

# Chirurgie

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

**Translationale Forschung und Chirurgie**

**Versorgung des Pankreasstumpfes**

**Medizinische Fortbildung Post-Covid**



BÖC

2|2022

## Sehr geehrte Kolleginnen! Sehr geehrte Kollegen!

Die moderne Chirurgie hat heute einen Standard erreicht, der noch vor wenigen Jahrzehnten undenkbar erschien. Dies ist einerseits durch Perfektionierung operativer Techniken, andererseits durch Nutzung explodierender technischer Innovationen, aber auch durch gelebte interdisziplinäre Zusammenarbeit gelungen. Dementsprechend gilt es, das Erreichte zu bewahren und, wann immer möglich, zu optimieren. Es gilt aber auch gegenüber dem Neuen, das sich durch ungeahnte Fortschritte auf dem Gebiet der Robotik, Telemedizin, Digitalisierung, Genetik u. a. eröffnet, aufgeschlossen zu sein, dieses kritisch zu evaluieren und letztlich in unser tägliches chirurgisches Handeln zu integrieren. All dem soll das Motto des vom 15.–17.6.2022 in Graz stattfindenden 63. Österreichischen Chirurgenkongresses „**Bewährtes optimieren – Neues etablieren**“ gerecht werden.

In unserem täglichen chirurgischen Handeln sind wir aber auch ständig mit „**Grenzen**“ konfrontiert. Grenzen, die wir als Chirurgen manchmal überschreiten können. Grenzen, die wir aber leider auch sehr oft einfach akzeptieren müssen. Letztlich aber auch mit Grenzen, die wir aus moralisch-ethischen Gründen nicht überschreiten dürfen! Auch dies wird im Rahmen unseres Kongresses thematisiert werden. Für den diesbezüglichen Festvortrag konnte seine Exzellenz Erzbischof Dr. Franz Lackner, Vorsitzender der Österreichischen Bischofskonferenz und Professor für Metaphysik, gewonnen werden.

Insgesamt sehen sich die chirurgischen Fächer – und nicht nur in Österreich – mit mannigfaltigen Herausforderungen konfrontiert. Beispielhaft seien genannt:

- **Überbordende Dokumentation und Bürokratismus** stehen häufig für die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten dringend benötigte Zeit. Dokumentationsaufgaben, die weit weg von jeder ärztlichen und chirurgischen Tätigkeit sind, und von jedem Dokumentationsassistenten mit Bürokenntnissen hervorragend erledigt werden könnten.

- **Rasant schwindender chirurgischer Nachwuchs.** Im Vergleich zu vielen anderen Fächern wesentlich forderndere Nachdienste mit hoher physischer Belastung ohne finanzielle Abgeltung dieser Mehrbelastungen, psychische Belastung durch signifikant höhere Klagdrohungen und Klagen im Vergleich zu den meisten anderen Fächern, lange Ausbildungszeiten, Unverhältnismäßigkeit der Gehälter von KrankenhauschirurgInnen zu gleichaltrigen niedergelassenen ÄrztInnen schrecken heute viele junge ÄrztInnen davon ab den wunderschönen Beruf ChirurgIn zu ergreifen.
- Etablierung des für die Lebensqualität von ChirurgInnen durchaus sinnvollen „**neuen**“ **Arbeitszeitgesetzes** ohne entsprechende personelle Maßnahmen. Vielerorts kann dem AZG nur durch Mehrleistung der ausgedünnten Tagesmannschaft entsprochen werden! Dies führt einerseits zum „Ausbrennen“ der in der Regeldienstzeit vorhandenen ÄrztInnen, andererseits zu einer massiven Einschränkung der Versorgungskontinuität von PatientInnen.
- Letztlich seien noch die **Covid bedingten Einschränkungen** der meisten chirurgischen Abteilungen in den letzten 2 Jahren genannt. Covid wird uns mit großer Wahrscheinlichkeit noch jahrelang begleiten. Es kann keine Dauerlösung sein, bei jedem Anstieg der Infektionszahlen reflexartig die chirurgischen Abteilungen quer durch Österreich herunterzufahren. Auch chirurgische PatientInnen haben ein Anrecht auf zeitgerechte, strukturierte, adäquate Versorgung!

Dies stellt nur eine exemplarische Aufzählung einiger Problemfelder mit denen wir ChirurgInnen derzeit konfrontiert sind dar. Es wird große, gemeinsame Anstrengungen von uns allen, wie auch eine Sensibilisierung von Bevölkerung und politisch Verantwortlichen benötigen, um diese zu lösen. Wir als Österreichische Gesellschaft für Chirurgie, als Berufsverband, aber auch Krankenhausmanager und Politik sind gefordert, möglichst rasch realisierbare Rahmenbedingungen zur Bewältigung dieser Probleme zu erarbeiten und durchzusetzen.

**Ich freue mich Sie im Juni 2022 beim 63. Österreichischen Chirurgenkongress in Graz begrüßen zu dürfen!**

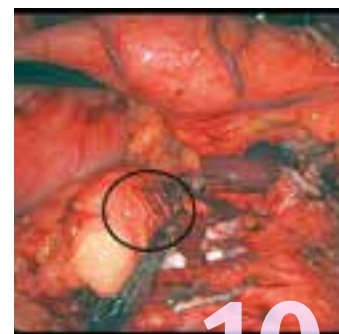
### KORRESPONDENZADRESSE



Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Hubert Hauser  
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie  
Vorstand der Chirurgischen Abteilung LKH GRAZ II  
Göstinger Straße 22  
A-8020 Graz  
E-Mail: hubert.hauser@kages.at

## Inhalt

- 2 Editorial
- 4 Translationale Forschung und Chirurgie  
AutorInnen: U. Klaißer, O. Strobel, Wien
- 10 How I do it – Pankreasstumpfversorgung bei der Pankreaslinksresektion  
Autor: H. Wundsam, Linz
- 12 How I do it – Versorgung des Pankreasstumpfes bei der Pankreaslinksresektion  
Autor: R. Schrittwieser, Hochsteiermark/Leoben
- 14 Digitale Transformation von Weiter- und Fortbildungsangeboten in Orthopädie und Unfallchirurgie  
Autor: Dr. Jörg Ansorg
- 17 Kongresslandschaft der Zukunft  
Autor: P. Lindinger
- 20 Zukunft der Kongresslandschaft/tätigkeit – In welchem Format wird der wissenschaftliche Austausch in der Zukunft stattfinden?  
Autor: J. del Picchia, Wien
- 22 Im Portrait: Der chirurgische Fragebogen – Dietmar Öfner-Velano
- 23 Im Portrait: Der chirurgische Fragebogen – Dominik Habrina
- 24 Hernien in der chirurgischen Ausbildung – Up to date oder doch Zeit für ein Update?  
AutorInnen: Michael de Cillia, Marijana Ninkovic
- 26 Spezialisierung in der Hernienchirurgie -Europäischer Facharzt/ Fachärztin für Bauchwandchirurgie (FEBS-AWS)  
Autor: R. Fortelny;Wien
- 28 U.E.M.S. / European Board of Surgery Qualification Examination Abdominal Wall Surgery – ein Erfahrungsbericht  
Autor: T. Kapitanov, Wien



