bis hin zu komplexen Transplantationen. In nur zwei Wochen hatten wir die Möglichkeit eine Slide-Tracheoplastie bei einem zweimonatigen Säugling, eine totale Kolektomie bei familiärer Polyposis, mehrere Fälle komplexer Tumorchirurgie, eine laparoskopisch assisiterte Durchzugsoperation bei Mb. Hirschsprung sowie multiple kinderurologische Eingriffe inklusive einer Nierentransplantation zu beobachten. Wir konnten unter anderem am wöchentlichen Meeting, wo alle operierten komplexen Fälle der Vorwoche sowie alle ausständigen Fälle für die kommende Woche anhand von kurzen Präsentationen im Team besprochen wurden, teilnehmen. Weiters findet ein wöchentliches Meeting mit Besprechung aller stationären neonatologischen Patient*Innen mit Dr. Mariano Boglione, OP-Koordinator und Neonatalchirurg, und allen Ausbildungsassitent*Innen statt. Dabei wird großen Wert auf teaching gelegt und einzelne Fälle genauer besprochen.

Haupteingang des Garrahan Hospital

Alltag im OP

Im Rahmen einer Führung durchs Krankenhaus konnten wir unter anderem den Schockraum, welcher drei nebeneinanderstehende Liegen und alles notwendige Equipment umfasst, sowie auch das hauseigene Forschungslabor besichtigen. Dies beinhaltet sowohl einen Operationssaal für Schafe oder auch Schweine als auch einen kleineren Raum, welcher mit eigenen Mikroskopen für Kleintiere, welche wenige Räume weiter in SPSS-Haltung gehalten werden, ausgestattet ist.

Des Weiteren verfügt das Garrahan Hospital über ein ausgezeichnetes und über die Landesgrenzen hinaus bekanntes Simulationszentrum, aufgebaut von der ehemaligen Leiterin und IPEG-Präsidentin Dr. Maria Marcela Bailez. Das Simulationszentrum bietet eine hochmoderne, einzigartige Umgebung mit eigens und speziell auf kinderchirurgische Eingriffe hergestellten „low cost" Simulationsmodellen (z.B. Zwerchfellhernie, Duodenalatresie, Colostomie...).[1] In der kinderchirurgischen Facharztausbildung, welche dem

Zu Besuch im Simulationszentrum:
Dr. Barbara Mittl, Dr. Vanessa Wolfschluckner,
Dr. Mariano Boglione, PhD MD Juan A Tovar,
Dr. Maria Marcela Bailez (von links nach rechts)

Buenos Aires bei Nacht

US-amerikanischem System ähnelt, spielt dieses eine zentrale Rolle. Jeder Assistenzarzt/jede Assistenzärztin muss drei Module durchlaufen, beginnend bei den Basics bis hin zu laparoskopischer Neugeborenenchirurgie, in welchen Operationen bzw. Schritte eben dieser erlernt und vor Anwendung am Patienten trainiert werden müssen.

Wir möchten uns herzlich bei der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie insbesondere bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann für die finanzielle Unterstützung bedanken. Ebenso bedanken wir uns bei Univ.-Prof. Dr. Till für die Unterstützung und Möglichkeit der Freistellung. Ein weiterer Dank gilt Dr. Maria Marcela Bailez für die Betreuung und Unterstützung vor Ort.

LITERATUR

1. [1]Maricic MA et al. (2016): J Pediatr Surg 51 (9): 1429-35

KORRESPONDENZADRESSEN

Dr. med. Univ. Barbara Mittl | Dr. med. Univ. Vanessa Wolfschluckner
Medizinische Universität Graz
Univ. Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie
Auenbruggerplatz 34
A-8036 Graz
E-Mail: barbara.mittl@medunigraz.at | vanessa.wolfschluckner@medunigraz.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. Elisabeth Gschwandtner
Medizinische Universität Graz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bildnachweise:
Titel: © Vadim – stock.adobe.com; Das Bildmaterial zu den Fachartikeln wurde von den AutorInnen zur Verfügung gestellt.

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

ÖGCH Preise

Theodor-Billroth-Preis der ÖGCH

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie und ihre assoziierten Fachgesellschaften schreibt den Theodor-Billroth-Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der *klinischen und experimentellen Chirurgie (eher Grundlagenwissenschaft)* aus.

Der Theodor-Billroth-Preis ist mit **EUR 6.000,–** dotiert.

Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Bestimmungen:

1. Der/die Autor:in der einzureichenden Arbeit muss Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie bzw. einer ihr assoziierten Fachgesellschaft sein.
2. Vorständ:innen, Abteilungsleiter:innen und Primariae sind von der Bewerbung insofern ausgeschlossen, als sie wohl als Mitautor:innen aufscheinen können, bei der Verteilung des Geldbetrages aber nicht berücksichtigt werden dürfen.
3. Der/die Einreicher:in muss Erstautor:in der eingereichten Arbeit sein. Die Einreichung von Gemeinschaftsarbeiten ist möglich, wobei der zuerkannte Preis auf die im Titel genannten Autor:innen gleichmäßig verteilt wird.
4. Die eingereichte Arbeit muss eine in internationalen Journalen publizierte oder zur Publikation vom Verlag bestätigte Originalarbeit sein.
5. Die eingereichte Arbeit darf nach dem Datum der Publikation nicht älter als zwei Jahre sein und darf nur für den Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie eingereicht werden. Es ist nicht gestattet, dieselbe Arbeit für Preise anderer Institutionen einzureichen, auch ein nochmaliges Einreichen im Folgejahr ist nicht statthaft.
6. Es darf pro Autor:in nur eine Arbeit eingereicht werden.
7. Die Arbeit muss **bis 01. März des Jahres** als PDF an chirurgie@oegch.at gemailt werden. Bei akzeptierten, aber noch nicht publizierten Arbeiten ist die Bestätigung des Journals mit einzureichen.
8. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury.
9. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 100 Punkten in den drei Kategorien wissenschaftlicher Neuwert, Relevanz und Durchführung der Untersuchung.
10. Wird keine der Arbeiten von den Juror:innen als preiswürdig erachtet, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
11. Werden von den Juror:innen mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
12. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgiekongresses.

ÖGCH Preise

Wissenschaftspreis der ÖGCH

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie und ihre assoziierten Fachgesellschaften schreibt den **Wissenschaftspreis** für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der *klinischen Forschung* in der Chirurgie aus.

Der Wissenschaftspreis der ÖGCH ist mit **EUR 6.000,–** dotiert.

Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Bestimmungen:

1. Der/die Autor:in der einzureichenden Arbeit muss Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie bzw. einer ihr assoziierten Fachgesellschaft sein.
2. Vorständ:innen, Abteilungsleiter:innen und Primariae sind von der Bewerbung insofern ausgeschlossen, als sie wohl als Mitautor:innen aufscheinen können, bei der Verteilung des Geldbetrages aber nicht berücksichtigt werden dürfen.
3. Der/die Einreicher:in muss Erstautor:in der eingereichten Arbeit sein. Die Einreichung von Gemeinschaftsarbeiten ist möglich, wobei der zuerkannte Preis auf die im Titel genannten Autor:innen gleichmäßig verteilt wird.
4. Die eingereichte Arbeit muss eine in internationalen Journalen publizierte oder zur Publikation vom Verlag bestätigte Originalarbeit sein.
5. Die eingereichte Arbeit darf nach dem Datum der Publikation nicht älter als zwei Jahre sein und darf nur für den Wissenschaftspreis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie eingereicht werden. Es ist nicht gestattet, dieselbe Arbeit für Preise anderer Institutionen einzureichen, auch ein nochmaliges Einreichen im Folgejahr ist nicht statthaft.
6. Es darf pro Autor:in nur eine Arbeit eingereicht werden.
7. Die Arbeit muss **bis 01. März des Jahres** als PDF an chirurgie@oegch.at gemailt werden. Bei akzeptierten, aber noch nicht publizierten Arbeiten ist die Bestätigung des Journals mit einzureichen.
8. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury.
9. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 100 Punkten in den drei Kategorien wissenschaftlicher Neuwert, Relevanz und Durchführung der Untersuchung.
10. Wird keine der Arbeiten von den Juror:innen als preiswürdig erachtet, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
11. Werden von den Juror:innen mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
12. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgiekongresses.

ÖGCH Preise

Hans-Werner Waclawiczek-Preis der ÖGCH

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

Der Preis ist mit **EUR 4.000,–** dotiert.

Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Bestimmungen:

1. Der Hans-Werner Waclawiczek-Preis ist ein wissenschaftlicher Nachwuchspreis, der explizit für Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung in einem chirurgischen Fach innerhalb der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ausgeschrieben wird.
2. Es handelt sich um eine Initial-Finanzierung einer Forschungsidee für die beste klinisch orientierte Fragestellung mit praktischer und oder wissenschaftlicher Relevanz für den chirurgischen Alltag.
3. Wissenschaftliche Vorleistungen (Publikationen) sind zur Einreichung des Antrages wünschenswert jedoch nicht obligat.
4. Wissenschaftlich begründete Fragestellung des Forschungsvorhabens (Umfang ohne Literaturverzeichnis mindestens 15.000 und maximal 25.000 Zeichen).
5. Nachweis einer laufenden Ausbildung in einem chirurgischen Fach innerhalb der ÖGCH.
6. Mitglied der ÖGCH bzw. einer ihr assoziierten Fachgesellschaft.
7. Ein vollständiger Antrag muss **bis zum 31. März des Jahres** als PDF an chirurgie@oegch.at gemailt werden.
8. Das Einreichen mehrerer Projekte für das gleiche Jahr ist nicht möglich.
9. Der/die Gewinner:in des Preises hat die Verpflichtung, einen Sachstandsbericht nach 12 Monaten in einem schriftlichen Protokoll (min. 10 000 Zeichen) dem Vorstand der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (chirurgie@oegch.at) vorzulegen.
10. Die Begutachtung der eingereichten Anträge erfolgt durch eine Jury.
11. Die Bewertung der Forschungsideen erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 100 Punkten in den drei Kategorien innovativster Ansatz, klinische Relevanz und wissenschaftlicher Wert.
12. Wird keine der Forschungsideen von den Juror:innen als preiswürdig erachtet, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht vergeben.
13. Werden von den Juror:innen mehrere Projekte an erste Stelle gesetzt, wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
14. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgiekongresses. Der/die Preisträger:in erhält die Möglichkeit, die Forschungsidee im Rahmen des Österreichischen Chirurgiekongresses zu präsentieren.

23. Österreichischer Chirurgentag
und 13. Forum Niedergelassener Chirurgen des BÖC

Autor: S. Roka, Wien

Von 7.-9. November 2024 fanden der **23. Österreichische Chirurgentag** und das **13. Forum Niedergelassener Chirurgen** in Baden bei Wien statt. Beide Veranstaltungen boten erneut chirurgische Fortbildung auf höchstem Niveau. Die Tagung wurde dem Motto **„Heiße Eisen und Kontoversen“** gerecht.

ÖCT 2024 im eleganten Rahmen des Congress Center Baden

Gleich die erste Sitzung der Tagung startete mit Kontroversen in der Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes. **Harald Rosen** berichtete aus seinem großen Erfahrungsschatz in der Verwendung unterschiedlicher „neuer“ Techniken zur Behandlung der Refluxerkrankung. Es gelang ihm die Wertigkeit der verschiedenen Techniken zu beleuchten und eine kritische Zusammenfassung abzugeben. Neben der geringeren Invasivität sind es vor allem die Langzeitnebenwirkungen der klassischen operativen Verfahren, die bei „neuen“ Verfahren in geringerer Häufigkeit auftreten sollen. Wie häufig diese auftreten und inwieweit sie die Lebensqualität der PatientInnen einschränken, beleuchtete **Claudio Erschig** und betonte die Notwendigkeit einer sorgfältigen präoperative Abklärung. Eine spannende Diskussion entspann sich nach den beiden Referaten zur Adipositas 2040 aus Sicht des Chirurgen (**Philipp Beckerhinn**) und Internisten (**Helmut Brath**). Wenngleich eine medikamentöse Therapie im Hinblick auf Gewichtsreduktion noch nicht die Ergebnisse der bariatrischen Chirurgie erreicht, kommt sie in der Behandlung sekundärer Endpunkte bereits nahe an die Ergebnisse der Chirurgie heran. Unbestritten blieb die medikamentöse Therapie bei stark adipösen PatientInnen in Vorbereitung auf bariatrische Eingriffe. **Johannes Zacherl** berichtete über Rekonstruktionsmöglichkeiten nach Gastrektomie im Spannungsfeld zwischen Radikalität und Lebensqualität. Erneut präsentierte er die vielversprechenden Ergebnisse der „double tract“-Rekonstruktion, die die bekannten Nebenwirkungen nach Gastrektomie zu verhindern scheint.

Impressionen ÖCT 2024

In der Sitzung zur Schilddrüsenchirurgie wurden ebenfalls kontroverse Themen angesprochen. Die Behandlung von Schilddrüsenknoten mittels Radiofrequenzablation wird von PatientInnen immer mehr in Anspruch genommen. Wenngleich das mehrheitlich chirurgische Auditorium dieser Therapieform kritisch gegenüberstand, wurde die Radiofrequenzablation bei einigen Erkrankungen, wie zum Beispiel dem autonomen Adenom, als mögliche Therapieindikation gesehen. Als wesentliche Kritik der RFA wurde immer wieder der fehlende histologische Nachweis genannt. **Philipp Riss** gab einen Überblick über die zahlreichen minimalinvasiven Techniken, die vor allem im asiatischen Raum angeboten werden. Die transorale Entfernung der Schilddrüse, oder auch robotische Techniken über einen perimammillären oder axillären Zugang stellen dabei eine Alternative dar um Narben am Dekolleté zu verhindern. In seinem Referat zur Schnellschnittdiagnostik zeigte **Sigurd Lax**, dass die histologische Abklärung von Knoten der Schilddrüse heute Teil der präoperativen Diagnostik sein sollte. Der diagnostische Mehrwert eines intraoperativen Schnellschnitts ist dann nur mehr bei wenigen Situationen vorhanden.

