

Chirurgie

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



Dunbar-Syndrom

Recurrensparese - Diagnostik und Therapieansätze

chirurginnen-connect



4|2025

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, Mitglieder von ÖGCH und BÖC, Freunde der Chirurgie in Österreich,

Last not least darf ich als „Letzter“ in Heft 4/2025 das Editorial schreiben und somit ein Jahr „Chirurgie in Österreich“ Revue passieren lassen. Die von mir verfassten Editorials, Newsletter, Reden etc. befassen sich seit Anfang an mit Facts, ... nicht mit politischen Statements, allgemeinen Analysen und frommen Wünschen.

So versuche ich es auch diesmal: Das Jahr 2025 hat den endgültigen Durchbruch der **robotischen Chirurgie** in Österreich gebracht. Nach Jahren des Zweifels haben Krankenhaussträger – 2023 beginnend – das Land mit Robotersystemen geradezu übersättigt.

Eine Prophezeiung: in 10 Jahren wird es nur mehr robotische und offene Chirurgie geben; s.auch D. Ferrari et al. The Death of Laparoscopy. Surg. Endosc. 38, 2677-2688 (2024).

Die rein laparoskopische Op.technik wird sich auf die häufigen und „einfachen“ Eingriffe wie Cholecystektomie und Leistenhernie beschränken; die letztgenannten werden tageschirurgisch durchgeführt werden, wie das bereits in Deutschland der Fall ist.

Der zweite Aspekt dieses Editorials ist genau so erfreulich wie der vorige: Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH) hat einen **neuen Präsidenten**: Es ist Univ. Doz. Dr. Sebastian **Roka**, Vorstand der Chirurgischen Abteilung des größten WIGEV-(Gemeinde Wien)-Spitals Klinik Donaustadt UND jahrelanger Präsident des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen (BÖC). Sein Talent in der jährlichen Gestaltung des Österreichischen Chirurgentages lässt einen Österreichischen Chirurgenkongress (ÖCK) 2026 von höchster Qualität und Attraktivität erwarten: Kommt daher alle zum ÖCK2026 von 17.–19. Juni nach Salzburg! www.chirurgiekongress.at.

Weitere „Facts“:

Die vornehmste Aufgabe der ÖGCH ist, den chirurgischen Nachwuchs zu fördern, wissenschaftlich und klinisch: Das hat dazu geführt, dass für **Preise, Stipendien** und **Kurse** 2025 fast doppelt so viel Geld ausgegeben wurde wie in den beiden Jahren zuvor; das würde langfristig eine defizitäre Situation für ÖGCH bedeuten; ein entsprechender Finanzplan 2026 wurde vom Präsidium ausgearbeitet, mit entsprechenden Sparmaßnahmen. – Wir ermutigen Sie trotzdem, Anträge hinsichtlich Preise, Stipendien und Kurse in der Chirurgie weiter zu stellen. Beachten Sie die gering veränderten Richtlinien, s. www.oegch.at, vor allem: Sie müssen Mitglieder der ÖGCH sein, egal, welcher assoziierten Fachgesellschaft

Sie angehören! – Wir werden versuchen, all Ihren Wünschen nachzukommen. Facit: Werden/Bleiben Sie Mitglied der ÖGCH! Schauen Sie auf die ÖGCH-Homepage www.oegch.at.

Beachten Sie, wenn nicht schon gemacht – die **Kurzvideo-serie „Über Chirurgie“**, eine Imagekampagne der ÖGCH. Klicken Sie einfach

<https://vimeo.com/showcase/ChirurgieInOesterreich>



Das Präsidium der ÖGCH trifft sich dreimal im Jahr in Form des **„Executive Boards“** mit den „anderen“ operativen Fächern **Urologie, Gynäkologie** und **HNO**, um die gemeinsamen Interessen zu besprechen: Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen, Ausbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Organisation der Jahreskongresse, ... zuletzt: ärztliche Tätigkeit in der Schwangerschaft.

Zuletzt gab es eine pointierte ÖGCH-Initiative hinsichtlich **Umweltschäden, Nachhaltigkeit**, und was „Chirurgie“ dazu beitragen kann. Diese Aktivität ist erst am Anfang, doch, wir wollen unseren Beitrag leisten, auch in Erwartung Ihrer Mitarbeit!

Ein Blick **über Chirurgie** bzw. **ÖGCH hinaus**: es bestehen enge Kooperationen mit medizinischen Gesellschaften wie ÖGGH, alle assoziierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften der ÖGCH, DONKO, Nachbarländer, ... American College of Surgeons, International Society of Surgery (ISS/SIC) u.v.a.m. Ein besonderer Hinweis erfolgt auf den Weltkongress für Chirurgie, organisiert von ISS/SIC: International Surgical Week, www.isw2026.org, Mexico City, 19.–23. April 2026.

Das **Editorial zu Jahresende** soll nicht ohne die Bemerkung schließen, dass sich Chirurgie/ÖGCH vor dem wesentlich größeren Hintergrund der Medizin, im weiteren der **Gesundheitspolitik** abspielt, ... und letztere vor dem der Gesamtpolitik: deswegen sollen Thematiken wie Diskussion über Wahlärzt*innen/Honorare, exzessive Administration/Kodierung, ... Mangel an Op.kapazität, ... im weiteren: Teuerung/Energiekosten, Wohnen, geopolitische Veränderung, Inflation und ?Gehälter(WKO) und ... **Weltpolitik** nur gestreift werden. – Wir leben und arbeiten vor diesem Hintergrund, müssen ihn akzeptieren oder etwas dagegen unternehmen!

Nicht verzweifeln, freudvolles Arbeiten, erholsame Weihnachtstage, Gesundheit und Glück 2026 et al.!

Wünscht Ihnen

Ihr

Albert Tuchmann

KORRESPONDENZADRESSE



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



- 2 Editorial**
- 4 „Gutartige Lebertumore – Wann besteht eine Indikation zur Resektion?“**
Autor:innen: A. Geisler, R. Sucher, A. Lederer; Graz
- 6 Frauen in der Chirurgie – wo stehen wir heute?**
- 8 Dunbar-Syndrom: Interdisziplinäre chirurgische Strategien im Zeitalter robotisch-assistierter Verfahren**
Autor:innen: A. Binder, F. Berger, A. Assadian, M. Kliewer; Wien
- 10 Rekurrensparese – Diagnostik und Therapieansätze**
Autorin: B. Schneider-Stickler, Wien
- 13 Themen der Zeit: Chirurginnen.Connect – Vorstellung einer neuen Initiative**
- 16 Im Portrait – Der chirurgische Fragebogen: Elisabeth Stubenberger**
- 17 Im Portrait – Der chirurgische Fragebogen: Tomaz Primožic**
- 18 Historisches aus der Chirurgie: „Now gentlemen, time me.“**
Autorin: J. Feka, Wien
- 20 Junge Chirurgie: Simulationstraining in der chirurgischen Ausbildung – Chancen, Herausforderungen und Perspektiven**
Autoren: S. Sattler, E. Haiden; Tulln



9



11

ÖGCH

- 22 Observership: Cleveland Clinic, Digestive Disease and Surgery Institute, Department of Colorectal Surgery**
Autorin: M. Bubenová, Waidhofen an der Ybbs
- 23 Hospitationsbericht: „What can one learn at the Division of Pediatric Colorectal & Pelvic Reconstruction, Childrens' National Hospital, Washington DC?“**
Autorin: E. E. Amerstorfer, Graz
- 24 Hospitationsbericht: Operation Smile South Africa Fellowship – Ein neues Lächeln für Mthatha**
Autorin: H. Luze, Graz
- 27 Fellowship-Bericht: Travel Fellowship der American Society for Surgery of the Hand (ASSH)**
Autor: S. P. Nischwitz, Graz

ÖGCH Preise:

- 28 Theodor-Billroth-Preis der ÖGCH**
- 29 Wissenschaftspreis der ÖGCH**
- 30 Hans-Werner Waclawiczek-Preis der ÖGCH**



14

Service

- 15 BöC Kurse & Webinare**
- 31 Impressum**
- 31 Terminkalender**
- 32 24. Österreichischer Chirurgetag: „Chirurgie 4.0“**
Autor: S. Roka, Wien
- 34 Ihre Ansprechpartner**



„Gutartige Lebertumore – Wann besteht eine Indikation zur Resektion?“

Autor:innen: A. Geisler, R. Sucher, A. Lederer; Graz

Einleitung

Die zunehmende Verbreitung und niederschwellige Verfügbarkeit bildgebender Techniken führen zu einer zunehmenden Detektion gutartiger Läsionen der Leber.

Praxisbestimmend für ihre Behandlung sind die EASL-Leitlinie (2016) (EASL)¹ und die Empfehlungen des American College of Gastroenterology (2024).²

Der folgende Artikel soll einen Überblick über aktuelle Empfehlungen zum Management gutartiger Lebertumore geben.

Prävalenz

Angaben zur Prävalenz in der Gesamtbevölkerung sind heterogen. In einer großen retrospektiven Analyse von mehr als 45000 Patient:innen (Pat.) zeigten etwa 15 % gutartige Veränderungen im Leber-Ultraschall.³

Lokale Minderverfettungen (6.3 %) und Leberzysten (5.8 %) stellten die Mehrzahl der Befunde dar, gutartige solide Läsionen waren meist Hämangiome (HH) (3.3 %) gefolgt von Fokal nodulären Hyperplasien (FNH) (0.2 %) und Leber-Adenomen (HCA) (0.04 %). HH, FNH und HCA treten vor allem zwischen 30–50 Jahren auf, Frauen sind deutlich häufiger betroffen.³

Basisdiagnostik fokaler Leberläsionen

Nach ausführlicher Anamnese und einer laborchemischen Basisdiagnostik ist für die Differenzierung fokaler Leberläsionen eine kontrastmittelverstärkte Bildgebung wegweisend. Je nach Verfügbarkeit kann ein Ultraschall (CEUS), eine Computertomographie (CT) oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) erfolgen, wobei bei einem Verdacht auf eine benigne Läsion die MRT zu bevorzugen ist.^{1,2}

Bei Zweifel an der Dignität der Läsion trotz suffizienter Bildgebung kann eine Biopsie oder Resektion notwendig sein. Die Indikation hierzu sollte jedoch immer von einem multidisziplinären Team (MDT) gestellt werden. Dieses Team soll sich zusammensetzen aus Hepatolog:innen, hepatobiliären

Chirurg:innen, Patholog:innen und diagnostisch- und interventionell tätigen Radiolog:innen.^{1,2}

Hepatisches Hämangiom

HH sind in der Regel asymptomatisch und unter 4 cm groß, können aber auch deutlich größer werden. Ab 10 cm Durchmesser werden HH als „Riesenhämangiome“ bezeichnet. Selten tritt ein s.g. Kasabach-Merritt-Syndrom (KMS) auf: eine Thrombozytopenie und Verbrauchskoagulopathie, die im Zusammenhang mit der vaskulären Läsion auftritt.¹

Pat. mit Symptomen oder Riesenhämangiomen sollten im MDT besprochen werden. Eine Resektion ist indiziert bei KMS oder Kompressionssymptomatik, Alternativen zur Resektion stellen in diesem Fall eine transarterielle Embolisation, Radiofrequenz- (RFA) oder Mikrowellenablation (MWA) dar.^{1,2}

Ob Pat. mit großen HH, oder HH mit milden Symptomen von einer Resektion profitieren ist unklar. Hormonelle Kontrazeptiva (HK) und Schwangerschaften haben auf HH keinen Einfluss.

Sehr selten kann bei komplizierten und nicht-resektablen Befunden eine Lebertransplantation indiziert sein.^{1,2}

Fokal noduläre Hyperplasie

FNH als zweithäufigste benigne Entität betreffen vor allem Frauen zwischen 35–50 Jahren (9:1 w:m), und sind in aller Regel solitär und <5 cm groß. 20–30 % der Pat. haben multiple FNH. Die FNH stellt eine hyperplastische Reaktion auf eine arterielle Malformation dar. Typischerweise zeigt sich um eine zentrale Narbe angeordnet eine polyklonale Proliferation von Hepatozyten. Diese zentrale Narbe kann in kleinen Läsionen (<3 cm) fehlen. Spezifisch ist die Überexpression von Glutaminsynthase in der FNH, die immunhistochemisch bei unklaren Fällen die eindeutige Diagnose erlaubt. Das MRT mit leberspezifischem Kontrastmittel hat eine Sensitivität von 90 % für die Diagnose der FNH und hilft

bei der Differenzierung von FNH und HCA. Bei unklarem MRT-Befund sollte ein CEUS ergänzt werden. Bei weiterhin unklarem Befund ist eine Biopsie der Läsion indiziert. Bei asymptomatischen FNH besteht keine Indikation zur Resektion. Eine asymptomatische FNH bedarf keiner bildgebenden Verlaufskontrolle. Es besteht keine Indikation für ein Absetzen einer HK.^{1,4}

In seltenen Fällen von expandierenden, exophytischen FNH, ausgeprägten Symptomen oder diagnostischer Unklarheit ist die Resektion nach Besprechung im MDT empfohlen.^{1,2}

Hepatozelluläres Adenom

Das HCA betrifft vorwiegend Frauen zwischen 35–40 Jahren, mit einer w:m-Verteilung von 10:1. HCA sind 30–40-mal häufiger bei Frauen, die eine HK einnehmen, in einigen Fällen ist eine deutliche Befundregredienz nach Absetzen der HK beschrieben worden. Interessanterweise nimmt die Inzidenz von HCA bei Männern vor allem mit Einnahme von Anabolika im sportlichen Kontext, aber auch mit einer Androgen-Steroid-Therapie bei aplastischer Anämie und paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie zu. Weiterhin sind vermehrt Fälle bei endogener Erhöhung der Geschlechtshormone, bspw. PCOS- oder Klinefelter-Syndrom beschrieben. Auch im Rahmen familiärer Syndrome und insbesondere in Assoziation mit Glykogenspeichererkrankungen treten HCA gehäuft auf. Bei dem Vorliegen von >10 HCA spricht man von einer Leberadenomatose.¹

Im Gegensatz zu HH und FNH bergen HCA ein deutliches Risiko für spontane Ruptur mit Blutung oder eine maligne Entartung. Exophytisches Wachstum und ein Durchmesser über 5 cm erhöhen das Risiko einer Ruptur und Blutung. [1]

HCA sind monoklonale benigne Tumore, die von adulten Hepatozyten ausgehen.⁴

Prinzipiell unterscheidet man 4 molekulare Subtypen, die unterschiedlich hohe Inzidenzen maligner Transformation zum hepatozell-

Tabelle 1:

Molekularer Subtyp	Risikofaktoren/ assoz. Erkrankungen	Entartungsrisiko	Ruptur-/ Blutungsrisiko	Besonderheit
HNFI1A-inaktiviertes HCA	Keimbahn-HNFI1A-Mutation; familiäre Adenomatose, maturity-onset diabetes of the young (MODY) 3	niedrig	moderat	Genetische Beratung diskutieren
Inflammatorisches HCA	Adipositas; Alkohol, Östrogen/ HK +++	niedrig	moderat	inflammatorisch paraneoplastisches Syndrom möglich
β-Catenin-aktiviertes HCA (exon 3 mutation)	Androgen ++, Östrogen +/- Männl. Geschlecht	hoch	moderat	
β-Catenin-negatives HCA (exon 7/8 mutation)	Östrogen +/-	niedrig	moderat	
Sonic Hedgehog HCA	Adipositas, Östrogen +++	niedrig	hoch	

Risikofeatures von HCA stratifiziert nach molekulargenetischem Subtyp, adaptiert nach Nault et al.⁴; HCA: Hepatozelluläres Adenom; HK: Hormonelle Kontrazeption

lulären Karzinom aufweisen (Tabelle 1). Bei Diagnosestellung eines HCA sollte immer eine Diskussion im MDT erfolgen.