10



26

## ÖGCH

- 29 Österreichische Herniengesellschaft (ÖHG)  
Autor: F. Primavesi, Vöcklabruck
- 30 Hospitation – Senior Clinical Fellowship Hepatobiliary Surgery
- 32 Zwei Jahre als Research Fellow an der Mayo Clinic in Rochester Erfahrungsbericht aus Klinik und Forschung in den USA  
Autorin: J. Starlinger, Wien
- 34 Einladung zur Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH

## Service

- 36 Terminkalender
- 37 Impressum
- 38 Ihre Ansprechpartner

# Translationale Forschung und Chirurgie

AutorInnen: U. Klaiber, O. Strobel, Wien

Translationale chirurgische Forschung ist das Bindeglied zwischen der Grundlagenforschung im Labor und der klinischen Forschung am Patienten und damit von großer Bedeutung für die Translation von grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnissen in die klinische Anwendung. Im Zeitalter der personalisierten Medizin sind translationale Forschungsprojekte besonders wichtig, um für den individuellen Patienten maßgeschneiderte Therapiekonzepte entwickeln und anbieten zu können. Während Forschung zur Weiterentwicklung der operativen Technik in der Chirurgie naturgemäß einen hohen Stellenwert hat, gewinnt die translationale Forschung auch für die Chirurgie im Kontext multimodaler Therapiekonzepte für die wichtigsten chirurgische Erkrankungen und Teilgebiete zunehmend an Bedeutung. Allerdings steht die klinische und translationale Forschung sowie die akademische Ausbildung in der Chirurgie vor besonderen Herausforderungen. Der vorliegende Artikel behandelt relevante Gesichtspunkte für die Umsetzung klinischer und translationaler Forschung in der Allgemein- und Viszeralchirurgie und zeigt geeignete Beispiele aus der Pankreaschirurgie auf.

### Universitäre Patientenversorgung, Wissenschaft und Lehre

Das Konzept der Evidenz-basierten Chirurgie beinhaltet die für die individuelle Patientin/den individuellen Patienten optimale Therapieentscheidung unter Berücksichtigung der bestverfügbaren Evidenz, dem jeweiligen Patientenwunsch und der Expertise der/des behandelnden Chirurgen/Chirurgin (1). Dieses Prinzip impliziert an einer chirurgischen Universitätsklinik nicht nur eine Patientenversorgung auf dem Stand der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse anzubieten, sondern auch an der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten mitzuwirken sowie Patientinnen und Patienten im Rahmen von klinischen Studien zu behandeln. Insbesondere in der onkologischen Chirurgie, aber auch in der Chirurgie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, der endokrinen Chirurgie, der metabolischen und bariatrischen Chirurgie sowie der Transplantationschirurgie findet die Patientenversorgung interdisziplinär statt, wobei die Chirurgie für die Kuration vieler Erkrankungen die Schlüsselrolle einnimmt. In gleichem Maße gewinnt mit dem rasanten Fortschritt in den verschiedenen Spezialgebieten der Medizin und Molekularbiologie die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Chirurgie und anderen medizinischen Fachdisziplinen wie der internistischen Onkologie sowie den Grundlagenwissenschaften zunehmend an Bedeutung für die Durchführung klinischer und translationaler Forschungsprojekte. Neben dem vorrangigen Ziel, die Patientenversorgung stets weiter zu optimieren, ist die interdisziplinäre translationale Forschung ein wichtiges Element der wissenschaftlichen

Aktivität einer chirurgischen Universitätsklinik und damit auch von großer Bedeutung in der akademischen Weiterbildung.

### Akademische Karriere und Forschungsförderung in der Chirurgie

Insbesondere in der Chirurgie ist die Vereinbarkeit von Klinik und Wissenschaft eine große Herausforderung (s. Tabelle 1), da die operative Tätigkeit und Ausbildung zusammen mit der klinischen Patientenversorgung einen Großteil der täglichen Arbeitszeit in Anspruch nimmt. Wissenschaftliche Freistellungen zum Beispiel im Rahmen von *Clinician Scientist*-Programmen sind daher insbesondere für in der Chirurgie tätige Nachwuchswissenschaftler:innen wichtig, um sich neben der klinischen Weiterbildung auf ein anspruchsvolles wissenschaftliches Projekt zu fokussieren und so wissenschaftliche Ziele erreichen zu können. Im Rahmen eines Doktoratsstudiums wie dem Ph.D. können sich junge Chirurg:innen Expertise in der translationalen Forschung unter Supervision von erfahrenen Wissenschaftler:innen aneignen.

Im Gegensatz zu anderen Fachdisziplinen wie zum Beispiel der Inneren Medizin und auch im internationalen Vergleich gibt es in der akademischen Chirurgie hierzulande Nachholbedarf, was die Auswahl an Fördermöglichkeiten aber auch die Akzeptanz solcher Programme anbelangt (2). Dieses Defizit schlägt sich auch in der Publikationsleistung der akademischen Chirurgie im internationalen Wettbewerb nieder. Hier sind Länder wie die USA und die Niederlande führend hinsichtlich der Anzahl an Publikation auf dem Gebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie absolut und bezogen auf

die Anzahl der Einwohner (3). Mit Blick auf Veröffentlichungen in den führenden chirurgischen Journalen sind Österreich wie auch Deutschland zwar sehr gut in deutschsprachigen Journalen vertreten (*Der Chirurg*, *Zentralblatt für Chirurgie*), sind jedoch deutlich weniger erfolgreich hinsichtlich Veröffentlichungen in internationalen Top-Journalen (4). Darüber hinaus werden neben länderspezifischen und regionalen Unterschieden in der wissenschaftlichen Produktivität innerhalb der Chirurgie vor allem auch Defizite im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen offensichtlich. So mangelt es in der Chirurgie in besonderem Maße an qualitativ hochwertigen klinischen und translationalen Studien (5).

Entsprechende nationale und institutionelle, personenbezogene Förderprogramme für verschiedene Karrierestufen in der akademischen Chirurgie sind daher essenziell, um optimale und arbeitszeitgesetzkonforme Rahmenbedingungen für Wissenschaft zu ermöglichen. Hier muss eine Trendwende zugunsten der Chirurgie erzielt werden, da gerade in der Chirurgie geschützte Zeiten für Forschung wichtig sind, um Klinik und Wissenschaft vereinbaren zu können, dem drohenden Nachwuchsmangel entgegenzuwirken und die Vereinbarkeit von akademischer Chirurgie und Familie zu fördern. Zusätzlich bedarf es einer größeren Auswahl an projektspezifischen Fördermöglichkeiten für translationale Forschung, genauso aber auch für klinische Forschung und Grundlagenforschung mit realistischer Förderchance und überschaubaren Zeiträumen von der Antragstellung bis zur Genehmigung. Ein Ausbau der Förderlandschaft hin zur