Großer Andrang zeigt sich in der Sitzung zur Hernienchirurgie. **Andreas Lorenz** gab Tipps und Tricks zur Vermeidung, aber auch konservativer und operativer Behandlung neuropathischer Schmerzen nach Hernieneingriffen. **René Fortelny** präsentierte die aktuelle Datenlage zur prophylaktischen Implantation von Netzen bei Inzisionen in der Mittellinie. Diese wird durch aktuelle Studien nur bei bestimmten Eingriffen (Aortenaneurysma) und/oder Vorliegen von Risikofaktoren empfohlen. Die Ergebnisse laufender Studien sind abzuwarten, ob die Empfehlungen in zukünftigen Leitlinien ausgeweitet werden. Ein Potpourri an Netzkomplikationen präsentierte **Gernot Köhler**. Eindrucksvoll zeigte er, dass jede

Chirurgische Fortbildung auf höchstem Niveau

einzelne Komplikation eines individuellen Managements bedarf. Individuelles Management ist aber auch das Stichwort in der Operationsplanung bei Hernieneingriffen. Gute Planung und die rechtzeitige Inanspruchnahme von Maßnahmen der

Impressionen ÖCT 2024

Prähabilitation können die Erfolgsrate steigern und Komplikationen vermeiden (**Franz Mayer**).

Unter dem Motto „Dinge, über die wir reden sollten!“ wurden Themen abseits der klinischen Chirurgie diskutiert. Die beiden Referate zum Thema „Was braucht es um ChirurgIn zu werden?“ aus Sicht einer jungen Chirurgin (**Jule Dingfelder**) und eines etablierten Chirurgen (**Rudolf Roka**) zeigten, dass die Vorstellungen gar nicht so weit auseinanderliegen. Eine Begeisterung für das Fach und die Betreuung der anvertrauten PatientInnen stellen eine Grundvoraussetzung für eine chirurgische Karriere dar. Es liegt an jungen ChirurgInnen, diese Begeisterung mitzubringen und an den Ausbildnern, das „Feuer zu entfachen“ und adäquate Rahmenbedingungen zu schaffen. Das chirurgische Curriculum bedarf einer Modernisierung (**Sandra Raab**) um die „Core Skills“ (**Friedrich Herbst**) auch unter den derzeitigen Rahmenbedingungen angehenden Chirurginnen und Chirurgen (**Martina Lemmerer**) weiterhin vermitteln zu können.

Ein weiterer Vortrag galt der Zukunft unseres Planeten. **Hans-Peter Hutter** beleuchtete den Anteil der Medizin/Chirurgie am Klimawandel. Dabei stellt der Operationssaal einen wesentlichen Anteil der CO2-Emissionen eines Krankenhauses dar. Innovationen bedeuten mehr Behandlungsqualität und Sicherheit für unsere Patienten. Trotzdem kann es gelingen auch im Operationssaal durch kleine Maßnahmen nachhaltige Erfolge im Sinne des Klimaschutzes zu erreichen.

Peter Götzinger und **Helwig Wundsam** berichteten über die Therapie der akut nekrotisierenden Pankreatitis. Beide Referenten betonten, dass interventionelle und endoskopische Techniken die erste Therapiewahl darstellen und der Stellenwert der Chirurgie stark in den Hintergrund getreten ist. Nach wie vor ist jedoch die Expertise der Chirurgie in Timing und Indikationsstellung der interventionellen, endoskopischen aber auch chirurgischen Therapieoptionen entscheidend.