HCA mit hohem Potential für maligne Entartung treten vor allem bei Männern auf.⁵ Daher ist bei Männern mit HCA immer eine kurative Therapie indiziert.^{1,2}

Bei Frauen mit HCA <5 cm ist eine maligne Transformation und Ruptur deutlich seltener, daher ist initial ein konservativer Therapieversuch mit Lifestyle-Modifikation (Absetzen HK, Gewichtsnormalisierung) indiziert. Eine Verlaufsbildgebung mittels Kontrastmittel-MRT sollte nach 6 Monaten erfolgen. Bei einer Größe >5 cm oder einer Größenzunahme ≥ 20 % sollte aufgrund des Blutungsrisikos eine kurative Therapie diskutiert werden.¹

Zum Malignitätsausschluss kann im MDT eine Biopsie des HCA indiziert werden. Bei beta-Catenin mutierten HCA sollte größenunabhängig eine kurative Therapie empfohlen werden.^{1,2}

HCA <5 cm vom HNF1a Subtyp, beta-Catenin negative HCA oder inflammatorische HCA können konservativ geführt werden. Aufgrund der potenziellen Größendynamik wird eine bildgebende Verlaufskontrolle nach 6 Monaten empfohlen. Daten für eine

klare Empfehlung zu Kontrollintervallen gibt es nicht, bei über 12 Monaten stabilen Läsionen scheint ein jährliches Follow-up, bspw. mittels Ultraschalls akzeptabel. Bei stabilen und größenregredienten Läsionen kann das Kontrollintervall auf 24 Monate erweitert werden.¹

Die kurative Behandlung der ersten Wahl ist die komplette Resektion des HCA. Nicht-chirurgische Alternativen können für Pat. mit hohem perioperativen Risiko diskutiert werden, und sind für große Läsionen in erster Linie die Embolisation, für kleinere Läsionen die Ablation. Für kleine Läsionen ohne eindeutige Diagnose ist die primäre Ablation nicht indiziert, hier soll eine Biopsie in Betracht gezogen werden.¹

Kleinere Einblutungen in HCA sind bildgebend häufig zu beobachten und stellen keine Indikation zur Intervention oder Resektion dar (Evidenzlevel der Empfehlung: niedrig). Bei klinisch apparenter Blutung sollte umgehend die Aufnahme zur Überwachung sowie eine CT-Bildgebung stattfinden. Die Verlegung in ein Zentrum mit Möglichkeit der Embolisation wird empfohlen, nach Stabilisierung sollte die weitere Diagnostik zum Ausschluss einer Malignität erfolgen. Ist im Verlaufsbild residuell vitales HCA-Gewebe nachgewiesen, stellt dies eine Indikation zur Resektion dar.¹

Bei Patientinnen mit HCA wird in der Schwangerschaft eine engmaschige Überwachung mittels Ultraschalls alle 6–12 Wochen empfohlen. Bei Größenzunahme der Läsion oder erhöhtem Risiko für eine Ruptur sollte eine Rücksprache mit den Kolleg:innen der Geburtshilfe erfolgen. Eine transarterielle Embolisation kann diskutiert werden. Vor der 24. Woche könnte die Resektion präferiert werden, um die Strahlen- und Kontrastmittelexposition des Kindes zu vermeiden.¹

Zusammenfassung

Eine Resektion ist bei HH und FNH nur bei Symptomatik oder Komplikationen indiziert. Das Management HCA hängt bei Frauen von molekularem Subtyp und Größe ab, bei Männern ist ein HCA eine Operationsindikation. Die Entscheidung zum Management gutartiger Lebertumore sollte im MDT getroffen werden. ☐

LITERATUR

1. European Association for the Study of the Liver (EASL) (2016): J Hepatol; 65(2):386-98.
2. Frenette C et al. (2024): Am J Gastroenterol; 119(7):1235-1271.
3. Kaltenbach TE et al. (2016) Abdom Radiol (NY); 41(1):25-32.
4. Nault JC et al. (2022) Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology; 19(11):703-716.
5. Nault JC et al. (2017): Gastroenterology; 152(4):880-894.e6.

KORRESPONDENZADRESSEN



Dr. med. Antonia Geisler



Dr. med. Andri Lederer



Univ.-Prof. Dr. Robert Sucher,
MBA FEBS FACS

Alle:

Medizinische Universität Graz
Klin. Abt. für Allgemein-, Viszeral-
und Transplantationschirurgie
Auenbruggerplatz 5
8036 Graz

E-Mail: antonia.geisler@medunigraz.at

Frauen in der Chirurgie – wo stehen wir heute?

Autorin: M. Lemmerer, Villach

Die Rolle von Frauen in der Chirurgie hat sich in den letzten Jahrzehnten markant gewandelt. Während der Anteil weiblicher Assistenzärzt*innen heute überwiegt, spiegelt sich dieser Trend auf der Führungsebene noch kaum wider. Trotz wachsender Diversität bleiben strukturelle Barrieren, stereotype Erwartungen und gesetzliche Einschränkungen bestehen. Der folgende Beitrag beleuchtet historische Entwicklungen, aktuelle Zahlen und Perspektiven für eine geschlechtergerechte Zukunft in der Chirurgie.

Historische Entwicklung – Pionierinnen im Schatten der Männerwelt

Die Wiener Medizinische Schule des 18. und 19. Jahrhunderts galt als das Zentrum chirurgischer Innovation in Europa und mit der Gründung der Josephsakademie durch Kaiser Joseph II. im Jahr 1785 wurde die Chirurgie aus einem handwerklichen Beruf zu einem akademischen Fach erhoben. Theodor Billroth und seine Schüler prägten die moderne wissenschaftliche Chirurgie – Frauen blieb der Zugang jedoch verwehrt.^{1,2}

Erst 1900 wurden Frauen in Österreich offiziell zum Medizinstudium zugelassen. Gabriele Possanner von Ehrenthal, die bereits in Zürich studiert hatte, erhielt 1897 ihre Approbation in Wien und wurde damit zur Pionierin von Frauen in Medizin.³ Trotzdem blieben Ärztinnen lange in unbezahlten Positionen, durften bis 1925 nicht heiraten und mussten überdurchschnittliche Leistungen erbringen, um eine Anstellung zu erhalten.

Theodor Billroth im Hörsaal im Wiener Allgemeinen Krankenhaus, Österreich. Öl/Lwd. von Adalbert Franz Seligmann. 1891



In der Zwischenkriegszeit und unter dem NS-Regime wurden Frauen wiederum aus der Medizin zurückgedrängt. Ein Großteil der ersten Generation akademischer Ärztinnen war jüdischer Herkunft und wurde ab 1938 vertrieben oder deportiert. Nach 1945 zählte man in Wien nur noch etwa fünf Prozent der ursprünglich praktizierenden Ärztinnen. Erst ab den 1960er-Jahren stieg der Anteil von Studentinnen wieder an.³

Bis in die 1990er-Jahre blieb die Chirurgie fast ausschließlich männlich dominiert: 1990 lag der Frauenanteil in der Allgemeinchirurgie bei 6,2 %, in der Unfallchirurgie bei 2,7 %. Einen Meilenstein setzte Hildegunde Piza-Katzer, die 1999 als erste Frau im deutschsprachigen Raum eine chirurgische Ordinariatsprofessur an der Uniklinik Innsbruck (Plastische Chirurgie) erhielt.⁴ Seither steigt die Zahl der Chirurginnen kontinuierlich – allerdings vor allem in der Ausbildung, weniger jedoch in Führungsfunktionen.

Status quo – Allgemein- und Viszeralchirurgie in Österreich

In Österreich sind rund 1500 Fachärzt*innen für Chirurgie für die Gesundheitsversorgung des Landes verantwortlich. Hier beträgt der Frauenanteil 30,9 %, somit ist der Frauenanteil seit 2005 (13,6 %) kontinuierlich gestiegen, wobei hier 984 der Fachärzt*innen ausschließlich als Spitalsärzte tätig sind. (64,9 % ♂ | 35,1 % ♀) Rund 470 Chirurg*innen betreiben neben ihrer Anstellung eine Ordination, davon sind 81,3 % von Männern, 18,7 % von Frauen geführt.

Im Angestelltenverhältnis ist der Frauenanteil im Bundesländervergleich unterschiedlich: In Wien sind aktuell 46 % Chirurginnen (67 ♀), in Kärnten 33 % (20 ♀), in der Steiermark 27 % (48 ♀) und im Burgenland 26 % Chirurginnen (13 ♀) ausschließlich im Spital tätig.



♀ OP-Team: Impressionen aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz (2014)

Bei den 344 aktuell in Ausbildung stehenden Assistenzärzt*innen liegt der Frauenanteil sogar bei 56,7 % (149 ♂ | 195 ♀). Das Durchschnittsalter beträgt 30,6 bzw. 33,6 Jahre (SFG/SFS Ausbildung). Die zuletzt rasante Zunahme an weiblichen Assistenzärztinnen legt die Vermutung nahe, dass sich der „Pipeline-Effekt“ mit bereits 63,3 % weiblichen Medizinstudentinnen in die Auswahl der Fächer fortsetzt.

Die Führungspositionen und Primariate bleiben klar männlich dominiert: Nur 7 von 92 Abteilungen der Allgemein- und Viszeralchirurgie in Österreich werden von Frauen geleitet (7,6 %). Auch auf der Ebene ärztlicher Direktionen (18,8 %) und in der Führungsebene der Österreichischen Ärztekammer (5,8 %) ist der Frauenanteil weiterhin gering.^{5, 6, 10}

Strukturelle Barrieren – Stereotype und gesetzliche Bestimmungen

Chirurgische Karrieren sind anspruchsvoll und arbeitsreich, Engagement, Ausdauer aber auch Glück und Zufall spielen bei der Ausbildung eine Rolle. Für Frauen ist der Karriereweg oft zusätzlich durch gesellschaftliche und gesetzliche Barrieren erschwert. Hartnäckige Stereotype

über angeblich geringere emotionale und körperliche Belastbarkeit, mangelndes Durchsetzungsvermögen oder Unterschätzung der fachlichen Kompetenz wirken fort. Studien zeigen, dass Chirurginnen ihre Kompetenz häufiger unter Beweis stellen müssen als männliche Kollegen.⁷ Besonders die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellt eine Herausforderung dar: Das österreichische Mutterschutzgesetz von 1979 untersagt operative Tätigkeiten während Schwangerschaft und Stillzeit – die mangelnde Kinderbetreuung und einseitige Erwartungshaltung an Frauen zum Familienmanagement hat teils gravierende Folgen auf Ausbildung und Karriereverlauf.^{8,9}

Netzwerke und Leadership – Motor des Wandels

Mentoringprogramme, wissenschaftliche Förderung und Netzwerke sind entscheidende Instrumente zur Gleichstellung und Karriereförderung. Organisationen wie „Die Chirurginnen e.V.“ (Deutschland, seit 2021; über 2000 Mitglieder) und „Chirurginnen.connect“ (Österreich, gegründet 2024) fördern Sichtbarkeit und Austausch.¹⁰ Studien, die Vorteile weiblicher Chirurg*innen bzw. gemischter Teams zeigen, werden in der Literatur vorsichtig interpretiert: sie sprechen für Team-Diversität und Verbesserung der Systemeigenschaften – nicht dafür, dass ein Geschlecht „besser“ sei. Narrative Reviews betonen, dass individuelle Qualität und Training nach wie vor entscheidender sind als das Geschlecht. Diversity wirkt als Team- und Systemvorteil und bringt insgesamt sogar geringere Komplikations- und Morbiditätsraten in der Behandlung.

Gender und Outcome – eine klinische Dimension

Neben Karrierestrukturen gewinnt auch die geschlechtersensible Medizin zunehmend an Relevanz. Die kanadische Studie von Wallis et al. (2017) zeigt erstmals auf, dass

weibliche Patientinnen, die von männlichen Chirurgen operiert wurden, ein um 15 % höheres Risiko für postoperative Komplikationen hatten.¹¹ Die Metaanalyse von Saka et al. (2024) zeigt, dass Patient*innen, die von weiblichen Chirurgen operiert werden, signifikant niedrigere 30-Tage-Mortalitäts- und Komplikationsraten aufweisen als jene, die von männlichen Chirurgen behandelt werden. Die Autor*innen deuten dies nicht als biologischen Unterschied, sondern als Ausdruck unterschiedlicher Kommunikations-, Team- und Sicherheitskulturen, die zu einer verbesserten Prozessqualität in der Behandlung führen können. All diese Ergebnisse verdeutlichen, dass „Gender“ nicht nur eine demografische, sondern auch eine klinisch relevante Dimension chirurgischer Qualität darstellt.¹²

Fazit – Gleichstellung als Aufgabe der chirurgischen Gemeinschaft

Die Geschichte von Frauen in der Chirurgie ist eine Geschichte der Akzeptanz – und zugleich noch ein unvollendetes Kapitel.

Frauen prägen heute die medizinische Ausbildung, doch in leitenden chirurgischen Positionen bleiben sie weiterhin unterrepräsentiert. Strukturelle Barrieren, starre Hierarchien, stereotype Rollenvorstellungen und eingeschränkt flexible Arbeitszeitmodelle bei fehlender Kinder- und Familienbetreuung sind nach wie vor die zentralen Hindernisse.

Der aktuelle Wandel – getragen von gezielter Nachwuchsförderung, Mentoring und wachsendem Bewusstsein für Geschlechtergerechtigkeit – zeigt, dass Gleichstellung kein Selbstzweck ist, sondern Voraussetzung für Qualität, Nachhaltigkeit und Innovationskraft in der Chirurgie. Die Zukunft unseres Faches liegt in seiner Fähigkeit, diese Diversität als Stärke zu begreifen und fraktionsfrei strukturell und organisatorisch zu verankern. ☐



© <https://www.ampuls-verlag.at/shop/#cc-n-product-8254369362>

Zum 125-jährigen Jubiläum Frauenmedizinstudium in Österreich gewährt Dr.ⁱⁿ Birgit Kofler-Bettschart einen umfassenden Einblick in die Geschichte der Medizin in Österreich aus weiblicher Sicht.

LITERATUR

1. Lippi D. et al. (2020): Gender medicine: its historical roots; Postgrad Med J 96 (1138): 480–486.
2. Lohff B. et al. (2019): Die Josephs-Akademie; Böhlau Verlag, Wien.
3. Kofler-Bettschart, B. (2025). Ärztinnen, die Geschichte schrieben – 125 Jahre Medizinstudium für Frauen in Österreich. Wien: Ampuls Verlag.
4. Steiner-Hofbauer V. et al. (2022): Female participation or “feminization” of medicine: History of women in modern academic medicine in Austria Wien Med Wochenschr 173 (5–6): 125–130.
5. Lemmerer M. (2025): Demographie und Ausbildung bei den Chirurg:innen; Vortrag 66. Österreichischer Chirurgenkongress, Salzburg.
6. Fitzgerald A. et al. (2021): . Frauen in der Medizin 2021; Führungs- und Entscheidungspositionen in der Medizin; K.- Landsteiner-Institut für Human Factors & Human Resources.
7. Lemmerer M. (2025): Frauen in der Chirurgie – Wo stehen wir heute?; Vortrag 66. Österreichischer Chirurgenkongress, Salzburg.
8. Weber M. et al. (2020): Career satisfaction, challenges, and future perspectives in surgery: A systematic review; J Surg Educ 77 (3): 713–723.
9. Thomas M. P. et al. (2020): Gender stereotypes in surgical culture; Ann Surg 272 (3): 398–405.
10. Richter K. P. et al. (2020): Women physicians and promotion in academic medicine; N Engl J Med 382 (22): 2148–2157.
11. Wallis CJD. et al. (2017): Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeon; BMJ 2017; 359:j4366.
12. Saka N. et al. (2024): Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male versus female surgeons: A systematic review and meta-analysis; Ann Surg 280 (6): 945–953.

KORRESPONDENZADRESSE



Prim.^a Dr.ⁱⁿ Martina Lemmerer, MBA, FEBS
Primaria der Abteilung für Chirurgie
Privatklinik Villach
Dr. Walter-Hochsteiner-Straße 4
9504 Villach-Warmbad
E-mail: martina.lemmerer@privatklinik-villach.at

Dunbar-Syndrom

Interdisziplinäre chirurgische Strategien im Zeitalter robotisch-assistierter Verfahren

Autor:innen: A. Binder, F. Berger, A. Assadian, M. Klierer; Wien

Das Dunbar-Syndrom ist eine seltene Erkrankung, bei der eine neurovaskuläre Kompression des Ganglion coeliacum und des Truncus coeliacus durch das Ligamentum arcuatum medianum des Zwerchfells entsteht. Klinisch manifestiert sich die Erkrankung meist durch postprandiale Oberbauchschmerzen und einem relevanten Gewichtsverlust. Die Symptome können sehr heterogen und unspezifisch sein, weshalb eine interdisziplinäre Diagnosestellung und eine genaue Umfelddiagnostik unerlässlich für die richtige Indikation zur operativen Behandlung sind.



Bild 1: Computertomographie Angiographie mit sichtbarer höchstgradiger Stenose des Truncus Coeliacus bei einem Patienten mit Dunbar Syndrom.

Das Dunbar-Syndrom, auch bekannt als Median Arcuate Ligament Syndrome (MALS), ist eine seltene, aber klinisch relevante Ursache chronischer epigastrischer Schmerzen. Pathophysiologisch beruht es auf einer Kompression des Truncus coeliacus durch das Ligamentum arcuatum medianum, die sowohl eine hämodynamische Stenose als auch eine Irritation des Plexus coeliacus verursachen kann.