**Tabelle 1: Herausforderungen klinischer und translationaler Forschung in der Chirurgie**

Problem	Lösungsstrategie	Beispiel
<b>Ausbildung:</b> Häufig fehlendes oder mangelhaftes Ausbildungskonzept in der Wissenschaft	Strukturierte Anleitung und Supervision junger Wissenschaftler:innen	Ausbildungsprogramm für Diplomarbeit und Doktoratsstudium (Ph.D.), <i>Journal Clubs</i> , <i>Fellowships</i> etc.
<b>Zeitaspekt:</b> Arbeitszeitgesetz; Vereinbarkeit von klinischer und wissenschaftlicher Ausbildung	Wissenschaftliche Freistellung ( <i>protected research time</i> ), Wissenschaftstage	<i>Clinician Scientist</i> -Programme
<b>Finanzierung:</b> Erfolgreiche Forschung ↔ erfolgreiche Drittmittelakquise (Kreislauf)	Intramurale Finanzierungsmöglichkeiten als Starthilfen, spezielle Förderprogramme für Nachwuchswissenschaftler:innen und spezielle Förderprogramme für Frauen in der Chirurgie	Elise-Richter-Programm des Wissenschaftsfond
<b>Infrastruktur:</b> Infrastruktur meist an Universität gebunden; fehlende Vernetzung	Flächendeckendes Studiennetzwerk, enge Vernetzung zwischen den Teilgebieten der Chirurgie auf nationaler und internationaler Ebene	CHIR-Net (Deutschland), <i>Dutch Pancreatic Cancer Group</i> , <i>European Study Group of Pancreatic Cancer (ESPAC)</i>
<b>Daten- und Biobank:</b> Gute translationale Forschung braucht neben einer guten Biobank auch gute klinischer Daten und ausreichende Fallzahlen	Gutes klinisches Programm mit klinischer Forschungsdatenbank; multizentrische translationale Studien	<i>ESPAC-Tplus</i>

Förderung qualitativ hochwertiger und patientenzentrierter Forschung wäre für die chirurgische Forschung von großem Vorteil (6).

### Landesweite Vernetzung und Infrastruktur

Neben den finanziellen Ressourcen sind eine landesweite Vernetzung und eine professionelle Infrastruktur für wissenschaftliche Kooperationen zu chirurgischen Forschungsprojekten wichtig, um qualitativ hochwertige Studien in der Chirurgie durchführen zu können. Eine flächendeckende Vernetzung bindet idealerweise auch nicht-universitäre Institutionen mit ein, denen es zwar meist an einer guten Infrastruktur für eigenständige wissenschaftliche Projekte mangelt, die jedoch ein enormes Potenzial für patientenzentrierte und versorgungsrelevante Forschung haben, das ohne Vernetzung ungenutzt bleibt. Wissenschaftliche Fragestellungen in der klinischen und translationalen Forschung können meist nur dann mit ausreichender statistischer Teststärke und externer Validität untersucht und beantwortet werden, wenn durch ein prospektives multizentrisches Design eine ausreichende Anzahl an Studienteilnehmer:innen rekrutiert wird. Ein Netzwerk für klinische Studien

in der Chirurgie wie es beispielsweise in Deutschland seit 2006 in Form des CHIR-Net existiert, hat sich in den vergangenen Jahren in der erfolgreichen Planung und Durchführung von multizentrischen Studien in der Chirurgie bewährt (7). Mithilfe dieses flächendeckenden Netzwerkes sind bereits zahlreiche patientenorientierte und qualitativ hochwertige Multicenterstudien zu chirurgischen Fragestellungen auch mit translationalem Forschungsansatz realisiert worden (8, 9). Neben einer Plattform für die Durchführung klinischer Studien bietet das CHIR-Net auch Möglichkeiten zur Fortbildung von wissenschaftlich aktiven Chirurg:innen und auch interessierten Medizinstudent:innen, die im Rahmen des Projekts *SIGMA (Student-initiated German Medical Audit)* frühzeitig für die wissenschaftliche Tätigkeit begeistert werden (10). Die Schaffung eines nationalen Studienzentrums der chirurgischen Fachgesellschaft, wie es beispielsweise in Deutschland gegründet wurde (*Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*), fördert die Generierung von Evidenz in der Chirurgie, indem unter anderem jeder Chirurgin/jedem Chirurgen kostenfrei Hilfestellung bei der Umsetzung einer Studienidee angeboten werden kann (11) und wäre auch

in Österreich sehr wünschenswert. Zudem ist eine krankheitsbezogene enge Vernetzung, wie es dies beispielsweise in den Niederlanden zum Pankreaskarzinom gibt (*Dutch Pancreatic Cancer Group*), anzustreben, um klinische Studien auf nationalem Niveau erfolgreich durchführen zu können. Translationale Forschung kann im Kontext klinischer Studien mit systematischem Biobanking erfolgreich durchgeführt werden, wie das *ESPAC-Tplus* Programm zeigt, das als europaweites translationales Projekt die von der *European Study Group of Pancreatic Cancer (ESPAC)* durchgeführten onkologischen Studien begleitet mit dem Ziel, ergänzend zu den klinischen Ergebnissen der *ESPAC*-Studien translationale Fragestellungen zur Wirksamkeit der adjuvanten Chemotherapie bei Patienten mit reseziertem Pankreaskarzinom erfolgreich beantworten zu können (12, 13). Die sich derzeit in Planung befindlichen *ESPAC-6* und *ESPAC-7* Studien werden den translationalen Ansatz konsequent weitergehen und eine individualisierte neoadjuvante bzw. adjuvante Chemotherapie bei Patient:innen mit Pankreaskarzinom auf Basis von Transkriptomsignaturen aus Tumorgewebe und patientenspezifischen Organoiden untersuchen. ➤

## Besonderheiten klinischer und translationaler Forschung in der Chirurgie

Bei der Planung und Durchführung chirurgischer Studien sind zahlreiche Besonderheiten zu beachten und Herausforderungen zu bewältigen. Da bei chirurgischen Interventionsstudien häufig operative Techniken oder perioperative Maßnahmen untersucht werden, ist beispielsweise im Vergleich zur Untersuchung von Arzneimitteln die Durchführung einer verblindeten Studie erschwert und in Bezug auf die Chirurgin/ den Chirurgen sogar meist unmöglich. Auch sind die klassischen Phasen klinischer Forschung nach dem Arzneimittelgesetz nicht 1:1 auf chirurgische Interventionsstudien übertragbar. In den letzten Jahren wurden diesbezüglich wichtige Standards etabliert und Meilensteine gesetzt, die auf die besonderen Anforderungen in der chirurgischen Forschung eingehen. Die Durchführung von chirurgischen Studien nach den *IDEAL*-Empfehlungen sieht vier verschiedene Stufen von der Umsetzung einer Idee (*Idea: first in human, proof of concept*) über die Entwicklung (*Development*: kleine Fallserie) und Exploration (explorative Studie) bis zur randomisierten Studie (*Assessment*) und Langzeit-Nachbeobachtung (*Long-term Follow-up*) vor (14). Bei fehlender Möglichkeit einer Verblindung des Studienpersonals oder der Patientin/ des Patienten haben sich patientenorientierte primäre Endpunkte bewährt, welche objektiv erfasst werden können, wodurch das Risiko für Bias reduziert werden kann. In diesem Zusammenhang sind internationale Konsensusdefinitionen für die Beschreibung und Graduierung von Zielparametern wie beispielsweise postoperativen Komplikationen von großer Wichtigkeit in der Planung chirurgischer Studien und für den Vergleich von Studienergebnissen (15).