Die weiteren hepatopankreatobiliären Themen waren die schwierige Cholezystektomie und das Management der Choledocholithiasis. **Sandra Raab** berichtete über die Einhaltung anatomischer „landmarks“ als Grundvoraussetzung für die sichere Cholezystektomie und welche Exitstrategien bei schwierigen Eingriffen in Frage kommen. **Stefan Schneeberger** berichtete über die Rekonstruktionsmöglichkeiten bei Verletzungen der ligamentären Strukturen. Im Anschluss an die Referate von **Josef Holzinger** und **Alexander Klaus** ergab sich eine

Networking @ÖCT 2024

spannende Diskussion um das Management der Choledochlithiasis. Das therapeutische Splitting wird als derzeitiger Standard gesehen, wenngleich die Ergebnisse der intraoperativen Choledochusrevision in der Literatur nicht signifikant unterschiedlich, oder sogar tendenziell besser sind. Innovationen, wie LAMS haben jedoch das endoskopische Armamentorium deutlich erweitert und die Möglichkeiten direkter Drainage der Gallenwege bei komplexen Indikationen ermöglicht.

In der letzten Sitzung des 23. Österreichischen Chirurgentages wurden Maßnahmen zur Verhinderung der Anastomosendehiszenz präoperativ (**Peter Tschann**), intraoperativ (**Benjamin Glaser**) und postoperativ (**Viktor Frieders-Justin**) besprochen. **Anton Stift** berichtete über das Revival der „Turnbull“-Anastomose und **Felix Aigner** zeigte spektakuläre Fälle aus der kolorektalen Chirurgie.

Das 13. Forum Niedergelassener Chirurgen widmete sich den Komplikationen in der Praxis. **Martina Haag** berichtete über die juristischen Folgen von Komplikationen in der Ordination anhand spannender Fallbeispiele. **Michael Häfner** berichtete über endoskopische Komplikationen und die Möglichkeiten des Managements in der Praxis und **Anna Kreil** bezog sich auf das Management internistischer Komplikationen. Am Ende des Tages wurden die Neuigkeiten aus der Standesvertretung besprochen. **Hermann Draxl**, als Fachgruppenobmann Chirurgie, berichtete über die laufenden Verhandlungen der Ärztekammer mit den Gesundheitskassen.

Networking @ÖCT 2024

Das Programmkomitee bedankt sich bei allen Referentinnen und Referenten für die ausgezeichneten Vorträge im Rahmen der beiden Tagungen. Unser Dank gilt ebenso der Industrie, deren Unterstützung Fortbildungsveranstaltungen möglich macht. □

Der **24. Österreichische Chirurgentag** und das **14. Forum Niedergelassener Chirurgen** finden von **13.– 15. November 2025** erneut im Congress Center Baden statt. Merken Sie sich schon jetzt den Termin vor.

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

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

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

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

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

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

Vorstand 2024/25		
Präsident	T. Freude, Salzburg	t.freude@salk.at
Past President	S. Kriwanek, Wien	stephan.kriwanek@gesundheit-burgenland.at
President Elect	S. Roka, Wien	sebastian.roka@gesundheitsverbund.at
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	S. Riss, Wien	stefan.riss@meduniwien.ac.at
Vertreter des Mittelbaus von chirurgischen Krankenhausabteilungen	Z. Sow, Wien	zacaria.sow@gesundheitsverbund.at
Vertreterin der in Ausbildung stehenden Ärzte:innen im Fachbereich Chirurgie	I. Mühlbacher, Salzburg	i.muehlbacher@salk.at

Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2024/25		
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)/österr. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	C. Rabl, Salzburg	c.rabl@salk.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	F. Nagel, Wien	dr.felix.nagel@gmail.com
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Österr. Ges. f. Coloproctologie (ACP)	F. Aigner, Graz	felix.aigner@bbgraz.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	J. Falkensammer, Linz	juergen.falkensammer@bblinz.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖGH)	W. 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)	F. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)	W. Millesi, Wien	werner.millesi@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie	H. Till, Graz	holger.till@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie	T. Grabner, Wien	thomas.grabner@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC)	A. Gruber, Linz	andreas.gruber_1@kepleruniklinikum.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	V. Auersperg, Steyr	vinzenz.auersperg@ooeg.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	R. El Attal, Feldkirch	rene.elattal@lkhf.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	R. Koller, Wien	rupert.koller@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	C. Bittermann, Wr. Neustadt	c.bitterm@hotmail.com
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	F. Tomaselli, Linz	florian.tomaselli@kepleruniklinikum.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	M. Grabenwöger, Wien	martin.grabenwoeger@ gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU)	K. Sarahrudi, Wien	kambiz.sarahrudi@wienerneustadt.lknoe.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	S. Ziegler, Stolzalpe	sven.ziegler@kages.at
Europäische Gesellschaft für gastrointestinale Oberbaucherkrankungen – 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)	M. Gnant, Wien A. Shamiyeh, Linz	mgnant@icloud.com andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at

Kooptierte Vorstandsmitglieder		
UEMS	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at

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

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

Frohe Feiertage und ein glückliches Neues Jahr!