Bereits 1963 beschrieb Harjola erstmals Patienten mit postprandialen Bauchschmerzen und angiographisch nachweisbarer Stenose des Truncus coeliacus [1]. Zwei Jahre später führten Dunbar et al. (1965) die anatomische Kompression des Truncus coeliacus durch das Ligamentum arcuatum medianum als Ursache systematisch aus und verbanden sie im Rahmen einer Untersuchung an 15 PatientInnen mit den beobachteten klinischen Symptomen [2]. Das Krankheitsbild war über viele Jahr-

zehnte Gegenstand kontroverser Diskussionen, bis neuere wissenschaftliche Arbeiten die kombinierte vaskuläre und neurogene Entstehung des Syndroms betonten.

Das Dunbar-Syndrom tritt typischerweise bei jungen Frauen auf, meist im Alter zwischen 20 und 40 Jahren [3]. Die Symptomatik umfasst postprandiale Schmerzen (80 % der Betroffenen), Gewichtsverlust (48 %), Übelkeit (9,7 %), Erbrechen, Diarrhoe oder auch ein Völlegefühl [4]. Begleitend können aber auch bewegungsabhängige Beschwerden, sowie Schwindel, Palpitationen oder Schweißausbrüche auftreten.

Die Diagnosestellung ist anspruchsvoll und bedarf einer interdisziplinären Herangehensweise der Viszeral- und Gefäßchirurgie, Gastroenterologie, Psychosomatik und ggf. weiterer Fachabteilungen [5]. Eine anatomische Einengung des Truncus coeliacus kommt bei etwa 10-24 % der Bevölkerung vor und bleibt aufgrund der suffizienten Kollateralisierung meist asymptomatisch [6]. Bei bildmorphologisch typischer Stenose des Truncus coeliacus und auftretender Symptomatik gilt dieses seltene Syndrom als Ausschlussdiagnose. Zunächst sollten andere mögliche Ursachen wie Nahrungsmittelunverträglichkeiten, gastroösophageale Erkrankungen, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen oder biliäre Erkrankungen durch geeignete Untersuchungen (Labor, Ultraschall Abdomen, Gastroskopie und Koloskopie, sowie eine CT- oder MRT-Diagnostik) ausgeschlossen werden. Darüber hinaus sollte auch eine psychische Komponente in die differenzialdiagnostische Abklärung einbezogen werden, da funktionelle und psychosomatische Faktoren die Symptomatik verstärken oder imitieren können [3].

Die Diagnostik stützt sich heute auf die Duplexsonographie und sollte bei bestätigtem Verdacht einer Stenose des Truncus coeliacus durch eine CT-Angiographie der Viszeralgefäße vervollständigt werden (Bild 1). In der Doppler-/Duplexsonographie zeigt sich eine charakteristische Flussbeschleunigung in maximaler Expiration, während der Fluss in Inspiration deutlich weniger beschleunigt oder normalisiert sein kann. Diese Dynamik zeigt eine atemabhängige Kompression des Truncus coeliacus durch die Zwerchfellligamente [7].

Die chirurgische Dekompression des Truncus coeliacus mittels Durchtrennung des Ligamentum arcuatum medianum und Neurolyse des Plexus coeliacus ist die einzige kausale Therapie. Die operative Therapie wurde meist offen durchgeführt, wird aber zunehmend durch die laparoskopisch minimalinvasive Methode ersetzt und seit kurzem auch robotisch-assistiert. Der Einsatz robotischer Systeme beim Dunbar-Syndrom stellt ein sicheres, technisch präzises und vielversprechendes Verfahren dar.

Er erlaubt die millimetergenaue Präparation auf den Abgang des Truncus coeliacus und die Spaltung bzw. teilweise Resektion des Ligamentum arcuatum medianum. Die Vorteile der robotischen Chirurgie liegen hier klar in einer sehr guten und überlegenen Sicht auf die Gewebsstrukturen, einer fein dosierten Beweglichkeit der Instrumente und der Tremorfilterung [8]. Auch der oft stark fibrotisch umgebaute Plexus solaris ventral der Aortenwand aufsitzend und das Ganglion coeliacum einschließend, kann robotisch gezielt reseziert werden. Entscheidend für den Erfolg ist die enge operative Zusammenarbeit zwischen Viszeral- und Gefäßchirurgie.

Die unterschiedlichen Expertisen in den Bereichen transabdomineller bzw. robotischer Zugang, Präparation auf das Gefäß, intraoperative Perfusionskontrollen und ggf. arterielle Rekonstruktionen werden dabei Hand in Hand benötigt.

Eine primäre endovaskuläre Therapie in Form einer perkutanen transluminalen Angioplastie (PTA) und Stentimplantation kann nicht empfohlen werden. Ohne Entfernen des mechanischen Aspektes durch das Ligamentum arcuatum medianum kommt es zu raschen Re-Stenosen und Stentverschlüssen. Endovaskuläre Verfahren haben allerdings ihren Stellenwert bei persistierenden Stenosen nach operativer Dekompression oder bei symptomatischem Rezidiv. In solchen Fällen kann eine Kombination aus chirurgischer Dekompression und gezielter Stentimplantation die hämodynamische Situation dauerhaft verbessern [3].

Durch die oft jahrelang bestehende Symptomatik bei den Patienten, ist der Therapieerfolg von mehreren Faktoren abhängig und muss vorab mit den Patienten besprochen werden. Studien der letzten Jahre zeigen eine Symptomverbesserung von etwa 60-80% der Fälle bei geringer Morbidität. Langfristig (> fünf Jahre) konnte eine Symptombefreiung von 50-70% gezeigt werden [9]. Typische Prädiktoren für einen langfristigen Behandlungserfolg sind eine klare, postprandiale Schmerzsymptomatik, signifikanter Gewichtsverlust vor der Therapie sowie eine kurze Symptombdauer von weniger als ein bis zwei Jahren [10].

Nachsorge und Langzeitergebnisse profitieren ebenfalls von einem Teamansatz: Während die Gefäßchirurgie sonographische Verlaufskontrollen durchführt und beurteilt, überwacht die Viszeralchirurgie funktionelle und gastrointestinale Aspekte. Persistierende Beschwerden können neu-

rogener Genese sein und erfordern eine gemeinsame multimodale Nachbetreuung bei der auch die anästhesiologische Schmerztherapie und die Psychotherapie eine wichtige Rolle spielen.

In einer ersten Fallserie von 3 Patienten, konnte das Dunbar-Syndrom im Klinikum Ottakring in Wien, interdisziplinär erfolgreich robotisch assistiert operiert werden (Bild 2). Dabei gab es keine Blutungskomplikationen und keine Konversion in eine offene Operation. Die Patienten befinden sich noch in regelmäßigen Nachkontrollen, aber die ersten Ergebnisse sind mehr als zufriedenstellend mit einer deutlichen Symptomlinderung bzw. -freiheit und postoperativ schneller Genesung nach minimalem Zugangstrauma.



Bild 2: Intraoperativer Situs nach erfolgter robotischer Spaltung des Ligamentum arcuatum medianum, Dissektion des Ganglion coeliacum und dekomprimiertem Abgang des Truncus coeliacus.

Das Dunbar-Syndrom ist damit exemplarisch für eine moderne, fächerübergreifende Chirurgie. Die viszeralchirurgische Expertise im robotischen Operieren in Kombination mit gefäßchirurgischer Diagnostik und Gefäßpräparation haben die Therapie dieser seltenen Erkrankung entscheidend verbessert. Der Ansatz zeigt, dass die Zukunft komplexer abdomineller Gefäßsyndrome in der strukturierten, interdisziplinären Zusammenarbeit liegt. □

LITERATUR

1. Harjola, P.T., *A RARE OBSTRUCTION OF THE COELIAC ARTERY. REPORT OF A CASE.* Ann Chir Gynaecol Fenn, 1963. **52**: p. 547-50.
2. Dunbar, J.D., et al., *Compression of the celiac trunk and abdominal angina.* Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med, 1965. **95**(3): p. 731-44.
3. Kim, E.N., et al., *Median Arcuate Ligament Syndrome-Review of This Rare Disease.* JAMA Surg, 2016. **151**(5): p. 471-7.
4. Jimenez, J.C., M. Harlander-Locke, and E.P. Dutson, *Open and laparoscopic treatment of median arcuate ligament syndrome.* Journal of vascular surgery, 2012. **56**(3): p. 869-873.
5. Shouhed, D., O.M. Ghanem, and K. El-Hayek, *Median Arcuate Ligament Syndrome: State of the Art Management.* 2025.
6. Horton, K.M., M.A. Talamini, and E.K. Fishman, *Median arcuate ligament syndrome: evaluation with CT angiography.* Radiographics, 2005. **25**(5): p. 1177-82.
7. Gruber, H., et al., *Ultrasound of the median arcuate ligament syndrome: a new approach to diagnosis.* Medical ultrasonography, 2012. **14**(1): p. 5-9.
8. Thoolen, S.J., et al., *Technique and outcomes of robot-assisted median arcuate ligament release for celiac artery compression syndrome.* J Vasc Surg, 2015. **61**(5): p. 1278-84.
9. Pather, K., et al., *Long-term symptom improvement and health-related quality of life after operative management of median arcuate ligament syndrome.* J Vasc Surg, 2021. **73**(6): p. 2050-2058.e4.
10. Chen, A.J., et al., *Outcomes of Median Arcuate Ligament Release: A Single Institution Retrospective Review.* Ann Vasc Surg, 2023. **94**: p. 296-300.

KORRESPONDENZADRESSEN



Prim. Dr. Franz Berger
Klinik Ottakring
Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Montleartstraße 37
1160 Wien
E-Mail: franz.berger@gesundheitsverbund.at



Priv. Doz. Dr. Miriam Klierer
Klinik Ottakring
Abteilung für Chirurgie mit Schwerpunkt
Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie
Montleartstraße 37
1160 Wien
E-Mail: miriam.klierer@gesundheitsverbund.at

Rekurrensparese – Diagnostik und Therapieansätze

Autorin: B. Schneider-Stickler, Wien

Die Rekurrensparese stellt eine der häufigsten Ursachen für eine Stimmlippenbewegungsstörung dar und gehört zu den häufigen neurolaryngologischen Erkrankungen (1). Sie kann einseitig (UVFP – unilateral vocal fold paralysis) oder beidseitig (BVFP – bilateral vocal fold paralysis) auftreten (Abbildungen 1 und 2) und führt zu Stimm-, Atem- und Schluckstörungen unterschiedlicher Ausprägung. Das therapeutische Vorgehen richtet sich nach dem Schweregrad der Nervenschädigung (Restaktivität oder Denervierung), dem Regenerationsverlauf (persistierende Denervierung, partielle physiologische Reinnervation oder synkinetische Reinnervation) sowie dem aus der Schädigung resultierenden funktionellen Defizit der Stimm-, Atem- und Schluckfunktionen.

Pathophysiologie und Verlauf

Im Falle einer Schädigung des Nervus recurrens laryngeus lassen sich drei Phasen unterscheiden:

- Akute Phase (<14 Tage): Initiale Denervierung mit möglicher spontaner Restitution.
- Intermediäre Phase (Wochen bis Monate): Teilweise beginnende Reinnervation oder Atrophieprozesse.
- Chronische Phase (>4–5 Monate): selten physiologische Reinnervation, meist bleibende Denervierung oder synkinetische Reinnervation.

Im Falle einer viralen Genese oder einer Tumorbegleitsymptomatik kann der Beginn der Nervenschädigung schleichend sein, so dass manchen Patienten der tatsächliche Beginn nicht Erinnerung ist.

Die finale Stimmlippenposition ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Reinnervation, Synkinesie, Muskelatrophie und fibrotischen Umbauprozessen.

Diagnostik

Die neurolaryngologische Diagnostik kombiniert laryngologische (2, 3) und neurologische Verfahren:

1. Perzeption: perzeptiv-akustische Stimmklangbeurteilung zumeist der Parameter Rauigkeit, Behauchtheit und Heiserkeit
2. Akustik – Messung stimmakustischer Parameter wie z.B. der Perturbationsparameter Jitter und Shimmer
3. Aerodynamik – Messung von maximaler Phonationszeit und Stimmleistungsparameters
4. Videolaryngostroboskopie – Beurteilung von respiratorischer Beweglichkeit und phonatorischen Schwingungseigenschaften der Stimmlippen

5. Selbstevaluation durch die Patient:innen mit Hilfe von Fragebögen, z. B. Voice Handicap Index
6. Laryngeale Elektromyografie (EMG) – Differenzierung zwischen Denervierung, Restaktivität, pathologischer Spontanaktivität, Reinnervation und Synkinesie

Das im Rahmen von Schilddrüsenoperationen routinemäßig eingesetzte intraoperative Neuromonitoring (IONM) reduziert das Risiko postoperativer Nervenläsionen, schließt jedoch eine Rekurrensparese trotz erhaltener Signale nicht aus.

Therapie der einseitigen Rekurrensparese (UVFP)

In den ersten Wochen nach einer Nervenschädigung sollte die Therapie auf eine rasche Verbesserung des inkompletten Stimmlippenschlusses durch Injektionslaryngoplastiken mit resorbierbaren Materialien (z.B. Hyaluronsäure) und/oder selektive elektrische Oberflächenstimulation des Larynx fokussieren.

Die frühzeitige Injektionslaryngoplastik (Abbildung 3) bietet gegenüber einer verzögerten Intervention signifikante funktionelle und klinische Vorteile (4–8). Eine früh durchgeführte Medialisierung reduziert das Risiko von Aspirationen und verbessert die Effektivität des Hustenreflexes, was insgesamt zu einer geringeren Inzidenz pulmonaler Infektionen führt. Darüber hinaus kann durch eine frühe Injektionslaryngoplastik eine Verbesserung der akustischen und aerodynamischen Stimmparameter erreicht werden, wodurch oft eine Wiederherstellung der Berufsfähigkeit gewährleistet werden kann. Studien zeigen eine etwa vierfach geringere Notwendigkeit für spätere dauerhafte Typ-I-Thyroplastiken. In der Phase der synkinetischen Reinnervation ermöglicht die frühe Injektion eine

günstigere mediane Stimmlippenposition, wodurch der Glottisschluss bei Phonation optimiert wird. Gleichzeitig wird durch die verstärkte vibrotaktile sensorische Rückmeldung der kontralateralen, gesunden Stimmlippe eine lokale Nervenregeneration gefördert. Die Wiederherstellung der propriozeptiven Rückkopplung fördert zusätzlich die zentrale neuronale Plastizität und somit die funktionelle Erholung der phonatorischen Kontrolle.

Die selektive elektrische Oberflächenstimulation des Larynx (Abbildung 4) stellt einen innovativen Ansatz zur frühen funktionellen Rehabilitation bei akuter einseitiger Stimmlippenparese (UVFP) dar. Sie zielt auf die Vermeidung der Muskelatrophie der intrinsischen Larynxmuskulatur und die Stimulation der Nervenregeneration. In der akuten und subakuten Phase nach Nervenläsion, d. h. innerhalb der ersten Wochen bis Monate, kann die Elektrostimulation eingesetzt werden, um eine gezielte Adduktion der betroffenen Stimmlippe zu induzieren (9). Durch die Verwendung langer, Dreiecksimpulse (50–100 ms) bei moderaten Stromstärken (etwa 7 mA) gelingt es, den denervierten Muskel selektiv zu stimulieren, ohne sensible Schmerzfasern zu aktivieren oder einen Schluckreflex auszulösen (10). Es konnte gezeigt werden, dass bei etwa drei Viertel der Patient:innen mit akuter UVFP unter oberflächlicher Elektrostimulation selektiv eine zuverlässige beidseitige Stimmlippenadduktion erreicht werden kann. Der funktionelle Erholungseffekt nach Elektrostimulation ist dabei vergleichbar mit der konservativen Stimmtherapie, wobei die Methode zusätzlich die muskuläre Atrophie verhindert und die neuronale Reinnervation unterstützt (11). Die selektive elektrische Oberflächenstimulation des Larynx stellt somit eine vielversprechende therapeutische Ergänzung

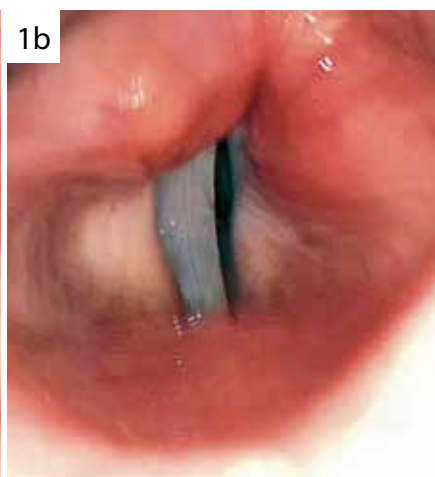
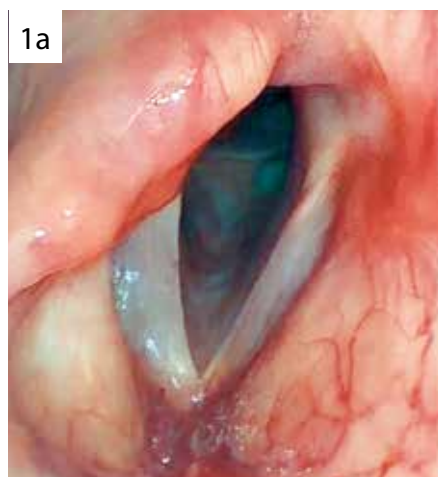


Abbildung 1. Laryngoskopischer Befund einer rechtsseitigen Rekurrensparese

- a) Respiration: linke Stimmlippe mit vollständiger Abduktion, rechte Stimmlippe mit Fixierung in Intermediärposition und beginnender Atrophie
b) Phonation: linke Stimmlippe mit Adduktion bis zur Medianlinie und Glottisschlussinsuffizienz durch fehlende Adduktion der rechten Stimmlippe



Abbildung 2. Laryngoskopischer Befund einer beidseitigen Rekurrensparese: beide Stimmlippen mit Fixierung in Paramedianposition



Abbildung 3. Injektionslaryngoplastik in Lokalanästhesie unter flexibel-endoskopischer Kontrolle



Abbildung 4. Selektive oberflächliche Elektrostimulation des Larynx mit kleinen Halsschwammelektroden



Abbildung 4. Selektive oberflächliche Elektrostimulation des Larynx mit kleinen Halsschwammelektroden

dar und bietet das Potenzial, durch gezielte neuromuskuläre Aktivierung die funktionelle Regeneration des Larynx signifikant zu verbessern.