Gerade im Kontext klinischer Studien in der Chirurgie lassen sich translationale Fragestellungen prinzipiell hervorragend bearbeiten, da im Rahmen der Operationen eine sehr gute Zugänglichkeit zu wertvollem Biomaterial für die translationale Forschung besteht. In diesem Zusammenhang können die operativen Fächer in enger Kooperation mit der Pathologie eine Schlüsselposition bei der Etablierung organspezifischer Biobanken einnehmen. Neben Patientenrekrutierung und praktischen Umsetzung der Probensammlung (Einholen des *Informed consent* etc.) lassen sich anhand von klinischen Beobachtungen in der Chirurgie aus der Praxis patientenorientierte Fragestellungen für translationale Forschung entwickeln und beantworten.

### Fazit und Ausblick

Die translationale Forschung bildet zusammen mit der klinischen Forschung und der Grundlagenforschung die drei Säulen der chirurgischen Forschung. Translationale chirurgische Forschung ist unverzichtbar, um die Translation von grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnissen in die Patientenbehandlung zu ermöglichen und zu beschleunigen. Eine enge nationale wissenschaftliche Vernetzung in den verschiedenen Teilbereichen der Chirurgie mit Durchführung multizentrischer klinischer Studien und translationaler Forschungsprogramme ist wichtig für die weitere Entwicklung der chirurgische Forschung. □

### LITERATUR

1. Klaiber U, Pianka F, Knebel P, Diener MK. CME-Artikel: Grundlagen und Grundbegriffe zu EbM. *Passion Chirurgie*. 2014 März; 4(03): Artikel 03\_01.
2. Michalski CW. Approaches to improve publication activity of surgical departments: Invited Commentary: "Publication activity of chief and senior general/visceral surgeons in German university hospitals - a ten-year analysis"; Böckmann et al. *Langenbeck's archives of surgery*. 2021;406(5):1673.

3. Hinrichs DL, Debus ES, Grundmann RT. Surgical publication activity in the English literature over a 10-year interval. *BJS open*. 2019;3(5):696-703.
4. Welsch T, Wente MN, Dralle H, Neuhaus P, Schumpelick V, Siewert JR, et al. Deutsche Allgemein- und Viszeralchirurgie. *Der Chirurg*. 2010;81(4):365-72.
5. Knebel P, Diener MK, Büchler MW, Seiler CM. Evidenzbasierte Chirurgie. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*. 2010;24(2):122-6.
6. Mihaljevic AL, Michalski C, Kaisers U, Strunk G. [Patient-centeredness]. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*. 2022.
7. Neudecker J, Tenckhoff S, Mihaljevic AL. Patientenorientierte chirurgische Forschung im Verbund – Das Chirurgische Studiennetzwerk CHIR-Net. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2015;109(3):211-7.
8. Diener MK, Seiler CM, Rossion I, Kleeff J, Glanemann M, Butturini G, et al. Efficacy of stapler versus hand-sewn closure after distal pancreatectomy (DISPACT): a randomised, controlled multicentre trial. *Lancet (London, England)*. 2011;377(9776):1514-22.
9. Diener MK, Huttner FJ, Kieser M, Knebel P, Dorr-Harim C, Distler M, et al. Partial pancreateoduodenectomy versus duodenum-preserving pancreatic head resection in chronic pancreatitis: the multicentre, randomised, controlled, double-blind ChroPac trial. *Lancet (London, England)*. 2017;390(10099):1027-37.
10. Mihaljevic AL. Multicenter Prospective Cohort Study of the Patient-Reported Outcome Measures PRO-CTCAE and CAT EORTC QLQ-C30 in Major Abdominal Cancer Surgery (PATRONUS): A Student-Initiated German Medical Audit (SIGMA) Study. *Annals of surgical oncology*. 2021;28(6):3075-89.
11. Probst P, Klaiber U, Hüttner F, Doerr-Harim C, Knebel P, Rossion I, et al. Generierung von Evidenz in der Chirurgie – Das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2015;109(3):199-210.
12. Martinelli P, Carrillo-de Santa Pau E, Cox T, Sainz B, Dusetti N, Greenhalf W, et al. GATA6 regulates EMT and tumour dissemination, and is a marker of response to adjuvant chemotherapy in pancreatic cancer. *Gut*. 2017;66(9):1665-76.
13. Elander NO, Aughton K, Ghaneh P, Neoptolemos JP, Palmer DH, Cox TF, et al. Expression of dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) and hENT1 predicts survival in pancreatic cancer. *Br J Cancer*. 2018;118(7):947-54.
14. McCulloch P, Altman DG, Campbell WB, Flum DR, Glasziou P, Marshall JC, et al. No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations. *The Lancet*. 2009;374(9695):1105-12.
15. Diener MK, Simon T, Büchler MW, Seiler CM. Surgical evaluation and knowledge transfer--methods of clinical research in surgery. *Langenbeck's archives of surgery*. 2012;397(8):1193-9.

## KORRESPONDENZADRESSEN



Univ. Prof. Dr. Oliver Strobel  
Medizinische Universität Wien  
Universitätsklinik für Allgemein- und  
Klinische Abteilung für Viszeralchirurgie  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
E-Mail: oliver.strobel@meduniwien.ac.at



Priv.Doiz.Dr.Ulla Klaiber  
ulla.klaiber@meduniwien.ac.at

## Georg Stumpf Stipendium für Krebsforschung der

## Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)

### Einreichfrist 30. Juni 2022

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie vergibt im Jahr 2022 wieder das **Georg Stumpf Stipendium für Krebsforschung**. Das Stipendium ist mit **€ 10.000.-** dotiert.

Gefördert werden hochqualifizierte Nachwuchskräfte, deren Forschungsfokus auf dem Gebiet der Chirurgischen Onkologie liegt. Die **Mitgliedschaft** in der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie ist **Voraussetzung**.

Das Stipendium wird pro Projekt einmalig vergeben. Die Übergabe des Stipendiums erfolgt im Vergabebjahr auf der ACO-ASSO Jahrestagung, wo die StipendiatIn auch Gelegenheit erhält das Projekt kurz zu präsentieren. Die Projektdaten sind einmal jährlich zu aktualisieren (jeweils Dezember). Die Datenbank ist auf der ACO-ASSO Homepage einsehbar. Jedes Projekt ist mit einem Abschlussbericht zu beenden, der ebenfalls auf der ACO-ASSO Homepage veröffentlicht wird. Publikationen, die aus oder in Zusammenhang mit dem Projekt entstehen sind ebenfalls in der Datenbank anzuführen. In Publikationen ist die Förderung durch das Georg Stumpf Stipendium der ACO-ASSO anzuführen. Nach spätestens drei Jahren werden die StipendiatInnen aufgefordert das Projekt bzw. Ergebnisse im Rahmen der Schlussveranstaltung der ACO-ASSO Jahrestagung zu präsentieren.