Aus klinischer Sicht sind die frühe Injektionslaryngoplastik und die selektive elektrische Oberflächenstimulation des Larynx der traditionellen Stimmübungstherapie überlegen, da zum einen ein rascher Therapieeffekt erreicht werden kann und zum anderen aus anatomischer Sicht im Falle eines inkompletten Stimmlippenschlusses anatomische Voraussetzungen für das Erreichen eines Stimmlippenschlusses fehlen.

Persistierende einseitige Paresen werden durch Stimmlippenaugmentation mit nicht-resorbierbaren Injektionsmaterialien oder chirurgische Verfahren zur Stimmlippenme-

dialisation behandelt. Seit der Einführung der Thyroplastik Typ 1 durch Isshiki im Jahr 1974 (12) wurde eine Vielzahl operativer Modifikationen und verschiedene Implantate vorgestellt und im klinischen Alltag etabliert. Zu den neuesten Implantaten gehört das VOIS-Implantat der Fa. APrevent, das durch eine variable Ballonfüllmöglichkeit eine Adjustierung des Medialisationsgrades der gelähmten Stimmlippe im posterioren Bereich erlaubt.

Synkinesien entstehen durch unspezifische Reinnervation antagonistischer Muskeln. Crumley (2000) unterscheidet vier Typen, von günstigen (Typ I) bis ungünstigen (Typ II-IV) Mustern (13). Im Fall einer Synkinesie, insbesondere einer

Typ 3 Synkinesie nach Crumley, besteht die Indikation rezidivierender Botulinumtoxininjektionen zur Reduktion typischer laryngospasmusartiger Symptome bei körperlicher Anstrengung.

Therapie der beidseitigen Rekurrensparese (BVFP)

Ziel im Falle einer iatrogenen beidseitigen Rekurrensparese ist die Sicherung der Atemwege. Im Akutfall sollte eine Tracheotomie vermieden und zunächst eine Re-Intubation für einige Tage mit antiphlogistischen Maßnahmen favorisiert werden. Bei Persistenz der BVFP ist eine Laterofixation einer Stimmlippe indiziert.



Bei Persistenz der BVFP mit Denervierung ist eine laserchirurgische Glottiserweiterung indiziert. Sapundzhiev et al. stellten im Jahr 2008 eine Übersicht über die Möglichkeiten des laserchirurgischen Vorgehens vor (14). Die laserchirurgische Glottiserweiterung führt zwar zur Verbesserung der Atemsituation, jedoch zumeist auf Kosten der Stimmfunktion. Manche Patient:innen lehnen diese Intervention ab, insbesondere wenn sie beruflich auf die Stimme als Arbeitsinstrument angewiesen sind. Im Falle einer synkinetischen Reinnervation kann im Bedarfsfall eine Botulinumneurotoxin-Injektion zur chemischen Neuromodulation überlegt werden.

Moderne Therapiekonzepte zielen auf eine dynamische Wiederherstellung der Stimm lippenfunktion, die eine Stabilisierung der Atemfunktion ohne Beeinträchtigung der Stimmfunktion erreichen sollen. Die selektive Reinnervation verwendet einen Ast des Nervus phrenicus zur Re-Innervation des M. cricoarytaenoideus posterior (PCA), der zumeist über ein zusätzliches Nerven- transplantat angeschlossen wird (15). Sie kann sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern durchgeführt werden. Die chirurgische Technik zielt darauf ab, den PCA so zu reinnervieren, dass er während des physiologischen Atemzyklus eine Abduktion der Stimmlippen auslöst. Die Stimmfunktion bleibt bei diesem chirurgischen Vorgehen meist unbeeinträchtigt.

Derzeit laufen multizentrische Studien zur Neurostimulation des Larynx durch Implantate, die den PCA über inserierte Elektroden stimulieren (Larynxschrittmacher=Laryngeal Pacing). Der Larynxschrittmacher der Fa. MED-EL (Abbildung 5) ist ein innovativer Ansatz zur Wiederherstellung der Stimmlippenbewegung durch elektrische Stimulation des PCA. Eine atraumatische

endoskopische Kappelektrode (ECE50, Fa. MED-EL) dient als Screening-Tool zur Patient:innenenauswahl.

Ausblick

Die Behandlung der Rekurrensparese entwickelt sich zunehmend von rein mechanisch-chirurgischen Ansätzen hin zu funktionell-neuromodulatorischen Verfahren.

Die Kombination aus frühzeitiger Diagnostik, differenzierter Reinnervationsbeurteilung und individualisierter Therapie bietet das Potenzial, die funktionellen Ergebnisse deutlich zu verbessern.

Anmerkung

Die Inhalte dieses Übersichtsartikels wurden im Rahmen des „Henning-Symposium Schilddrüse 2025“ in Mannheim/Deutschland vorgetragen. ☐

LITERATUR (AUSWAHL)

1. Schneider-Stickler B, Leonhard M. Neurolaryngologie in Österreich. JATROS Pneumologie & HNO. 2021; 6:6-8.
2. Dejonckere PH, Bradley P, Clemente P, Cornut G, Crevier-Buchman L, Friedrich G, Van De Heyning P, Remacle M, Woisard V; Committee on Phoniatrics of the European Laryngological Society (ELS). A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. Guideline elaborated by the Committee on Phoniatrics of the European Laryngological Society (ELS). Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001 Feb;258(2):77-82. doi: 10.1007/s004050000299. PMID: 11307610.
3. Schneider-Stickler B. Stimm diagnostik bei phonochirurgischen Eingriffen [Voice diagnostics in phonosurgical interventions]. HNO. 2021 Sep;69(9):705-711. German. doi: 10.1007/s00106-021-01053-w. Epub 2021 May 31. PMID: 34057537; PMCID: PMC8413164.
4. Dedry M, Dricot L, Van Parys V, Boucquoy D, Delinte N, van Lith-Bijl J, Szmalec A, Maryn Y, Desuter G. Brain adaptation following various unilateral vocal fold paralysis treatments: A magnetic resonance imaging based longitudinal case series. Front Neurosci. 2022 Oct 5;16:947390. doi: 10.3389/fnins.2022.947390. PMID: 36278014; PMCID: PMC9580273.

5. Marques JAS et al. Early Management of Acute Unilateral Vocal Fold Paralysis: Update of the Literature. J Voice 2020; 35(6):924-6.
6. Barbu AM, Gniady JP, Viviero RJ, Friedman AD, Burns JA. Bedside Injection Medialization Laryngoplasty in Immediate Postoperative Patients. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Dec;153(6):1007-12. doi: 10.1177/0194599815601393. Epub 2015 Aug 25. PMID: 26307574.
7. Prendes BL, et al. Long-term effects of injection laryngoplasty with a temporary agent on voice quality and vocal fold position. Laryngoscope 2012; 122:2227-33.
8. Alghonaim Y, et al. Evaluating the timing of injection laryngoplasty for vocal fold paralysis in an attempt to avoid future type 1 thyroplasty. J Otolaryngol Head Neck Surg 2013; 42:24-9.
9. Kurz A, Volk GF, Arnold D, Schneider-Stickler B, Mayr W, Guntinas-Lichius O. Selective Electrical Surface Stimulation to Support Functional Recovery in the Early Phase After Unilateral Acute Facial Nerve or Vocal Fold Paralysis. Front Neurol. 2022 Apr 4;13:869900. doi: 10.3389/fneur.2022.869900. PMID: 35444611; PMCID: PMC9013944.
10. Kurz A, Leonhard M, Ho GY, Kany I, Schneider-Stickler B. Applicability of Selective Electrical Surface Stimulation in Unilateral Vocal Fold Paralysis. Laryngoscope. 2021 Sep;131(9):E2566-E2572. doi: 10.1002/lary.29538. Epub 2021 Apr 2. PMID: 33797760; PMCID: PMC8451789.
11. Kurz A, Leonhard M, Denk-Linnert DM, Mayr W, Kany I, Schneider-Stickler B. Comparison of voice therapy and selective electrical stimulation of the larynx in early unilateral vocal fold paralysis after thyroid surgery: A retrospective data analysis. Clin Otolaryngol. 2021 May;46(3):530-537. doi: 10.1111/coa.13703. Epub 2021 Jan 27. PMID: 33370506; PMCID: PMC8048835.
12. Isshiki N, Morita H, Okamura H, Hiramoto M. Thyroplasty as a new phonosurgical technique. Acta Otolaryngol. 1974 Nov-Dec;78(5-6):451-7. doi: 10.3109/00016487409126379. PMID: 4451096.
13. Crumley RL. Laryngeal synkinesis revisited. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2000 Apr;109(4):365-71. doi: 10.1177/000348940010900405. PMID: 10778890.
14. Sapundzhiev N, Lichtenberger G, Eckel HE, Friedrich G, Zenev I, Toohill RJ, Werner JA. Surgery of adult bilateral vocal fold paralysis in adduction: history and trends. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008 Dec;265(12):1501-14. doi: 10.1007/s00405-008-0665-1. Epub 2008 Apr 17. PMID: 18418622.
15. Marina MB, Marie JP, Birchall MA. Laryngeal reinnervation for bilateral vocal fold paralysis. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Dec;19(6):434-8. doi: 10.1097/MO0.0b013e32834c7d30. PMID: 22001659.

KORRESPONDENZADRESSE



Prof. Dr. Berit Schneider-Stickler
Zentrum für Kommunikationsmedizin
Lazarettgasse 25, A-1090 Wien
und
Klinische Abteilung Phoniatrie-Logopädie der Univ.-HNO-Klinik
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
E-Mail: berit.schneider-stickler@meduniwien.ac.at

Chirurginnen.Connect – Vorstellung einer neuen Initiative



Die Zahl der Frauen in der Medizin befindet sich heute auf einem nie dagewesenen Höchststand. Obwohl über 50 % aller Studierenden weiblich sind, vollzieht sich dieser Wandel im Bereich der Chirurgie, insbesondere auf der Führungsebene, nur schleppend. Das Ungleichgewicht zwischen begabtem Nachwuchs und der tatsächlichen Repräsentanz im klinischen Alltag wirft Fragen auf. Dass die Ursache dafür nicht in der fachlichen Kompetenz liegt, zeigen Studien, nach denen Patient:innen unter der Behandlung von Chirurginnen zum Teil sogar bessere Behandlungsergebnisse erzielen. Hintergrund sind vor allem strukturelle Herausforderungen: stereotype Bilder, mangelnde Sichtbarkeit weiblicher Vorbilder, fehlende Vernetzung, eingeschränkte Vereinbarkeit und Rollenmodelle, die kaum Flexibilität zulassen. Genau deshalb wurde Chirurginnen.Connect gegründet – ein unabhängiges Netzwerk, das sich zum Ziel setzt, Frauen in chirurgischen Disziplinen zu stärken, sichtbar zu machen und miteinander zu verbinden. Ins Leben gerufen wurde die Initiative von Dr. Joy Feka (Univ.Klinik für Allgemeinchirurgie, Klin. Abteilung für Viszeralchirurgie, MedUni Wien) und Dr. Sara Zejnilović (Abteilung für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Klinik Ottakring).



Teil des Organisationsteams: Mina Lahlal, Joy Feka, Shanon Joan Pallikunnel, Sarah Schober, Sara Zejnilović

Eine Vision für Gleichberechtigung und moderne Chirurgie

Die Initiative verfolgt eine klare Vision: ein chirurgisches Arbeitsumfeld, das gleichberechtigt, zeitgemäß und divers ist. Chirurginnen sollen ermutigt werden, ihre Fähigkeiten zu entfalten, Karrierewege selbstbewusst zu gestalten bzw. zu verfolgen und Führungsrollen einzunehmen. Chirurginnen.Connect möchte Lebenswege sichtbar machen, Karrieren unterstützen und Stereotype abbauen. Im Zentrum steht ein solidarisches Miteinander – ein Netzwerk, das Wege ebnet, anstatt sie zu erschweren.

Chirurginnen.Connect richtet sich an alle Frauen, die in chirurgischen Disziplinen tätig sind, waren oder eine entsprechende Karriere anstreben. Dazu zählen Studentinnen, Ärztinnen in Ausbildung, Fach- und

Oberärztinnen sowie niedergelassene und ehemalige Chirurginnen. Darüber hinaus sind für einige Veranstaltungen Personen jeglichen Geschlechts willkommen., sie sich aktiv für Gleichstellung in der Medizin einsetzen, den Wandel hin zu mehr Diversität und Chancengleichheit unterstützen und eine offene, konstruktive Diskussion zu diesen Themen willkommen heißen.

Vom Impuls zur Bewegung- Die Entwicklung von Chirurginnen.Connect

Was mit einer gemeinsamen Vision begann, hat sich seit der Gründung im Jahr 2024 binnen kurzer Zeit zu einem lebendigen Netzwerk engagierter Chirurginnen entwickelt. Rasch bildete sich ein Kreis an Kolleginnen, die die Vision einer zeigemäßen, gleichberechtigten chirurgischen Arbeitswelt teilen. Aus ersten Gesprächen entwickelte sich ein engagiertes Organisationsteam, das die Initiative mit viel Energie und fachlicher Vielfalt vorantreibt. In kürzester Zeit wurden unterschiedliche Veranstaltungsformate konzipiert und umgesetzt, die Austausch ermöglichen, Weiterbildung fördern und das Gefühl stärken, Teil einer wachsenden Community zu sein.

Ein erster Schwerpunkt lag auf dem Aufbau regelmäßiger Netzwerktreffen. Dabei zeigte sich schnell, wie groß der Bedarf an strukturiertem, zugleich unkompliziert zugänglichem Austausch ist. Das erste Netzwerktreffen im April 2025 mit inspirierenden Vorträgen von Chirurginnen in Führungspositionen bildete den Auftakt: Kolleginnen aus unterschiedlichen Fachgebieten und Karrierestufen kamen zusammen, um sich kennenzulernen, gegenseitig

zu unterstützen und neue Ideen zu entwickeln. Ergänzend folgte ein Sommertreffen, das in informellem Rahmen Raum für offene Gespräche und frische Impulse bot. Bei der „Movie Night“, in deren Rahmen unter anderem der Kurzfilm „1001 Cuts“ gezeigt wurde, diskutierten die Teilnehmerinnen anschließend in einem spannenden Podiumsgespräch über Erfahrungen aus humanitären Auslandsaufenthalten.

Neben diesen Austauschformaten rückt Chirurginnen.connect Weiterentwicklung und Wissenstransfer auf vielfältige Weise in den Mittelpunkt. Ein zentraler akademischer Baustein ist die Ringvorlesung im Wintersemester 2025/26 an der MedUni Wien. Sie beleuchtet die Rolle von Frauen in der Chirurgie aus historischer, gesellschaftlicher, kultureller und fachlicher Perspektive und widmet sich Themen wie Diversity und Inklusion, Karrierewege, Mentoring, Vereinbarkeit, mentaler Gesundheit sowie dem Einfluss von Geschlecht auf die Patient:innenversorgung und die Teamdynamik. Die Vorträge vereinen Perspektiven aus Österreich, Europa, den USA und Ländern des Globalen Südens und schaffen so eine außergewöhnliche inhaltliche Breite. Die Teilnahme steht allen Interessierten offen; eine Anerkennung als Wahlfach sowie mit DFP-Punkten ist möglich.

Ergänzend dazu sind unterschiedliche weitere Weiterbildungs- und Austauschformate in Planung, die Chirurginnen in ihrer fachlichen und persönlichen Entwicklung unterstützen sollen. Vieles befindet sich noch im Aufbau, doch neue Angebote und Projekte sind bereits angedacht, ebenso wie eine Ausweitung auf mehrere Bundesländer.

Fazit

Die Medizin befindet sich im Wandel - und die Chirurgie darf darin nicht zurückbleiben. Chirurginginnen.Connect setzt ein starkes Zeichen dafür, dass chirurgische Exzellenz geschlechtsunabhängig ist und Diversität einen Gewinn darstellt – für Teams, für Patient:innen, für das gesamte Gesundheitssystem. Die Initiative schafft Chancen, fördert Perspektiven, setzt Vorbilder und unterstützt auf allen Ebenen der chirurgischen Karriere. Sie versteht sich als Plattform für Inspiration, Weiterentwicklung und aktives Mitgestalten einer modernen chirurgischen Zukunft.

Es ist an der Zeit, Stereotypen aufzubrechen, Barrieren zu überwinden und Chirurginginnen sichtbar zu machen - im Operationsaal, in wissenschaftlichen Gremien, auf Kongressen und in leitenden Positionen. Chirurginginnen.Connect lädt alle Interessierten ein, Teil dieses Weges zu werden und gemeinsam an einer gerechteren, inklusiveren Zukunft der Chirurgie zu arbeiten. □



Offizielles Netzwerktreffen



Ringvorlesung

Mit dieser Ringvorlesung möchte ich Sie mit einer Reihe von Themen aus der Chirurgie des 21. Jahrhunderts vertraut machen. Ich möchte Sie mit den neuesten Erkenntnissen aus der Chirurgie des 21. Jahrhunderts vertraut machen. Ich möchte Sie mit den neuesten Erkenntnissen aus der Chirurgie des 21. Jahrhunderts vertraut machen.

Ziel ist es, das gesamte Spektrum chirurgischer Karrieren sichtbar zu machen – von Medizinstudenten über Assistenz bis hin zu erfahrenen Fachkollegen. Unterstützung haben wir alle von der 1. bis zur 10. Generation in der Chirurgie – von der 1. bis zur 10. Generation in der Chirurgie – von der 1. bis zur 10. Generation in der Chirurgie.



v.l.n.r.: Gründerinnen von Chirurginginnen.connect: Dr. Sara Zejnilović und Dr. Joy Feka



Einfangen der Endstimmung nach der „Movie Night“

KORRESPONDENZADRESSE



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

BÖC Kurse & Webinare



11. bis 13. März 2026

FachärztInnen Refresher „Fit für die Klinik“

...von jungen ChirurgInnen für junge ChirurgInnen...

Ärztchamber für Wien



Keine Angst vor der Facharztprüfung!

Als „junge Fachärzte“ ist uns die Zeit rund um die Facharztprüfung und das Gefühl zunehmender Verantwortung noch gut in Erinnerung.

Wir freuen uns diese Veranstaltung bereits zum dritten Mal in einer Kooperation zwischen Wiener Ärztekammer und Berufsverband veranstalten zu können.

Dieses Seminar dient als Refresher-Kurs für (angehende) Fachärzte und Fachärztinnen sowie auch zur kompakten Wiederholung vor der Facharztprüfung. Alle praxisrelevanten Themen der Allgemein- und Viszeralchirurgie werden kompakt in 3 Tagen wiederholt.

Junge und erfahrene Referent:innen bringen euch auf den neuesten Stand der Behandlungsstrategien und Techniken der Allgemein- und Viszeralchirurgie und machen euch „Fit für den Facharzt“.

Viktor Frieders-Justin

Benjamin Glaser

Informationen:

- Tagungsort: Konferenzzentrum der Wiener Ärztekammer
Weihburggasse 10–12, 1010 Wien
- Anmeldegebühr: EUR 500,– für BÖC Mitglieder | EUR 600,– für Nicht-Mitglieder
- Maximale Teilnehmer:innen Anzahl: 40 Personen
- Anmeldung öffnet demnächst
- Anmeldefrist: 4. März 2026

Informationen zu weiteren geplanten **BÖC Kursen** und **Webinaren im Jahr 2026** folgen demnächst auf der Website www.boec.at (BÖC Akademie)! Schauen Sie gerne ab Jänner 2026 wieder vorbei



Elisabeth Stubenberger

UK Krems

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Schon im Biologieunterricht hat mich die Anatomie und Physiologie des Menschen fasziniert. Das Medizinstudium war schon sehr früh eine logische Konsequenz für die spätere Berufswahl. Die Chirurgie mit der Kombination aus notwendigem breitem medizinischem Wissen und handwerklicher Herausforderung, standen rasch an erster Stelle für die weitere fachliche Orientierung. Es folgte die breite Ausbildung zur Fachärztin für Unfall-, Allgemein und Thoraxchirurgie.

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Ich hatte das Glück schon während des Studiums Mentoren zu haben. Das war einerseits Prof. Dr. Stephan Kriwanek in der Krankenanstalt Rudolfstiftung und später Prof. Dr. Johannes Poigenfurst im Lorenz Böhler Unfallkrankenhaus. Beide haben mit großem chirurgischem Können, Präzision und ruhiger Überlegtheit auch in kritischen Situationen als Vorbild gedient. Die selbstkritische, transparente und bedingungslose Aufarbeitung bei Komplikationsereignissen, haben mich geprägt und gelernt immer wieder das eigene Handeln zu hinterfragen und zu überprüfen. Der systematische Zugang von beiden zu wissenschaftlichen Fragen war für meine persönliche Entwicklung von großer Bedeutung. Die Führungskompetenz von Prof. Poigenfurst ist mir bis heute Vorbild in der eigenen Rolle als Führungskraft.

Was zeichnet eine gute Chirurgin/ Chirurgen aus?

Das entsprechende Fachwissen, insbesondere in der chirurgischen Onkologie, die interdisziplinären Therapiemöglichkeiten zu kennen, und die Fähigkeit zu haben multidisziplinär zusammen zu arbeiten, ist heutzutage eine unerlässliche Eigenschaft die die Chirurgin/ der Chirurg haben muss. Die Fähigkeit abschätzen zu können welche chirurgische Therapie einem Patienten zumutbar ist, ist unerlässlich für die richtige Indikationsstellung. Das Beherrschen der entsprechenden Operationstechnik neben der Fähigkeit eines entsprechenden Komplikationsmanagement ist essenziell für eine gute Chirurgie/ einen guten Chirurgen. Die Tatsache, dass manchmal weniger mehr ist, sollte in den Überlegungen des chirurgischen Handelns Platz finden.

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Für mich ist der Beruf nicht gänzlich vom Privatleben zu trennen. Ein verständnisvoller Partner, der selbst einen anspruchsvollen Beruf mit viel Verantwortung abseits der Medizin ausübt, erleichtert das tägliche Miteinander durch gegenseitiges Verständnis sehr. Die schon erwachsene, selbst medizinisch tätige Tochter, großgezogen zu haben, zum Teil als alleinerziehende Mutter, hat viel Organisationstalent und ein familiäres Netzwerk gebraucht. Entspannung finde ich bei langen Wanderungen mit dem Hund, kreativer handwerklicher Tätigkeit und gemeinsamer Zeit mit der Familie. Freunde treffen bei einem guten Essen und einem guten Glas Wein, ist ein schöner beruflicher Ausgleich.

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Die Chirurgie braucht, wie der gesamte Gesundheitssektor auch, mehr Fokus auf messbare, nachvollziehbare, transparente Qualität. Diese kann nur im Rahmen von anerkannten, am besten internationalen, Zertifizierungen überprüft und verglichen werden. Das Fallzahl orientierte medizinische Handeln gibt den Verantwortungsträgern zusätzlich die Möglichkeit die Versorgungsstrukturen zu schaffen, die unsere Patienten benötigen. In Zeiten knapper Ressource ist das ein wesentliches Tool die Ressource dahin zu bringen, wo sie benötigt wird. Die im Rahmen der Zertifizierungen geforderten Innovationen und wissenschaftlichen Studien, sorgen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung und ermöglicht uns die Patienten nach letztem Stand der Wissenschaft zu behandeln.

Intensivierte, zukunftsorientierte, sowie innovative Ausbildungskonzepte müssen überlegt und geschaffen werden, um die, durch das Arbeitszeitgesetz entstandene knappe Zeitressource für die Ausbildung zu kompensieren. Förderung der Entwicklung und Umsetzung neuer Berufsbilder im Krankenhausalltag, hilft die Kernkompetenz der Ärzte wieder in den Mittelpunkt des Handelns zu rücken.

Ihr Lebensmotto?

Immer neue Grenzen pushen, Herausforderungen suchen und annehmen ohne dabei vergessen zu leben.



Tomaz Primožic

Villach

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

Seit ich im ersten Semester an der Anatomie die Sezierung hatte, war mir klar, ich werde mich in die Chirurgie begeben. Wie für jeden Chirurgie-begeisterten, sportlichen Medizinstudenten war auch für mich die erste Wahl „Muskel und Knochen“. Nach meiner Basisausbildung in Slowenien bin ich zufällig in Villach gelandet.

Nach einigen Monaten auf der Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie gab es keine Zweifel mehr, ich werde Viszeralchirurg!

Ich habe mich primär weniger für das Fach entschieden, sondern viel mehr für die Menschen an dieser Abteilung.

2. Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Eine große Rolle, warum ich überhaupt Viszeralchirurgie gewählt habe, hat zweifellos mein Chef, Prim. Jenic, gespielt. Die entscheidendste Person für die Wahl meines Spezialgebietes und dafür, dass ich mich wirklich zuhause gefühlt habe, ist Dr. Wernegger. Die Tage mit ihm in der Proktologie waren einfach FUN. Ich konnte mich fachlich schnell weiterentwickeln, mit der Sicherheit, vor größeren Fehlern bewahrt zu werden. Er hat mich auch regelmäßig aus der Ambulanz geholt und mir diverse akute oder ausgelagerte Operationen assistiert.

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

Erstens: Teamfähigkeit. Eine gute Beziehung mit seinen KollegInnen aufzubauen hilft in der alltäglichen Arbeit, da es sie effizienter, sicherer und entspannter macht. Dabei meine ich nicht nur die chirurgischen KollegInnen, sondern auch KollegInnen anderer Fachrichtungen, Pflegekräfte u.v.m.

Zweitens: Um Hilfe bitten und Eingestehen seiner Fehler/Limits. Mir ist bewusst, dass hier jeder theoretisch zustimmt, aber fragen Sie sich, wann haben Sie das letzte Mal danach gehandelt?

4. Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Da ich keine Kinder habe, stellt dies für mich kein großes Problem dar. Weiters unterstütze ich das Team gerne beim Übernehmen von Diensten und Feiertagen. Energie dafür hole ich mir auf meinen zwei- bis dreiwöchigen Weltreisen.

5. Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Erstens: Ein Ausbildungssystem, das jeden neue Facharzt/Fachärztin die Kompetenz verleiht, mit den häufigsten Notfällen klarzukommen. Die Anschauung, dass man Chirurgie nur lernen kann mit 300 Stunden/Monat ist obsolet. Jede Idee, die Ausbildung zu verlängern oder den Nachwuchs von operativen Tätigkeiten fernzuhalten, ist kurzsichtig und schadet letztlich der Qualität der Ausbildung.

Zweitens: Die Politik muss erfahrenen Kolleginnen und Kollegen über 60 ermöglichen, ihre letzten Berufsjahre mit Würde zu gestalten – etwa durch eine entsprechend kompensierte Dienstbefreiung.

Eine solche Regelung würde einerseits die Abwanderung erfahrener Chirurginnen und Chirurgen in die Ordination verhindern und damit den Verlust wertvollen Wissens eindämmen. Andererseits könnten dadurch zugleich Ressourcen für die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses geschaffen werden.

6. Ihr Lebensmotto?

Life is like a box of chocolates. You never know what you're gonna get.



„Now gentlemen, time me.“

Autorin: J. Feka, Wien

Robert Liston, geb. am 28. Oktober 1794 in Schottland, gilt als eine der prägendsten Gestalten der präanästhetischen Chirurgie des 19. Jahrhunderts. Sein Spitzname „The Fastest Knife in the West End“ beschreibt seine zentrale Fähigkeit: die Durchführung komplexer Amputationen innerhalb von Sekunden. In einer Zeit ohne Anästhesie, ohne Asepsis und ohne Bluttransfusion bedeutete Schnelligkeit für Patientinnen und Patienten eine bessere Überlebenschance; je kürzer der Eingriff, desto geringer Schmerz, Schock und Blutverlust. Berühmte Augenzeugen berichten, dass sich Besucher mit Stoppuhren in seine Operationssäle drängten, um seiner atemberaubenden Technik beizuwohnen.

Ein Zeitgenosse erinnerte sich: „Wenn er amputierte, folgte das Sägen des Knochens so unmittelbar auf das Aufblitzen seines Messers, dass beide Handlungen fast gleichzeitig erschienen“. Vor jeder Operation forderte er seine Studenten auf: „**Now gentlemen, time me.**“. Berichten zufolge führte er eine Amputation in weniger als 30 Sekunden aus – ein Rekord, den er mit Stolz pfl egte.

Liston modernisierte die operative Technik durch eine Reihe von Entwicklungen: die Verwendung von geraden Amputationsmesser – im Gegensatz zu den bis dahin üblichen gebogenen, sowie die Verwendung der Knochenzange, und führte den „Flappen-Schnitt“ ein.

Obwohl Liston für seine Geschwindigkeit berühmt war, war seine Motivation dabei

nicht bloß Ehrgeiz, sondern Mitgefühl. In einer Vorlesung 1844 mahnte er: „Führen Sie die Operation mit so wenig Schmerz für den Patienten wie möglich durch – so schnell Sie können – und hinterlassen Sie den amputierten Teil so, dass er später keine Quelle des Leidens ist“.

Nur zwei Jahre später, 1846, wurde in Boston durch William Morton die Wirkung der Äthernarkose demonstriert. Liston erkannte das Potenzial sofort und führte Europas erste Operation unter Anästhesie nur zwei Monate nach Mortons Versuch durch. Die Episode gilt als entscheidender Moment in der europäischen Medizingeschichte.



Liston war nicht nur Operateur, sondern auch ein prägender Lehrer. Zu seinen Studenten zählten James Young Simpson, der das Chloroform als Narkotikum einführte, sowie Joseph Lister, der später die aseptische Technik und die Antisepsis entwickelte. Liston hinterließ außerdem mehrere Standardwerke der Chirurgie, darunter *The Elements of Surgery* (1831–1832) und *Practical Surgery* (1837).

Mit seiner entschlossenen Art und seiner Theatralik auf dem Operationstisch wurde Liston zu einer schillernden Figur. Mehrere Anekdoten sind überliefert, etwa die berühmte „300 %-Mortalität“, bei der ein Patient, ein Assistent und ein erschrockener Zuschauer bei einer Amputation starben. Auch wenn diese Geschichte wohl eher in den Bereich der chirurgischen Folklore gehört, verdeutlicht sie auf eindrückliche Weise, wie riskant und unberechenbar operative Eingriffe vor der Einführung der Anästhesie waren.

Heute wird Liston ambivalent erinnert – als kompromissloser, brillanter und bisweilen furchterregender Operateur, dessen Bedeutung für die medizinische Geschichte außer Frage steht. Seine Instrumente und Techniken prägten das chirurgische Denken weit über seine Zeit hinaus.