### Bewerbung

Anträge sind bis **spätestens 30. Juni 2022** an die Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie zu richten (ACO-ASSO Sekretariat, St. Veiter Str. 34/3, 9020 Klagenfurt). Dem formlosen Antrag sind in **dreifacher Ausfertigung** folgende Unterlagen in vorgegebener Reihenfolge beizugeben:

1. Lebenslauf;
2. Beschreibung der bisherigen wissenschaftlichen Tätigkeit einschließlich der Ausbildung;
3. Liste der bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen;
4. detaillierter Projektplan mit Kostenaufstellung
5. schriftliche Bestätigung des Abteilungsvorstands, aus dem hervorgeht, dass die für eine erfolgreiche Durchführung des Forschungsvorhabens erforderlichen Arbeitsmöglichkeiten bestehen;
6. Angaben von zwei Referenzen (keine Befürwortungen - nur Namen von WissenschaftlerInnen, die sich zur Ausbildung und zur wissenschaftlichen Tätigkeit der Antragstellerin bzw. des Antragstellers Stellung nehmen können);
7. Angaben zur Dauer des Forschungsvorhabens und zum Zeitraum, für den das Stipendium erbeten wird;
8. Erklärung, ob Zuwendungen von dritter Seite zur Verfügung stehen oder beantragt worden sind.

**Für das Jahr 2022 erfolgt die offizielle Verleihung des "Georg Stumpf Stipendiums für Krebsforschung" im Rahmen der 38. Jahrestagung der ACO-ASSO vom 6. - 8. Oktober 2022 in St. Wolfgang.**

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.aco-asso.at](http://www.aco-asso.at)

**Univ. Prof. Dr. Sebastian Schoppmann**  
Präsident der ACO-ASSO

**Prim. Univ. Prof. Dr. Jörg Tschmelitsch**  
Kassier

# 21. Österreichischer

10. bis 11. November 2022  
Congress Center Baden

„New Horizons“

## Donnerstag, 10. November 2022

### 13.00 – 13.10 ERÖFFNUNG

### 13.10 – 15.10 SITZUNG 1 – Peritonealkarzinose was nun?

Vorsitz: Sebastian Roka, Wien &  
Albert Tuchmann, Wien

13.10 – 13.30 Überraschungsbefund Peritonealkarzinose –  
was tun?  
Thomas Bachleitner-Hofmann, Wien

13.30 – 13.50 Braucht die Indikation zur Peritonektomie  
eine stabilisierende neoadjuvante Therapie?  
TBA

13.50 – 14.10 Einfluss von Prodigie-7 auf die HIPEC beim  
kolorektalen Karzinom  
TBA

14.10 – 14.30 Ist die HIPEC beim Ovarial Karzinom bereits  
Standard?  
TBA

14.30 – 14.50 HIPEC beim Vorliegen von Fernmetastasen  
Sebastian Roka, Wien

14.50 – 15.10 PIPAC in der palliativen Situation  
Tarkan Jäger, Salzburg

15.10 – 15.45 Kaffeepause

### 15.45 – 18.05 SITZUNG 2 – Funktionelle Chirurgie

Vorsitz: Johannes Zacherl, Wien,  
Sebastian Schoppmann, Wien

15.45 – 16.05 Achalasie  
Sebastian Schoppmann, Wien

16.05 – 16.25 Zenker Divertikel  
Johannes Zacherl, Wien

16.25 – 16.45 Refluxchirurgie up to date  
TBA

16.45 – 17.05 Refluxchirurgie in Zukunft  
TBA

17.05 – 17.25 Funktionelle Diagnostik des Beckenbodens  
Stefan Riss, Wien

17.25 – 17.45 Rectocele Intussuszeption, Analprolaps:  
Chirurgische Therapieoptionen  
Ingrid Haunold, Graz

17.45 – 18.05 Stellenwert der Chirurgie bei Obstipation  
Martina Lemmerer, Villach

### 18.05 – 20.00 Networking Event

  
Save the date

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



# Chirurgentag 2022

Freitag, 11. November 2022

**08.00 – 08.45 Generalversammlung**

**08.45 – 10.05 SITZUNG 3 – MIS und Robotik**

*Vorsitz: Alexander Klaus, Wien,  
Martina Lemmerer, Villach*

08.45 – 09.05 Robotics everywhere? Operations-  
indikationen für Mensch und Maschine  
*TBA*

09.05 – 09.25 MIS und Robotik. Gemeinsamkeiten und  
Unterschiede  
*Bernhard Dauser, Wien*

09.25 – 09.45 Lower GI – Hat der Roboter die MIS schon  
überholt?  
*Clemens Bittermann, Wr. Neustadt*

09.45 – 10.05 Upper GI – wohin geht die Reise?  
*Matthias Biebl, Linz*

10.05 – 10.45 Kaffeepause

**10.45 – 12.25 SITZUNG 4 – Chirurgische  
Ausbildung**

*Vorsitz: Elisabeth Gschwandtner, Wien,  
Georg Györi, Wien*

10.45 – 11.05 Viszeralchirurg 2030  
*Young Surgeons Austria*

11.05 – 11.25 Muss man große Viszeralchirurgie offen  
erlernen?  
*Rudolf Schrittwieser, Leoben*

11.25 – 11.45 Roboter in der Ausbildung / Ausbildung in  
minimalinvasiver Chirurgie  
*TBA*

11.45 – 12.05 Facharzt in Europa  
*Sebastian Roka, Wien*

12.05 – 12.25 x Jahre Young Surgeons – Das haben wir  
erreicht, das sind weitere Ziele  
*TBA*

12.25 – 14.00 Mittagspause

**14.00 – 15.40 SITZUNG 5 – Kolorektale  
Metastasen**

*Vorsitz: Oliver Strobel, Wien,  
Andreas Shamiyeh, Linz*

14.00 – 14.20 Zusammenfassung der Leitlinien zu Leber,  
Lunge, (Hirn)  
*Alexander Perathoner, Innsbruck*

14.20 – 14.40 Neue Marker und Einfluss auf die Wahl der  
Chemotherapie  
*Thomas Grünberger, Wien*

**14.40 – 15.40 Diskussion - Fallbeispiele mit  
Expertenpanel**

*Moderation: Sebastian Roka*

15.40 – 16.10 Kaffeepause

**16.10 – 17.40 SITZUNG 6 – Bauchwand**

*Vorsitz: Herwig Pokorny, Wien,  
Gernot Köhler, Ried/Innkreis*

16.10 – 16.25 Abdominelle Zugänge und deren  
Auswirkung auf die Stabilität der Bauchdecke  
*René Fortelny, Wien*

16.25 – 16.40 Netzprophylaxe – gibt es neue Evidenz?  
*Gerd Silberhumer, Wien*

16.40 – 16.55 Vor- und Nachteile herkömmlicher  
Implantate  
*Herwig Pokorny, Wien*

16.55 – 17.10 Präkonditionierungstechniken  
*TBA*

17.10 – 17.25 Möglichkeiten der Komponentenseparation  
und Auswirkung auf die Bauchdecken-  
stabilität  
*Christian Hollinsky, Wien*

17.25 – 17.40 Neue laparoskopische Techniken  
*Gernot Köhler, Ried/Innkreis*

# How I do it – Pankreasstumpfversorgung bei der Pankreaslinksresektion

Autor: H. Wundsam, Linz

## Hintergrund

Chirurgische Eingriffe am Pankreas gehören zu den komplikationsträchtigen Operationen in der Viszeralchirurgie. Das Gros der schwerwiegenden Komplikationen wird durch das Auftreten postoperativer Pankreasfisteln (POPF) und ihrer Folgen verursacht. In erster Linie ist es die Textur der Drüse, welche von ausgeprägt lipomatös bis hin zu chronisch induriert reichen kann, welche eine Standardisierung von Nahttechniken bzw. Stumpfverschlüssen erschwert. Das gleichzeitig vorhandene hochpotente exokrine Drüsensekret hält die postoperative Fistelrate über Jahre hinweg nicht nur gefühlt, sondern auch in der Literatur auf konstant hohem Niveau. Der zwischenzeitlich gut etablierte Fistelscore der International Study Group of Pancreatic Fistula (ISGPF) (1) gibt uns bereits intraoperativ die Möglichkeit, eine Hochrisikosituation bei der Pankreaslinksresektion zu erkennen. Im Falle einer Pankreaslinksresektion wird trotz einer Vielzahl an publizierten Möglichkeiten zum sicheren Verschluss des Pankreasstumpfes insbesondere die Rate an klinisch relevanten Grad B und C Fisteln weiterhin auch in der aktuellen Literatur mit > 20% angegeben (2). Eine Risikostratifizierung für das Auftreten einer POPF nach distaler Pankreasresektion ist in der Literatur im Vergleich zur Kopfresektion deutlich seltener zu finden. Einer der Hauptrisikofaktoren, scheint neben dem auch hier nachteiligen „soft pancreas“ aber eine große Parenchymdicke (> 13 mm) im Bereich der Absetzungszone zu sein (3, 4).

## Operative Verschluss-technik und intraoperatives Management

Insbesondere durch die Verlagerung der Pankreaslinksresektion in den minimal-invasiven Bereich der Chirurgie wird aktuell, so auch an unserer Klinik, grundsätzlich sowohl in der offenen als auch der laparoskopischen Chirurgie der Staplerverschluss favorisiert. Hierbei wird in aller Regel auf eine winkelbare, elektrisch unterstützte Version zurückgegriffen, um erstens einen gleichmäßig langsamen Schluss der Branchen zu gewährleisten und zweitens, die durch das händische Auslösen des Staplerhebels hervorgerufenen indirekten Scherkräfte auf das Pankreasparenchym zu verhindern.

Im Falle eines nicht milzerhaltenden Vorgehens wird die V. lienalis, wenn immer möglich, auspräpariert und gesondert mit Clips, Naht oder Stapler abgesetzt.

Die Absetzungszone sollte stets soweit freipräpariert werden, dass ein Auslösen des Staplers bei der ersten Positionierung durchgeführt werden kann.

Sobald die Branchen einmal wieder geöffnet werden müssen und der Stapler nach-

positioniert wird, ist eine Fistel nach meiner klinischen Erfahrung relativ sicher, außer man schafft eine Positionierung um mindestens eine Branchenbreite rechts der ursprünglichen Quetschungszone.

Eine Zieldrainage ist aus meiner Sicht immer obligat.

Gibt es nun also den „einen“ sicheren Pankreasstumpfverschluss, welcher die eigene Fistelrate deutlich senken kann?

Unser Standardverschluss für die offene und laparoskopische Resektion ist der Staplerverschluss mittels Powered-Stapler und plättchenverstärktem Magazin mit mittlerer bis großer Klammerhöhe.

Aus meiner persönlichen Erfahrung heraus bringt es aber einen Vorteil, mehrere Techniken, welche situationsadaptiert zur Anwendung kommen können, im Repertoire zu haben, da der eingangs erwähnten potentiell sehr heterogenen Drüsentextur naturgemäß nicht mit einem Universalverschluss für jede Situation begegnet werden kann.

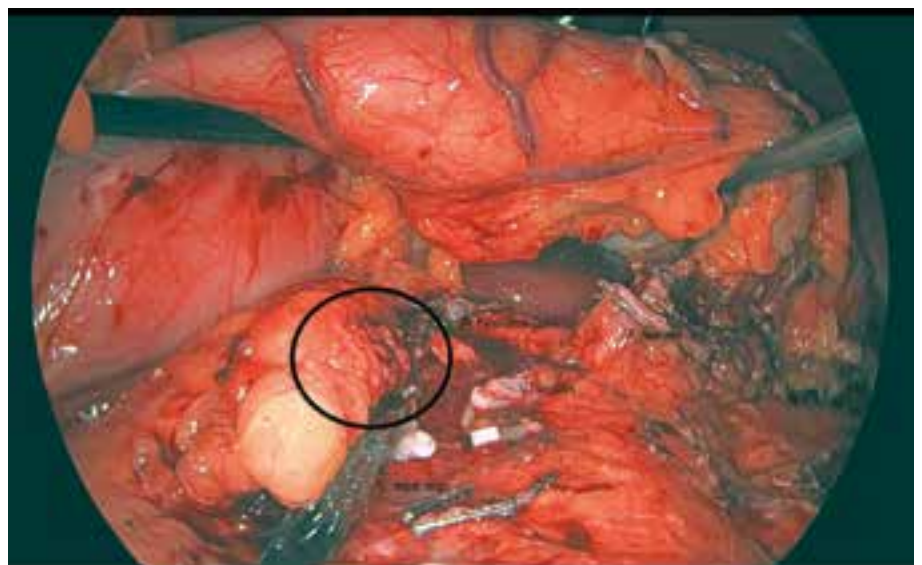


Abb.1: Laparoskopische Pankreaslinksresektion, Ausgebrochenes Parenchym bei Klammernaht mit Verstärkung

## Situation 1

### Parenchym dick, weich:

Parenchymdurchtrennung mittels Powered-Stapler mit Plättchen-verstärktem Magazin, Zieldrainage.

Hintergrund: Plättchenverstärkung bringt breiteren Anpressdruck und Klammern schneiden nicht so leicht durch das weiche Gewebe.

## Situation 2

### Parenchym dick, hart:

Primär Parenchymdurchtrennung mittels Powered-Stapler ohne Plättchenverstärkung, Zieldrainage.

Hintergrund: Beim dicken und harten Pankreasparenchym führt die Plättchenverstärkung aus meiner Sicht eher zu einem partiellen Ausbrechen/Abbrechen des Parenchyms und die verstärkte Klammernahtreihe hängt teilweise im luftleeren Raum. (Abb1)

Bei Ausbruch der Staplerline und ausreichend vorhandenem Restparenchym kann in der offenen Chirurgie die Klammernahtreihe nachreseziert und ein Fischmaulverschluss durchgeführt werden.

Wenn nach dem Stapeln eine Situation wie in Abbildung 1 vorliegt, kann, wie in der offenen Chirurgie, auch laparoskopisch ein Ligamentum teres hepatis Patch (5) mobilisiert und nach Positionierung über das im Rahmen der Präparation in der Regel durchtrennte Omentum minus dorsal des Magens durchgeschwenkt und bei etwas reduziertem Kapnoperitoneum aufgenäht werden. Dabei ist darauf zu achten, dass, bei für den Beginn dieses Manövers in den Oberbauch umgesetzter Kamera, die gesamte Länge des Ligaments (eventuell inklusive eines Peritonealpatches mit Fettgewebe) gewonnen wird, da sonst keine ausreichende Länge generiert werden kann. Eine Konversion zur Laparotomie um

eine alternative Fischmaulplastik durchzuführen, kann so vermieden werden.

## Situation 3

### Parenchym schlank, weich:

Parenchymdurchtrennung: Powered-Stapler mit Plättchenverstärkung, Zieldrainage.