Liston starb am 7. Dezember 1847 in London, nur ein Jahr nach der Einführung des Äthers, an einer Aneurysmenruptur. Seine Schüler und Nachfolger setzten fort, was er begann: die Transformation der Chirurgie zu einer modernen Wissenschaft. □



Image credit: The Royal College of Surgeons of Edinburgh
<https://artuk.org/discover/artworks/robert-liston-17941847-rcsed-1818-18711>



https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Robert_Liston_operating,_Wellcome_M0005603.jpg

KORRESPONDENZ- ADRESSE



Dr. Joy Feka
Medizinische Universität
Wien
Klinische Abteilung für
Viszeralchirurgie
Währinger Gürtel 18–20
1090 Wien

E-Mail: joy.feka@meduniwien.ac.at

LITERATUR

1. Coltart D.J. (1972): Surgery Between Hunter and Lister: As Exemplified by the Life and Works of Robert Liston (1794–1847). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Vol. 65, S. 556–560.
2. Thomas B. (2012): Saints and Sinners – Robert Liston. *The Royal College of Surgeons of England Bulletin*, Vol. 94 (Suppl.), S. 64–65.
3. Hawk A.J. (2021): ArtiFacts: Built for Speed—Robert Liston's Surgical Technique. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, PMID PM8083913, S. 1–4.
4. Liston R. Lecture XVI: Amputation of The Thumb; The Hand; The Forearm; The Elbow; The Upper Arm; The Shoulder Joint; Lectures on The Operations of Surgery: And on Diseases and Accidents Requiring Operations. Lea and Blanchard; 1946.
5. Hawk A. ArtiFacts: Benjamin Tredwell Jr's amputation knives. *Clin Orthop Relat Res*. 2018;476:1715–1716.
6. Liston R. *Practical Surgery*. Thomas, Cowperthwait, and Co; 1842.
7. <https://www.scribd.com/document/544225184/05-liston> (Access: 01.10.2025)
8. <https://historicflix.com/robert-liston-the-caring-surgeon-with-a-300-mortality-rate/> (Access: 02.10.2025)

spine.at

**Jetzt
online
anmelden**

27. Symposium

der Österreichischen Gesellschaft
für Wirbelsäulenchirurgie

„Die schmerzende Bandscheibe im Zentrum“

30.–31. Jänner 2026
Technisches Museum Wien

spine.at/27-symposium

Neurochirurgie | Orthopädie und Traumatologie | Neurologie
Radiologie | Physikalische Medizin und Rehabilitation



Simulationstraining in der chirurgischen Ausbildung – Chancen, Herausforderungen und Perspektiven

Autoren: S. Sattler, E. Haiden; Tulln

Die chirurgische Ausbildung steht vor vielfältigen Herausforderungen. Der steigende Anspruch an Patientensicherheit, begrenzte Ressourcen im klinischen Alltag sowie veränderte Arbeitszeitmodelle führen dazu, dass junge Ärztinnen und Ärzte weniger praktische Übungsmöglichkeiten im OP haben als frühere Generationen.

Simulationstraining gewinnt in der chirurgischen Ausbildung zunehmend an Bedeutung. Es ermöglicht das risikofreie Erlernen technischer und nicht-technischer Fertigkeiten in einer sicheren, strukturierten Umgebung. Durch objektive Bewertung, Wiederholbarkeit und Feedback fördert es Kompetenz und Patientensicherheit.

Ausbildung vs. Training – warum „neutraler Boden“ wirkt

Wir unterscheiden **Ausbildung** (an der Abteilung) und **Training** (gezielter Kompetenzaufbau, idealerweise in Trainingszentren). Erfahrungsgemäß senkt „neutraler Boden“ die Hemmschwelle für Fragen und fördert konzentriertes Üben in Peergroups mit klaren Lernzielen, strukturierter Rückmeldung und Prüfungen. Dieser Ansatz entspricht dem modernen, kompetenzbasierten Lernverständnis in der Chirurgie.

LAP Sim



© Philip Monihart

Was ist Simulationstraining?

Simulationstraining bezeichnet den Einsatz künstlich geschaffener Szenarien, Modelle oder technischer Systeme zur realitätsnahen Nachbildung medizinischer Handlungen.

In der Chirurgie reicht das Spektrum von einfachen Nahtkissen über anatomische Modelle bis hin zu komplexen Virtual-Reality-Simulatoren (VR), Hybrid-Simulatoren oder auch vollständigen OP-Simulationen mit Schauspielpatienten und interdisziplinären Teams.

Das Ziel ist es, technische Fertigkeiten, aber auch nicht-technische Kompetenzen wie Kommunikation, Teamarbeit und Entscheidungsfindung unter kontrollierten und wiederholbaren Bedingungen zu trainieren. Der Prozess erfolgt oft in mehreren Stufen: vom Erwerb grundlegender motorischer Fähigkeiten über komplexe Aufgaben bis hin zur vollständigen Simulation operativer Eingriffe.

Bedeutung in der chirurgischen Ausbildung

Simulationstraining ist mittlerweile ein unverzichtbarer Bestandteil der chirurgischen Weiterbildung.

Es ermöglicht insbesondere Anfängerinnen und Anfängern, sich mit Instrumenten, Techniken und Abläufen vertraut zu machen, bevor sie am Patienten tätig werden. Dabei geht es nicht nur um das Erlernen der Technik, sondern auch um das Entwickeln von Handlungssicherheit.

Die Vorteile sind vielfältig:

- **Sicherheit:** Es können Fehler gemacht werden, ohne dass reale Patienten gefährdet sind.
- **Wiederholbarkeit:** Szenarien können beliebig oft wiederholt und an individuelle Lernbedürfnisse angepasst werden.
- **Objektive Bewertung:** Fortschritte können durch standardisierte Checklisten und digitale Analysen objektiv gemessen werden.
- **Strukturiertes Lernen:** Simulationstrainings lassen sich didaktisch sinnvoll in Ausbildungspläne integrieren.

Studien zeigen, dass Simulationstraining die chirurgische Kompetenz verbessert und

zu einer höheren Qualität der Versorgung beiträgt. In manchen Ländern, etwa den USA, ist der Nachweis simulativer Trainingseinheiten bereits verpflichtender Bestandteil der Facharztausbildung.

Integration in die Ausbildung

Ein zentrales Element für den Erfolg von Simulationstraining ist die strukturierte Einbettung in den Ausbildungsprozess. Dies umfasst:

- **Curriculare Verankerung:** Simulation sollte systematisch und verpflichtend in die Facharztausbildung integriert werden, ähnlich dem OP Katalog.
- **Kompetenzbasiertes Training:** Übungen sollten gezielt auf konkrete Lernziele ausgerichtet sein.
- **Feedback und Reflexion:** Nach jedem Training sollte ein strukturiertes Debriefing erfolgen, in dem Leistung, Fehler und Verbesserungspotenziale besprochen werden.
- **Mentoren und Tutoren:** Die Begleitung durch erfahrene Trainerinnen und Trainer ist entscheidend, um Lernprozesse effektiv zu gestalten.

Herausforderungen und Limitationen

Trotz der zahlreichen Vorteile stehen der breiten Anwendung auch einige Hürden gegenüber:

- **Kosten und Ressourcen:** Hochwertige Simulatoren und gut ausgestattete Trainingszentren erfordern erhebliche finanzielle Investitionen.
- **Akzeptanz:** steigt mit zunehmend erkennbarem Benefit der Teilnehmer und der entsendenden Abteilungen.
- **Technologische Begrenzungen:** Auch moderne Simulatoren können die Realität nur bis zu einem gewissen Grad abbilden. Aspekte wie Gewebewiderstand, Blutung oder unvorhergesehene Komplikationen lassen sich nicht immer

adäquat simulieren. Eine Konzentration auf sehr gut trainierbare Teilfähigkeiten ist sehr sinnvoll. Ganze Operationen abzubilden ist oft mehr ein Showeffekt ohne direktem Benefit. Eine Vereinfachung in der Simulation unterstützt oft den Trainingseffekt.

- **Zeitaufwand:** Aus unserer Sicht nicht zu unterschätzen ist der persönliche Zeitaufwand. Unsere persönliche Erfahrung bezieht sich auf jeweils über 2000 Stunden als Trainier in den letzten 14 Jahren, in denen wir selbst sehr viel gelernt haben und auch bei uns selbst im Prozess jemand zu trainieren eine deutliche Lernkurve bemerkt haben. Die Einbindung von zusätzlichen Tutoren aus anderen Kliniken hat für zusätzlichen Input gesorgt.

Zukunftsperspektiven

Die technologische Entwicklung schreitet rasant voran. Künstliche Intelligenz und individualisierte Trainingssysteme könnten in Zukunft Simulation noch effektiver und adaptiver machen. Denkbar sind beispielsweise KI-gestützte Feedbacksysteme oder personalisierte Trainingspfade basierend auf individuellen Stärken und Schwächen.

Ein wichtiger Schritt in die Zukunft wäre die Verankerung von Trainingsstunden vergleichbar mit dem OP Katalog in der Facharztausbildung.

Auch in der Weiterbildung von Fachärztinnen und Fachärzten oder im Rahmen von Re-Zertifizierungen wird Simulation an Bedeutung gewinnen - Insbesondere im Kontext der lebenslangen Fortbildung und der Sicherstellung gleichbleibender Behandlungsqualität. Ein Trend bei dem die Medizin gegenüber der Luftfahrt deutlichen Aufholbedarf hat.

Fazit

Simulationstraining stellt eine wichtige Ergänzung der traditionellen chirurgischen Ausbildung dar.

Es ermöglicht risikofreies Üben, fördert die Patientensicherheit und bietet objektive Möglichkeiten zur Leistungsbewertung. Um sein volles Potenzial auszuschöpfen, muss es jedoch flächendeckend in Curricula integriert, ausreichend finanziert und von erfahrenen Trainerinnen und Trainern begleitet werden.

Ein wichtiger Schritt ist die **verpflichtende Verankerung von Trainingsstunden analog zum OP-Katalog**, damit Simulation nicht als „nice to have“, sondern als integraler Teil der Ausbildung gilt!

In einer Zeit wachsender Anforderungen an Medizin und Ausbildung ist es eine **Investition in Qualität, Sicherheit und Professionalität** und damit letztlich in das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Unsere Persönliche Praxis

In unserem Trainingszentrum im UK Tulln bietet die Landesgesundheitsagentur NÖ für ihre Mitarbeiter kostenlose Trainingskurse in laparoskopischen und offenen chirurgischen Techniken sowie ein endoskopisches Basistraining an.

Für Assistenzärzte in Ausbildung zu einem chirurgischen Facharzt ist der Besuch nach Vorstandsbeschluss verpflichtend.

Im Rahmen der chirurgischen Basisausbildung wird in einem 40 Stunden Kurs auf VR Simulatoren (4 Lapsim Simulatoren / Surgical Science), Lübecker Toolboxen (6 Stück) und verschiedenen Silikonmodellen (z.b. Limbs and Things) trainiert.



Boxentrainer

Entscheidend sehen wir dabei den schrittweisen und strukturierten Aufbau von Fähigkeiten um in der gegebenen Zeit auch das Fertigungslevel zu erreichen.

Der Basiskurs wird mit einer Abschlussprüfung am Simulator auch zertifiziert.

An der Karl Landsteiner Universität bieten wir ebenfalls ein Wahlfach für Studierende mit interdisziplinärem Rollenspiel und Simulationstraining an um bereits möglichst früh und kompetent im OP Team einsteigen zu können. □

LITERATUR

1. Elendu C et al, The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine* (Baltimore). 2024 Jul 5;103(27):e38813. doi: 10.1097/MD.00000000000038813. PMID: 38968472; PMCID: PMC11224887.
2. Higgins, R.M et al, Preparing for and passing the fundamentals of laparoscopic surgery (FLS) exam improves general surgery resident operative performance and autonomy. *Surg Endosc* 37, 6438–6444 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10124-8>

KORRESPONDENZADRESSE

Prim. Clin. Ass Prof. Dr. Elmar Haiden

OA Dr. Stefan Sattler



Universitätsklinikum Tulln,
Alter Ziegelweg 10
A-3430 Tulln
E-Mail: post@trainingszentrum.eu
URL: www.trainingszentrum.eu



Observership

Cleveland Clinic, Digestive Disease and Surgery Institute, Department of Colorectal Surgery

Autorin: M. Bubenová, Waidhofen an der Ybbs

Ort: Cleveland Clinic, Ohio, USA

Zeitraum: 4 Wochen, Juli 2025

Schwerpunkt: Kolorektale Chirurgie

Die Cleveland Clinic zählt weltweit zu den führenden Zentren der Spitzenmedizin. Ich hatte den Wunsch eine Hospitation an der Cleveland Clinic zu absolvieren. Erstens, weil ich bereits früher an vielen Webinaren der Cleveland Clinic teilgenommen habe und die Arbeit der Chirurg:innen gesehen habe. Zweitens, weil ich der Überzeugung



Abb. 1: Cleveland Clinic, Ohio, USA

bin, dass man im Rahmen des Karrierefortschritts Möglichkeiten suchen sollte, wie man Kenntnisse vertiefen und neue Skills erlernen kann. Das Zweite ist meiner Meinung nach - neben dem Selbststudium – nur durch Kooperation und Kommunikation mit nationalen und internationalen Kolleg:innen möglich.

Meine Hospitation dauerte vier Wochen und fand im Juli 2025 statt. Die Realisierung war dank der Unterstützung von Professor Kessler und der ÖGCH möglich. Einer der ersten organisatorischen Schritte war der administrative Teil. Die Einreichung erforderlicher Dokumente und Bestätigungen erfolgte über das „CIME“ – Center for International Medical Education. Im nächsten Schritt kam der sogenannte Onboarding Prozess, bei dem die Online-Kurse z. B. über die

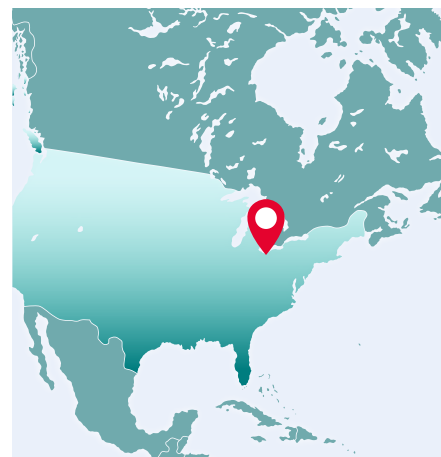
Sicherheit und Kommunikation am Arbeitsplatz absolviert werden mussten.

Ich war alle vier Wochen an der Abteilung für kolorektale Chirurgie alloziert. Diese gehört zum „Digestive Disease and Surgical Institute“ der Cleveland Clinic. Während meines Observerships war ich vor allem im OP und habe die minimalinvasiven und offenen Operationen bei malignen und benignen kolorektalen Indikationen beobachtet. Ich wurde sehr gut aufgenommen,



Abb. 2: Severance Hall, Cleveland, USA. Eine Konzerthalle aus dem Jahr 1931, die als Heimat der Cleveland Orchestra dient.

und die Chirurg:innen haben mir während der Operationen die wichtigsten Schritte sowie die Operationstechnik erklärt und meine Fragen umfassend beantwortet. Meine Ansprechperson war Professor Kessler. Neben den Operationen, habe ich an den Morgenvisiten, Fortbildungen und ambulanten Tagen inkl. Patienten-Calls



teilgenommen. Neben den technischen Aspekten war für mich sehr lehrreich, die Arbeitsorganisation, Arbeitsethik und Teamkommunikation zu sehen. Von den Tagen, an denen ich im OP war, kann ich besonders profitieren, weil ich viele herausfordernde Situationen und deren Lösungen miterleben konnte und wertvolle Tipps aus erster Hand erhalten habe. Das wichtigste ist, dass ich im Team von besonders fleißigen und freundlichen Chirurg:innen mit exzeptioneller Arbeitseinstellung verbringen konnte.

Mein besonderer Dank gilt Professor Kessler für seine wertvolle Lehre, allen Kolleg:innen an der Cleveland Clinic, von denen ich lernen durfte, sowie der ÖGCH für die finanzielle Unterstützung im Rahmen des Hospitationsstipendiums. □

KORRESPONDENZADRESSE



Dr. med. Mária Bubenová

Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Klinik für Chirurgie

Landeskrankenhaus Waidhofen an der Ybbs

Ybbsitzerstraße 112

3340 Waidhofen an der Ybbs

E-Mail: maria.bubenova@waidhofen-ybbs.lknoe.at

Hospitationsbericht

“What can one learn at the Division of Pediatric Colorectal & Pelvic Reconstruction, Childrens’ National Hospital, Washington DC?”

Autorin: E. E. Amerstorfer, Graz

Vor mehreren Jahren wurde mir von Marc Levitt, führender Experte der pädiatrischen kolorektalen Kinderchirurgie, ein Observer-ship in seiner Abteilung “*Division of Pediatric Colorectal & Pelvic Reconstruction*” im *Childrens’ National Hospital* in Washington DC angeboten, was ich letztendlich als eine 2-wöchige Hospitation im Oktober 2025 umsetzen konnte.

Prof. Levitt hat im Jahr 2019 eine einzigartige Abteilung gegründet, wo er in einem multidisziplinärem Team Kinder und Adoleszente mit schwerwiegender funktioneller und organischer Beeinträchtigung der Defäkation oder Kontinenz betreut.

Das *Childrens’ National Hospital* gehört nicht nur zu den 10 besten Kinderkrankenhäusern der Vereinigten Staaten sondern hat sich im Sinne eines globalen Behandlungsauftrages auch länderübergreifend seinen Namen gemacht. Dabei hat das Team rund um Marc Levitt bereits über 2000 Patient:innen aus 68 Ländern behandelt und zielt darauf ab, dieses Wissen zum Zweck der stetigen Verbesserung der Patient:innenversorgung auch weiterzugeben.