Hintergrund: Gute Versiegelung mit Plättchen, trotz weichen Pankreasgewebes, wenn das Parenchym schlank ist.

## Situation 4

### Parenchym schlank, hart:

Parenchymdurchtrennung: Powered-Stapler mit Plättchenverstärkung, Zieldrainage.

Hintergrund: Wenn die Parenchymdicke im Absetzungsbereich gering ist, kann in der Regel auch das fibrotische Drüsengewebe soweit komprimiert werden, dass es nicht an der plättchenverstärkten Klammernaht ausreißt.

## Postoperatives und Fistel-Management

Wir führen postoperativ eine tägliche Kontrolle der Drain-Amylasen/Lipasen durch.

Sobald der Wert unter dem dreifachen des Serumäquivalentes liegt und die Qualität des Drainagesekrets serös ist, kann die Drainage entfernt werden.

Bei klinisch stummer Grad A Fistel nach ISGPF Klassifikation (biochemical leak) wird die Drainage länger belassen.

Im Falle einer gut drainierten Grad B Fistel ohne Retention wird die Drainage schrittweise rückgekürzt. In der Regel ist danach dennoch ein persistierendes zystisches Residuum in den CT Kontrollen zu sehen.

Wenn die Sekretion sehr lange dauert, kann ein endoskopisches Stenting des Ductus Pancreaticus zu einer Veränderung der

Druckverhältnisse und zu einem früheren Austrocknen der Fistel beitragen (6), während die prophylaktische präoperative Pancreaticusstentlegung die Fistelrate nicht senkt (7) und daher von uns auch nicht durchgeführt wird.

Sollte trotz liegender Drainage eine unzureichende Ableitung des Sekretes nach außen vorliegen und eine abgekapselte Retention entstehen, wird von uns eine frühzeitige transgastrische Ableitung mittels lumen apposing metal stents (LAMS) durchgeführt. Diese werden zusätzlich mit endoskopischen Doppelpigtaildrainagen armiert, um sie offen zu halten und Sten-tarrosionsblutungen zu verhindern. Nach durchschnittlich 3 Wochen Liegedauer werden die LAMS über die Doppelpigtaildrains gefädelt und entfernt, wobei letztere bis zu einem Jahr in situ bleiben können.

Dieses Vorgehen ist einer externen Drainage insofern überlegen, als die Retention nach Pankreaslinksresektion endoskopisch nahezu immer gut zugänglich ist und außerdem durch die suffiziente direkte Drainage eine rasche Beschwerdefreiheit und Entlassung der Patienten mit ambulanter Weiterführung erreicht werden kann. □

## LITERATUR

1. Bassi C, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery*. 2017;161(3):584-91.
2. Chong E, et al. Systematic review and meta-analysis of risk factors of postoperative pancreatic fistula after distal pancreatectomy in the era of 2016 International Study Group pancreatic fistula definition. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*. 2021;23(8):1139-51.
3. Kelly KJ, et al. Risk stratification for distal pancreatectomy utilizing ACS-NSQIP: preoperative factors predict morbidity and mortality. *Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract*. 2011;15(2):250-9, discussion 9-61.
4. Sugimoto M, et al. Relationship between pancreatic thickness and staple height is relevant to the occurrence of pancreatic fistula after distal pancreatectomy. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*. 2020;22(3):398-404.
5. Hassenpflug M, et al. Teres Ligament Patch Reduces Relevant Morbidity After Distal Pancreatectomy (the DISCOVER Randomized Controlled Trial). *Annals of surgery*. 2016;264(5):723-30.
6. Watanabe Y, et al. Endoscopic Transpapillary Pancreatic Duct Stent Placement for Symptomatic Peripancreatic Fluid Collection Caused by Clinically Relevant Postoperative Pancreatic Fistula After Distal Pancreatectomy. *Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques*. 2019;29(4):261-6.
7. Frozanpor F, et al. The effect of prophylactic transpapillary pancreatic stent insertion on clinically significant leak rate following distal pancreatectomy: results of a prospective controlled clinical trial. *Annals of surgery*. 2012;255(6):1032-6.

## KORRESPONDENZADRESSE



**OA Dr. Helwig Wundsam**  
Standortleiter Abteilung für Chirurgie, Ordensklinikum BHS Linz  
Leiter Pankreaszentrum – DKG zertifiziert  
Seilerstätte 4  
A-4020 Linz  
E-Mail: helwig.wundsam@ordensklinikum.at

# How I do it – Versorgung des Pankreasstumpfes bei der Pankreaslinksresektion



Autor: R. Schrittwieser, Hochsteiermark/Leoben

Die Indikation zur Pankreaslinksresektion ist im Allgemeinen eine maligne oder entzündliche Erkrankung des Pankreasschwanzes oder Pankreaskorpus, in selteneren Fällen auch eine Infiltration durch einen Tumor oder ein Trauma. Zur Frage des chirurgischen Vorgehens und dabei insbesondere des Verschlusses des Pankreasstumpfes, wurden unterschiedlichste Techniken beschrieben und die Suche nach dem perfekten Vorgehen scheint derzeit noch nicht abgeschlossen. Die Frage ist durch die in der Literatur beschriebene hohe Rate an postoperativen Pankreasfisteln in bis zu über 40 % und darüber hinaus und deren für die PatientInnen zum Teil schwerwiegenden Folgen, von der Sepsis über postoperative Blutungen bis zum Tod, von hoher Wichtigkeit. 2020 wurden auch Guidelines zur Versorgung des Stumpfes publiziert (1)

### Definition und Risikofaktoren

Im Jahr 2016 überarbeitete die International Study Group for Pancreatic Surgery (ISGPS) die Definition der postoperativen Pankreasfistel (POPF). Das alleinige Auftreten einer Amylaseerhöhung in der Drainflüssigkeit größer Faktor 3 über dem Serumamylasewert über den 3. postoperativen Tag hinaus ohne entsprechende klinische Auswirkungen (früher Grad A Fistel) entspricht nun einem biochemischen Leak (BL). Die klinisch relevanten POPF Grad B und C wurden strikter getrennt. Grad C wurde auf PatientInnen reduziert, welche durch die Fistulierung ein Organversagen entwickeln, reoperiert werden müssen oder versterben. Kürzlich wurde noch eine weitere Unterteilung der Grad B Fisteln in B1 (Drainage über den 21. Tag hinaus), B2 (zusätzlich medikamentöse Behandlung) und B3 (zusätzlich nichtchirurgische Interventionen wie CT-gezielte Drainage) veröffentlicht (2). Verschiedene Risikofaktoren für das Auftreten einer POPF wurden identifiziert. Dazu zählen patientenabhängige Parameter wie BMI, Alter, Geschlecht, Ernährungszustand sowie Textur des Organs und Durchmesser des Pankreasganges. Weiches Pankreasparenchym geht mit einer erhöhten Rate an POPF einher. Um die Rate an POPF zu senken, wurden auch wiederholt präoperative endoskopische Interventionen diskutiert. Derzeit ist die intrapapilläre Injektionen mit Botox® zur Verringerung der Fistelrate Thema mehrerer laufender Studien. Die Technik der Durchtrennung des Organs und der Verschluss des Stumpfes als Risikofaktor sollen in der Folge beleuchtet werden.