Im Rahmen meines Observerships wurde mir somit ein umfassender Einblick in ein ganzheitliches Behandlungskonzept, gestaltet durch ein Team aus kolorektalen Kinderchirurgen, -urologen, -gynäkologen und -gastroenterologen gewährt. Einzigartig war für mich dabei, dass die Kolleg:innen dieser unterschiedlichen Fachdisziplinen bereits im Erstkontakt mit Patient:innen, sowie am Operationstisch und auch in der Nachsorge Hand-in-Hand zusammenarbeiten. Dadurch erfahren Patient:innen an einem Ort und meist auch im Rahmen eines einzigen Aufenthaltes eine gezielte multidisziplinäre Behandlung. Im primären Kontakt sowie in der generellen Betreuung und Nachsorge wird dabei

auch den Pflegekräften, insbesondere den “physician assistants”, eine tragende Rolle zugeschrieben. Ziel jedes individuell angepassten Behandlungskonzeptes ist es, dass die Patient:innen sauber und rein werden und sie durch ein gut geführtes “Bowel-Management” keine Beeinträchtigung im Alltag erfahren und sich altersentsprechend entwickeln können.



Childrens’ National Hospital, Washington DC

Ich hatte aber nicht nur die Möglichkeit, diese Struktur kennenlernen zu dürfen, sondern auch das Glück, mehrere Stunden andauernde Korrekturoperationen komplexer Fehlbildungen wie z.B. einer komplexen Kloakenmalformation oder Re-do Operationen beobachten zu dürfen. Tieferer Einblick erlangte ich auch durch Vorlesungen zu einzelnen Operationstechniken, Behandlungskonzepten kolorektaler Erkrankungen sowie dem

Management der Datenaufarbeitung und globalen Tätigkeit. Das ganze Team zeigte sich stets bemüht, das Wissen in der Versorgung pädiatrischer kolorektaler Erkrankungen weiterzugeben.

Ganz im Sinne des Team-Gedankens zum Wohl jede(r)s Patienten/Patientin wurde ich auch zum jährlichen “5-k Race” des *Childrens’ National Hospitals* im Team “*Incredibowels*” aufgenommen. Nicht nur Angestellte des *Childrens’ National Hospitals*, sondern auch Patient:innen und deren Familien, Freunde und sogar Hunde meisterten zusammen einen 5-Kilometer-Lauf um das Capitol von Washington DC und sammelten damit beinahe 2 Millionen Dollar für die Behandlung von Kindern.

Der Erfahrungsschatz, den ich im operativen und konservativen kolorektalen kinderchirurgischen Bereich im Rahmen dieses Observerships gewinnen konnte, ist für mich beinahe unbeschreiblich. Ich freue mich darauf, dieses Wissen an meine Kolleg:innen weitergeben und in der Betreuung von vielen Kindern umsetzen zu können.

Hiermit möchte ich auch ein Danke an die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie für die finanzielle Unterstützung aussprechen und hoffe, mit diesem Erfahrungsbericht viele chirurgisch tätige Kolleg:innen zu einer Hospitation im Ausland begeistern zu können. □

KORRESPONDENZADRESSE



PD. Dr. in Eva Elisa Amerstorfer
Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 36
8034 Graz
E-Mail: eva.amerstorfer@medunigraz.at
URL: ee.amerstorfer@gmail.com

Hospitationsbericht

Operation Smile South Africa Fellowship Ein neues Lächeln für Mthatha

Autorin: H. Luze, Graz

Im Oktober 2025 hatte ich die besondere Gelegenheit, im Rahmen eines Fellowships bei *Operation Smile South Africa* an einer humanitären Mission im südafrikanischen Mthatha teilzunehmen – einer abgelegenen Region an der Ostküste des Landes, die trotz ihrer landschaftlichen Schönheit durch eine äußerst eingeschränkte medizinische Infrastruktur geprägt ist. Dieses durch die **Österreichische Gesellschaft für Chirurgie** unterstützte Fellowship stellte für mich nicht nur eine wertvolle Erweiterung meiner chirurgischen Expertise, sondern auch eine zutiefst bewegende menschliche Erfahrung dar.



Operation Smile ist eine international tätige, gemeinnützige Organisation, die seit ihrer Gründung im Jahr 1982 Kindern und Erwachsenen mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten weltweit Zugang zu qualitativ hochwertiger, kostenfreier chirurgischer Versorgung ermöglicht. Mit Einsätzen in über 60 Ländern und mehr als 300.000 erfolgreich durchgeführten Operationen zählt sie zu den größten und renommiertesten Organisationen im Bereich der globalen plastisch-rekonstruktiven Huma-

nitäreinsätze. Ziel von *Operation Smile* ist es, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit ein umfassendes Behandlungskonzept zu gewährleisten, das neben der operativen Versorgung auch präoperative Beratung, postoperative Nachsorge sowie logopädische, zahnärztliche und psychosoziale Betreuung umfasst.

Die chirurgische Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten hat nicht nur funktionelle, sondern auch lebensrettende Bedeutung. Neugeborene mit ausgeprägten Spaltbildungen können häufig nicht adäquat trinken oder essen, wodurch es zu Mangelernährung und Dehydratation kommt; das Risiko eines frühzeitigen Todes ist bis zu neunmal höher als bei gesunden Säuglingen. Im späteren Verlauf treten häufig Sprachentwicklungsstörungen, Dentalanomalien und sozialpsychologische Belastungen auf. Fehlstellungen der Zähne, Schwierigkeiten beim Kauen oder Sprechen sowie das Risiko sozialer Ausgrenzung können die Lebensqualität dieser Kinder erheblich beeinträchtigen. Umso größer ist die Bedeutung einer frühzeitigen operativen Korrektur in Kombination mit einer multidisziplinären, langfristigen Nachbetreuung.

Während der über *Operation Smile South Africa* organisierten Mission in Mthatha operierten wir im Nelson Mandela Academic Hospital täglich etwa 15 Patientinnen und Patienten, verteilt auf drei parallele Operationstische, um eine möglichst große Zahl an Kindern – aber auch Erwachsenen – versorgen zu können. Das operative Spektrum reichte von einfachen einseitigen Lippenrekonstruktionen bis hin zu komplexen Eingriffen bei kombinierten Lippen-Kiefer-Gaumenspalten sowie sekundären Korrekturingriffen bei funktionellen oder ästhetischen Residuen. Je nach Alter, anatomischer Ausprägung und funktioneller Beeinträchtigung kamen unterschiedliche rekonstruktive Techniken individuell zur Anwendung.



Im Bereich der Lippenrekonstruktionen wurden überwiegend Modifikationen nach Millard und Fisher mit simultaner Nasenkorrektur gewählt, während die Gaumenrekonstruktionen – abhängig von Defektgröße und -form – unter anderem nach Von Langenbeck und dessen Modifikationen, Furlow (Double Opposing Z-Palatoplasty) oder Veau-Wardill-Kilner (V-Y Pushback) erfolgten. Besonders beeindruckend war die Vielzahl an individuellen Anpassungen – etwa mukoperiostale Vomer-Lappenplastiken oder Advancements des Bichat'schen Fettkörpers –, mit denen die ChirurgenInnen auf anatomische Variationen reagierten, stets mit dem Ziel, eine funktionell und ästhetisch optimale, individuell angepasste Rekonstruktion zu erzielen.



Das multidisziplinäre Team bestand neben plastischen ChirurgInnen aus PädiaterInnen, AnästhesistInnen, ZahnärztInnen, Pflegekräften, LogopädInnen, DiätologInnen, psychosozialen BetreuerInnen und DolmetscherInnen, die eng zusammenarbeiteten, um eine kontinuierliche, ganzheitliche Versorgung sicherzustellen. Alle Beteiligten engagieren sich ehrenamtlich und arbeiten unter strengen Qualitätsrichtlinien sowie nach international standardisierten Protokollen – ein wesentliches Charakteristikum von *Operation Smile*. Die systematische Nachkontrolle aller Operationsergebnisse durch ein unabhängiges, internationales



Board ermöglicht nicht nur die Sicherstellung höchster Behandlungsqualität, sondern auch den internationalen Vergleich von Operationstechniken, Ergebnissen und Komplikationsraten. Trotz der begrenzten Ressourcen in dieser Region herrschte ein Höchstmaß an Professionalität, Organisation und gegenseitiger Unterstützung. Auch die lokale Bevölkerung begegnete uns mit großer Herzlichkeit und Offenheit.

Neben der fachlichen Erweiterung war insbesondere die emotionale Dimension dieser Mission sehr bewegend. Viele Familien reisten tagelang unter schwierigsten Bedingungen an, um ihren Kindern die Chance auf ein neues Leben zu ermöglichen. Zahlreiche PatientInnen stammten aus Regionen ohne Zugang zu grundlegender Gesundheitsversorgung. Die dentalen Verhältnisse waren häufig desolat, was die präoperative Vorbereitung erschwerte und häufig Kombinationseingriffe mit zahnärztlicher Versorgung erforderlich machte. Dennoch war das Vertrauen, das uns die Eltern entgegenbrachten, überwältigend, und der Moment, in dem Mütter ihre Kinder nach der Operation erstmals wiedersahen, von tiefer Rührung und Dankbarkeit geprägt – Augenblicke, die alle Beteiligten nachhaltig berührten.

Die Teilnahme an der *Operation Smile South Africa Mission* in Mthatha hat meinen Blick auf die plastisch-rekonstruktive Chirurgie nachhaltig erweitert. Sie hat eindrucksvoll gezeigt, wie interdisziplinäre Zusammenarbeit, Empathie und chirurgische Präzision auch unter herausfordernden Bedingungen zu einer echten und dauerhaften Verbesserung der Lebensqualität führen können.

Mein aufrichtiger Dank gilt *Operation Smile South Africa* für die hervorragende Organisation und Unterstützung sowie allen Kolleginnen und Kollegen des internationalen Teams, die durch ihr Engagement und ihre Menschlichkeit diese Mission zu einer unvergleichlichen Erfahrung gemacht haben. Ein besonderer Dank gilt auch der **Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie** und der Medizinischen Universität Graz für die Unterstützung dieser einzigartigen Möglichkeit, meinen fachlichen und menschlichen Horizont weiter zu erweitern. □



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
Telefon: +43 316 385-30445
E-Mail: hanna.luze@medunigraz.at



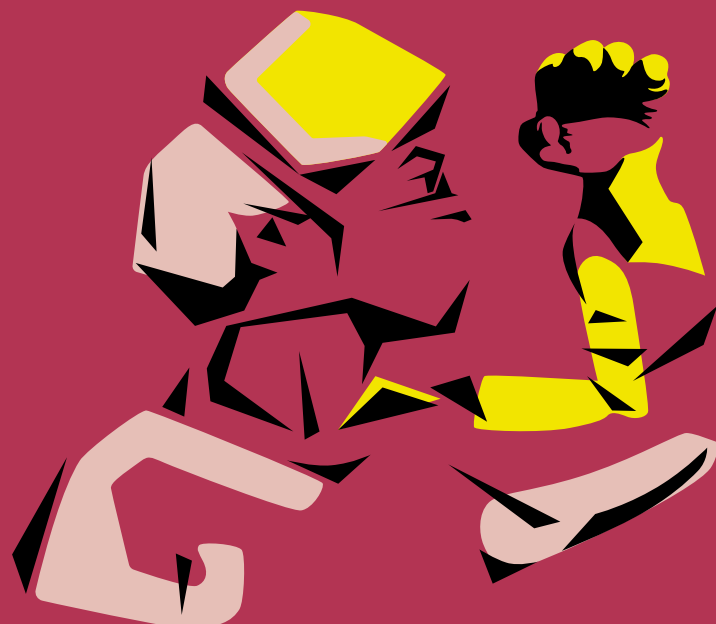
WO



SIND



DIE



GRENZEN

67. KONGRESS DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

17. - 19. Juni 2026, Salzburg www.chirurgiekongress.at

Kongresspräsident: Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka, MBA, FEBS, FACS
Kongresssekretäre: Dr. Claudio Erschig,
Dr. Benjamin Glaser
Dr. Viktor Frieders-Justin

Organisation: con:concept congress GmbH
Mag. Birgit Kamolz
Stiftingtalstraße 14, 8010 Graz, Austria
chirurgiekongress@conconcept.at

Fellowship-Bericht

Travel Fellowship der American Society for Surgery of the Hand (ASSH)

Autor: S. P. Nischwitz, Graz

Ich hatte die außergewöhnliche Gelegenheit, im Rahmen eines *Travel Fellowships* der *American Society for Surgery of the Hand* (ASSH) als österreichischer Vertreter am Kongress der Gesellschaft in Vancouver, Kanada, umrahmt vom Besuch vier renommierter Zentren für Handchirurgie in den Vereinigten Staaten von Amerika, teilzunehmen. Dieses Fellowship wurde durch ein Hospitationsstipendium der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie unterstützt. Der 3-wöchige Aufenthalt im Oktober 2025 bot mir wertvolle Einblicke in unterschiedliche chirurgische Philosophien, Organisationsstrukturen und Führungsmodelle an international führenden Institutionen – und führte zugleich zu Begegnungen, die fachlich wie menschlich unvergesslich bleiben werden.

Der erste Abschnitt führte mich an das *Indiana Hand to Shoulder Center* in Indianapolis – eine der traditionsreichsten Einrichtungen auf diesem Gebiet. Die dortige operative Vielfalt, insbesondere im Bereich der Sehnen- und Nerven Chirurgie, war beeindruckend. Ich konnte komplexe Rekonstruktionen beobachten und mich intensiv mit der präzisen mikrochirurgischen Technik, der klaren Indikationsstellung und der funktionellen Ergebnisorientierung auseinandersetzen. Besonders prägend war die operative Kultur, die Demut, technische Exzellenz und Teamgeist in bemerkenswerter Weise vereint.

Im Anschluss durfte ich einige Zeit an der *Mayo Clinic* in Rochester, Minnesota verbringen. Der Aufenthalt ermöglichte einen tiefen Einblick in das exzellente klinische Setup einer der weltweit renommiertesten medizinischen Institutionen. Neben einer Vielzahl spannender Operationen im Bereich der Hand- und Handgelenkchirurgie, insbesondere der Arthroskopie, beeindruckte mich vor allem die strukturierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit

zwischen Chirurgie, Forschung und Ausbildung. Die Kombination aus wissenschaftlicher Strenge, organisatorischer Effizienz und respektvollem Umgang im Team vermittelte eindrucksvoll, was chirurgische Exzellenz im weiteren Sinne bedeutet.

Nach diesen Aufenthalten hatte ich die Gelegenheit, am Jahreskongress der ASSH in Vancouver teilzunehmen. Der Kongress bot eine ideale Plattform, um die während des Fellowships gewonnenen Eindrücke einzuordnen, internationale Kontakte zu vertiefen und aktuelle Forschungsergebnisse zu diskutieren. Besonders hervorzuheben war die Offenheit im wissenschaftlichen Austausch und die Kombination aus chirurgischer Innovation, Kollegialität und Leadership-Kultur.

Der nächste Stopp war am *Shriners Hospital for Children* in Philadelphia, Pennsylvania, wo ich umfassende Einblicke in die kindliche Handchirurgie erhielt. Die Arbeit mit dieser besonderen Patientengruppe verdeutlichte die Bedeutung eines interdisziplinären, empathischen und langfristig orientierten Behandlungskonzepts. Die dortige operative Vielfalt reichte von kongenitalen Fehlbildungen über Revisionsoperationen bis hin zu funktionellen Rekonstruktionen – ein eindrucksvolles Beispiel für spezialisierte Versorgung auf höchstem Niveau.

Last but not least: Der finale Abschnitt meines Fellowships führte mich an die *University of Virginia* in Charlottesville. Neben der gesamten Breite der Handchirurgie standen hier vor allem Aspekte von Organisation, Ausbildung und Leadership im Vordergrund. Der intensive Austausch mit den dortigen Kolleginnen und Kollegen ermöglichte tiefe Einblicke in Ausbildungsstrukturen, Teamführung und die Rolle emotionaler und sozialer Kompetenzen



in der chirurgischen Praxis – Themen, die auch im Kontext meines Masterstudiums in Leadership & Management für mich von besonderem Interesse sind.

Das Fellowship war eine in jeder Hinsicht prägende Erfahrung. Die Möglichkeit, verschiedene chirurgische Philosophien und Organisationsstrukturen miteinander zu vergleichen, hat mein Verständnis von Qualität, Sicherheit und Führung in der modernen Chirurgie nachhaltig erweitert. Besonders beeindruckend war die gelebte Kultur kontinuierlicher Weiterbildung: An allen Zentren wurde sichtbar, wie selbstverständlich Journal Clubs, Fallbesprechungen und regelmäßige Reflexion Teil des klinischen Alltags sind – Ausdruck einer Haltung, die lebenslanges Lernen und kollektive Weiterentwicklung in den Mittelpunkt stellt. Ebenso wertvoll waren die menschlichen Begegnungen: Die Kolleginnen und Kollegen empfingen mich mit außergewöhnlicher Herzlichkeit und bezeichneten meinen Besuch oft selbst als Ehre. Diese gegenseitige Wertschätzung, gepaart mit echter Kollegialität, hat mir gezeigt, dass chirurgische Exzellenz dort entsteht, wo fachliche Präzision und menschliche Größe zusammentreffen.

Ich bin der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie dankbar für die Unterstützung dieses Fellowships, das mir ermöglichte, chirurgische Exzellenz aus einer globalen Perspektive zu erleben und wertvolle Impulse für meine weitere Laufbahn zu gewinnen. □



Mein Co-Fellow aus der Türkei, Dr. Yasin Canbaz, und ich beim ASSH Kongress in Vancouver.

KORRESPONDENZADRESSE



Priv.-Doz. Dr. med. Dr. scient. med. Sebastian P. Nischwitz, M.Sc. FEBOPRAS
Medizinische Universität Graz
Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie
Auenbruggerplatz 29
8036 Graz
E-Mail: Sebastian.nischwitz@medunigraz.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 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.
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.
7. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury.
8. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 100 Punkten in den drei Kategorien wissenschaftlicher Neuwert, Relevanz und Durchführung der Untersuchung.
9. Wird keine der Arbeiten von den Juror:innen als preiswürdig erachtet, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
10. Werden von den Juror:innen mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
11. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses.

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.

Arbeiten, die nach Meinung der Jury nicht der Anforderung „Klinische Forschung“ entsprechen, d.h. eher der Grundlagenforschung angehören, werden nach Zustimmung der Autor:innen den Anträgen für den Billroth-Preis zugeordnet.

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 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.
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.
7. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury.
8. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 100 Punkten in den drei Kategorien wissenschaftlicher Neuwert, Relevanz und Durchführung der Untersuchung.
9. Wird keine der Arbeiten von den Juror:innen als preiswürdig erachtet, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
10. Werden von den Juror:innen mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
11. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses.

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.
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 Chirurgenkongresses. Der/die Preisträger:in erhält die Möglichkeit, die Forschungsidee im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses zu präsentieren.

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

17. bis 19. Juni 2026

67. Österreichischer Chirurgenkongress

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

12. bis 13. November 2026 |

25. Österreichischer Chirurgenkongress

14. November 2026

15. Forum Niedergelassener Chirurgen

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

Sonstige Veranstaltungen

ÖGCH-Veranstaltungen & assoziierte Fachgesellschaften/Arbeitsgemeinschaften der ÖGCH

22. und 23. Jänner 2026

HPB Masterclass Symposium 2026

Ort: Kongresscenter der Stahlwelten in Linz
Info: <https://www.ordensklinikum.at/hpb-masterclass2026>

30. und 31. Jänner 2026

27. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie

Ort: Technisches Museum Wien
Info: <https://www.spine.at/27-symposium/>

25. und 26. Juni 2026

Grazer Gefäß- und Gerinnungstage 2026 | 21. Sailersymposium

Ort: Seminarzentrum des LKH Universitätsklinikums Graz
Info: www.grazergerinnung.at

25. bis 27. Juni 2026

Österreichischer Kongress für Orthopädie und Traumatologie

Ort: Hofburg Wien
Info: <https://www.oekout.at/>

10. bis 12. September 2026

14. EFR-Kongress

Ort: AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20
Info: <https://www.efrcancer.org>

Impressum

CHIRURGIE

Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

HERAUSGEBER



Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)



Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

CHEFREDAKTEUR

Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian Roka

STV. CHEFREDAKTEUR

Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann

REDAKTION

BÖC Geschäftsstelle:
Catherine Tomek

REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG

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

REDAKTIONSTEAM

Dr. Maria Bubenova
Salzkammergut Klinikum, Vöcklabruck

Priv. Doz. Dr. Georg Györi
Medizinische Universität Wien

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

Dr. Joy Feka
Medizinische Universität Wien

OA Priv.-Doz. Dr. Christian 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

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

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

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

BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT

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



GRAFIK

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



DRUCK

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



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

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

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



Produziert nach den Richtlinien des Österreichischen Umweltzeichens.
DMW Druck & Medienwerk GmbH,
UWZ-Nr. 845, www.dmwdruck.at

24. Österreichischer Chirurtag „Chirurgie 4.0“

Autor: S. Roka, Wien

Vom 13. bis 14. November 2025 fand im Congress Center Baden der 24. Österreichische Chirurtag statt, diesmal unter dem Motto „Chirurgie 4.0“. Baden stand ganz im Zeichen der Innovationen, Herausforderungen und Chancen, die die Digitalisierung und Technologisierung in der Chirurgie mit sich bringen. Begleitet wurde der Kongress traditionell vom Forum Niedergelassener Chirurgen, das am Samstag, den 15. November, abgehalten wurde.



24. Österreichischer Chirurtag im schönen Rahmen des Congress Center Baden

Schon in den einleitenden Worten von Präsident Sebastian Roka wurde der Spannungsbogen des Kongresses sichtbar: Die rasanten Entwicklungen im Bereich Künstlicher Intelligenz (KI), Robotik und digitaler Bildgebung eröffnen der Chirurgie ungeahnte Möglichkeiten und stellen die Disziplin doch zugleich vor neue, komplexe Herausforderungen. Die zentrale Botschaft: Fortschritt ist nur dann ein Gewinn, wenn der Mensch im Mittelpunkt bleibt und technologische Errungenschaften klug und verantwortungsvoll integriert werden.

Nach der offiziellen Eröffnung startete der Kongress mit einer Sitzung zu digitalen Technologien in der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Hier wurde das breite Spektrum der KI-Anwendungen erstmals umfassend beleuchtet. Rudolf Schrittwieser zeigte eindrucksvoll, wie KI bereits heute in der Diagnostik unterstützend eingesetzt werden kann. Claudio Erschig beleuchtete daraufhin intraoperative Anwendungen, während Viktor Frieders-Justin die Rolle

der KI in der Nachsorge herausarbeitete. Besonders spannend war der Beitrag von Florian Primavesi zur „Augmented Reality“ in der onkologischen Chirurgie, der zeigte, wie virtuelle Überlagerungen die Präzision bei Tumorresektionen steigern können.

Im Anschluss stellte Andreas Shamiyeh die Anwendung von Indocyaningrün (ICG) in der Viszeralchirurgie vor – ein Paradebeispiel für Innovation in der intraoperativen Bildgebung. Melisa Arian führte anhand praktischer Beispiele die Möglichkeiten der Autofluoreszenz für intraoperative Orientierung und Gewebecharakterisierung vor.

Die zweite Sitzung des Tages war der robotischen Chirurgie gewidmet und zeigte anhand konkreter Fallbeispiele und Techniken das enorme Potenzial dieser Systeme auf. Georg Györi referierte über die robotische Nierentransplantation, Markus Mille diskutierte die Grenzen des Single-Port-Systems, und Sebastian Roka stellte die Herausforderungen bei der Resektion

retroperitonealer Sarkome vor. Besonders hervorzuheben waren die Beiträge von Clemens Bittermann zu erweiterten Resektionen im kleinen Becken (bTME), Hans Michael Hau zu großen anatomischen Leberresektionen und Helwig Wundsam zu Pankreasresektionen – allesamt Bereiche, in denen Robotik und Navigationstechnologien ganz neue Möglichkeiten eröffnen.

Der Tag schloss mit einem Networking-Event, das einmal mehr die Bedeutung des persönlichen Austausches und des Netzwerkgedankens im chirurgischen Berufsalltag unterstrich.



Auch das 14. Forum Niedergelassener Chirurgen war wieder gut besucht.

Der Freitag begann mit einer Sitzung zum Thema „Ausblick zur KI“. Maximilian Köller präsentierte die neuesten Entwicklungen in der Pathologie, während Helmut Ringl die Anwendung von KI in Radiologie – sowohl im aktuellen Stand als auch in der Zukunft – beleuchtete. Jonas Santol widmete sich kritisch dem Thema Simulationstraining und stellte die Frage, ob es sich dabei um einen notwendigen Fortschritt oder einen überbewerteten Hype handelt. Stephan Winkler zeigte mit seinem Beitrag zur Komplikationsvermeidung auf, wie KI dazu beitragen kann, Fehlerquellen frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.

Eine ganze Sitzung widmete sich der Diskussion interessanter Patientenfälle.



Fachlicher Dialog und Networking bei einer Pause zwischen den Vorträgen

Johannes Zacherl, Peter Götzinger und Claudio Erschig spickten ihre Präsentationen mit der Befragung von KI-Modellen und gemeinsam mit den Experten Stefan Riss, Matthias Biebl und Rudolf Schrittwieser wurden diese analysiert. Diese interaktive Session wurde von den Teilnehmern besonders geschätzt, da sie praxisnahes Lernen und kollegiale Reflexion ermöglichte.

Am Nachmittag stand die provokante Frage „Is AI taking over?“ im Zentrum. Ludwig Kramer thematisierte mit „Big Brother is watching you“ die Überwachung und Dokumentation in der modernen Medizin. Sebastian Roka wagte einen Ausblick auf die Viszeralchirurgie im Jahr 2050, und Nikolaus Forgó diskutierte die regulatorischen und juristischen Anforderungen, die mit dem Einzug neuer Technologien in die Chirurgie einhergehen.

Die letzte Sitzung des Tages bot praxisnahe Tipps und Tricks zu den Themen offene, laparoskopische und robotische Chirurgie. Stefan Riss referierte zur kompletten mesorektalen Exzision, Bert Van den Bossche zu Hemikolektomien, Matthias Biebl zur Gastrektomie, Manfred Prager zur Fundoplikatio und Benjamin Glaser zu Ventralhernien – ein breites Spektrum, das den Bogen von klassischen Techniken bis zu Hightech-Verfahren spannte.

14. Forum Niedergelassene Chirurgen

Das traditionelle Forum Niedergelassener Chirurgen am Samstag legte den Fokus auf die Eigenverantwortung und die Herausforderungen in der niedergelassenen Praxis. Unter dem Titel „Was man nicht übersehen darf!“ wurden schwierige Fälle aus Endoskopie (Michael Häfner) und EKG-Diagnostik (Gertrud Hopf) diskutiert. Martina Haag beleuchtete einmal mehr die juristischen Konsequenzen von Fehldiagnosen und Nichterkennen – stets mit anschaulichen Fallbeispielen aus der Praxis.



Zeit für Gespräche und neue Kontakte beim ÖCT 2025

Anton Weiser bot eine kritische Betrachtung, wie viel KI die niedergelassene Chirurgin oder der niedergelassene Chirurg künftig tatsächlich brauchen wird. Michael Robl rundete das Forum mit einem Vortrag zur betriebswirtschaftlichen Optimierung von Ordinationen ab.

Die lebhaften Diskussionen und der intensive Erfahrungsaustausch zeigten eindrucksvoll, dass Digitalisierung und Technologisierung neue Fragen an die Verantwortung und Sorgfaltspflicht des niedergelassenen Arztes stellen.

Neben dem wissenschaftlichen Programm war die Industrieausstellung ein Fixpunkt des Kongresses. Zahlreiche namhafte Unternehmen präsentierten neueste Produkte aus den Bereichen Medizintechnik, Robotik, chirurgisches Instrumentarium und digitale Lösun-

gen. Die enge Zusammenarbeit zwischen Chirurgenschaft und Industrie fördert die Entwicklung praxisnaher Innovationen und unterstützt die kontinuierliche Weiterbildung.

Fazit: Ein Kongress am Puls der Zeit

Der 24. Österreichische Chirurgentag war geprägt von zukunftsweisenden Themen, hochkarätigen Vorträgen und lebhaftem Austausch. Die Bandbreite reichte von konkreten Anwendungsbeispielen der KI und Robotik über juristische und ethische Fragestellungen bis hin zu den Herausforderungen in der täglichen chirurgischen Praxis. Der Kongress machte deutlich, dass die Chirurgie von morgen nicht nur von technologischem Fortschritt lebt, sondern auch von kritischer Reflexion, kollegialem Austausch und einem unermüdlichen Fokus auf das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Das Motto „Chirurgie 4.0“ wurde in Baden nicht nur diskutiert, sondern eindrucksvoll mit Leben gefüllt – und gibt der österreichischen Chirurgie eine starke Stimme für die Zukunft.



Kommunikation und Kontaktpflege im Foyer des CCB

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress. Die Vorbereitungen für den 25. Chirurgentag und das 15. Forum Niedergelassener Chirurgen haben bereits begonnen und werden von 12.–14. November 2026 wieder in Baden stattfinden. Merken Sie sich schon jetzt das Datum 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	G. Györi, Wien	georg.gyoeiri@meduniwien.ac.at
Finanzreferent	C. Ausch, Wien	christoph.ausch@khgh.at
Leiter der BÖC Akademie	B. Glaser, Wien	benjamin.glaser@gesundheitsverbund.at
Referent für NL Chirurgen	K. Wollein, Wien	k.wollein@aon.at

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

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

Vorstand 2025/26		
Präsident	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Past President	T. Freude, Salzburg	t.freude@salk.at
President Elect	M. Grimm, Innsbruck	michael.grimm@i-med.ac.at
Generalsekretär	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
Kongresssekretäre	B. Glaser, Wien C. Erschig, Wien	Benjamin.glaser@gesundheitsverbund.at claudio.erschig@gesundheitsverbund.at
1. Kassenverwalter	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
2. Kassenverwalter	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Vorsitz Aktionskomitee	M. Lemmerer, Villach	martina.lemmerer@privatklinik-villach.at
Vorsitz Fortbildungsakademie	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Schriftleiter „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“	M. Weitzendorfer, Salzburg	m.weitzendorfer@salk.at
Vertreter Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	S. Roka, Wien	sebastianroka1@gmail.com
Bundesfachgruppenobmann Chirurgie der Österr. Ärztekammer	H. Draxl, Telfs	draxl@magen-darm-brust.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Wien	O. Strobel, Wien	oliver.strobel@meduniwien.ac.at
Vertreter Professorenkurie der chirurgischen Universitätskliniken des Departments für Operative Medizin, Med. Universität Innsbruck	S. Schneeberger, Innsbruck	stefan.schneeberger@i-med.ac.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Graz	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Vertreter der chirurgischen Abteilungsleiter von Zentralkrankenhäusern für Maximalversorgung sowie weiterer (Privat)Universitäten	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Vertreter der Johannes Kepler Universität Linz	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern	R. Mittermair, Klagenfurt	reinhard.mittermair@kabeg.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Standardkrankenhäusern für Grundversorgung	M. Zitt, Dornbirn	matthias.zitt@dornbirn.at
Vertreter des Mittelbaus des Fachbereiches Chirurgie der österreichischen Universitätskliniken	P. Stiegler, Graz	philipp.stiegler@medunigraz.at
Vertreter des Mittelbaus von chirurgischen Krankenhausabteilungen	Z. Sow, Wien	zacaria.sow@gesundheitsverbund.at
Vertreterin der in Ausbildung stehenden Ärzte:innen im Fachbereich Chirurgie	I. Rossmann, Salzburg	i.rossmann@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)/österreich. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	C. Rabl, Salzburg	c.rabl@salk.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	K. Schneider, Wien	karl.schneider@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Österr. Ges. f. Coloproctologie (ACP)	K. Sorko-Enzfelder, Wien	ordination@dieproktologin.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	J. Klocker, Innsbruck	josef.klocker@i-med.ac.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (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)	M. Biebl, Linz	matthias.biebl@ordensklinikum.at
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)	W. Millesi, Wien	werner.millesi@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie	H. Till, Graz	holger.till@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie	T. Grabner, Wien	thomas.grabner@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC)	K. Rössler, Wien	karl.roessler@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	V. Auersperg, Steyr	vinzenz.auersperg@ooeg.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	S. Aldrian, Wien	silke.aldrian@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	R. Kuzbari, Wien	office@kuzbari.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	E. Heinrich, Salzburg	elmar.heinrich@bbsalz.at
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	S. Watzka, Wien	stefan.watzka@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	A. Zierer, Linz	andreas.zierer@kepleruniklinikum.at
Österr. Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU)	Ch. Kammerlander, Kalwang	christian.kammerlander@auva.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	W. Senker, Linz	wolfgang.senker@kepleruniklinikum.at
EFS, European Foregut Society – EFS	S. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Vertreter:in der Senator:innen	F. Smolle-Jüttner, Graz R. Roka, Wien	freya.smolle@medunigraz.at rudolf.roka@speed.at
Governor der österreich.-ungarischen Sektion des American College of Surgeons (ACS)	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at

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
Intuitive Surgical Deutschland GmbH	M. Klepits, Freiburg	Martin.klepits@intusurg.com



Berufsverband
Österreichischer
Chirurgen



25. Österreichischer **Chirurgentag**

12. und 13. November 2026

15. Forum **Niedergelassener Chirurgen**

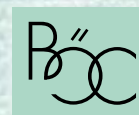
14. November 2026

Save the Dates!

Congress Center Baden

www.boec.at

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



*Frohe Feiertage und ein
glückliches Neues Jahr!*