### Operationstechnik

Grundsätzlich unterscheiden wir ein offenes und ein laparoskopisches Vorgehen, wobei dieses mit weiterer Verbreitung entsprechender Systeme zunehmend auch robotisch unterstützt durchgeführt wird. Die Vorteile der minimal invasiven Techniken entsprechen denen bei anderen abdominalen Eingriffen. Hinsichtlich der Rate an POPF gibt es in der Literatur keine Unterschiede.

In den meisten Fällen erfolgt eine gesonderte Durchtrennung der Vena Lienalis, jedoch scheint auch ein gemeinsamer Verschluss mit Stapler ohne Erhöhung der Fistelrate möglich (3).

Über viele Jahre war die Durchtrennung des Organs mit dem Skalpell, oft auch fischmaulartig, und der anschließende Verschluss des Stumpfes mittels Naht das Standardvorgehen. Der gesonderte Verschluss des Ductus Pancreaticus mittels einer nicht resorbierbaren Naht wird häufig vorangestellt. Die Durchtrennung kann ebenso mittels Elektrokauter oder Ultraschallinstrument vorgenommen werden. Alternativ kann das Pankreas mit Klammernahtgeräten, zum Teil auch mit Verstärkung der Klammernahtreihe, verschlossen und durchtrennt werden. In Metaanalysen (4) konnten keine signifikanten Unterschiede in der Fistelrate beim Vergleich der unterschiedlichen Techniken gefunden werden. Zur Sicherung/Verstärkung des verschlossenen Stumpfes gibt es verschiedene Möglichkeiten. Unter anderem wurde die

Verstärkung mittels Hemopatch® in einer europaweiten Multicenterstudie untersucht (5). Wie auch in anderen Studien konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Rate an POPF gefunden werden, obwohl eine Tendenz zu Gunsten der Verstärkung beobachtet werden konnte.

### Unser Vorgehen

Nach abgangsnaher Ligatur der Arteria Lienalis und Mobilisierung der Milz und des Pankreasschwanzes erfolgt die gesonderte Durchtrennung der Vena Lienalis. Die Dissektion des Pankreas wird in den meisten Fällen mit einem Linearstapler (Endo GIA® Fa Medtronic® schwarzes Magazin, Klammerhöhe 4-4,5-5mm) vorgenommen. Die Klammernahtreihe wird mittels Fortlaufnaht (V-Lock® 3/0 resorbierbar) verstärkt. Anschließend wird der Stumpf mit einem Zellulosepatch (Veriset®) gedeckt. Eine Drainage ist obligat. Der Verschluss ändert sich nicht, auch wenn die Linksresektion laparoskopisch vorgenommen wird. Auch dabei wird die Klammernahtreihe übernäht und mit Patch gedeckt. Lediglich bei sehr breitem Parenchym kann eine Durchtrennung mit dem Skalpell notwendig werden. Der Pankreasgang wird dann in der Regel mit nicht resorbierbarer Naht umstochen, der Stumpf mittels Fortlaufnaht verschlossen und gedeckt. Seit 10 Monaten steht uns auch ein DaVinci® System der Fa Intuitive® für die roboterunterstützte minimal invasive Chirurgie zur Verfügung. Für die Pankreaslinksresektion kann zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Artikels (April 2022) noch über keine Erfahrungen berichtet werden.

Die postoperative Pankreasfistel stellt eine gefürchtete Komplikation nach Linksresektionen dar. Unterschiedliche Verschluss-techniken wurden und werden angewandt, jedoch finden sich in der Literatur inklusive der Guidelines bisher keine signifikanten Unterschiede bezüglich dieser Komplikation. Letztlich bleibt die Wahl der Technik der Erfahrung des Chirurgen/der Chirurgin vorbehalten. □

## KORRESPONDENZADRESSE



Prim. Dr. Rudolf Schrittwieser  
Abteilung für Chirurgie  
LKH Hochsteiermark  
Vordernbergerstrasse 42  
A-8700 Leoben  
E-Mail: rudolf.schrittwieser@kages.at

## LITERATUR

1. Miao Y. et al. (2020): Surgery 168: 72-84
2. Andreasi V. et al. (2022): Surgery 171: 846-853
3. Yamada et al. (2021): JAMA Surg. 156(5):418-428.
4. Tieftrunk E. et al. (2018): PloS One 13(6): e0197553.
5. Uranues S. et al. (2021): AnnSurg. (2)1: e033



Berufsverband  
Österreichischer  
Chirurgen



# 12. November 2022

## 11. Forum Niedergelassener Chirurgen

Congress Center Baden

### Themen:

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)/Therapieoptionen in der Praxis/Spezialambulanz  
*Dr. Alexander Eser, leitender OA der CED-Ambulanz bei den Barmherzigen Brüdern*
- Zusätzliche Option für den niedergelassenen Chirurgen: Sachverständiger/Gutachter  
*Dr. Friedrich Anton Weiser*
- Der Niedergelassene Chirurg in der Zukunft  
*TBA*

in Kooperation mit:



Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgie (ÖGCH)

Save the date





## Digitale Transformation von Weiter- und Fortbildungsangeboten in Orthopädie und Unfallchirurgie

Autor: Dr. Jörg Ansorg

Dr. Jörg Ansorg, Geschäftsführer Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie GF der Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland

Die Coronapandemie hat die Bereitschaft zur Nutzung digitaler Weiter- und Fortbildungsangebote massiv erhöht. Im vorliegenden Beitrag zeigen wir, wie dieser Trend in den vergangenen Jahren auch Orthopädie und Unfallchirurgie erfaßt hat und berichten über die Erfahrungen des Berufsverbandes sowie der gemeinsamen Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie (AOUC) bei der Transformation klassischer Fortbildungsangebote in digitale Formate.

### Webinare

Der BVOU bietet mit dem BVOU Study Club bereits seit 2016 digitale Fortbildung in Form von Webinaren an. Dabei handelt es sich um Vorträge, die Live im Rahmen einer Videokonferenz vor einem mehr oder weniger großen Auditorium gehalten werden.

Diese einfachste Form digitaler Wissens-

vermittlung orientiert sich noch sehr eng am analogen Vorbild einer Frontalvorlesung und bietet vergleichsweise wenig Interaktionsmöglichkeit. Dafür ist sie leicht und schnell umsetzbar und erfordert vom Referenten nur wenig Anpassungsfähigkeit.

Seit Start des BVOU Study Clubs haben sich dort bereits über 16.000 Kolleginnen und Kollegen fortgebildet. Durch die Coronapandemie kam es 2020 zu einer deutlichen Zunahme der Teilnehmerzahlen. Im Jahr 2021 haben dann nochmals doppelt so viele Ärztinnen und Ärzte dieses Fortbildungsformat genutzt. Dies zeigt sich sowohl in den absoluten Teilnehmerzahlen (Abb. 1), als auch in der Anzahl der Besucher in jedem einzelnen Webinar (Abb. 2). Das Verhältnis von Live-Teilnehmern zu Archiv-Besuchern der Webinare hat sich in den Coronajahren umgekehrt: Haben 2019 nur 1/3 der Teilnehmer das Live-Angebot

genutzt, waren es 2020 ca. 2/3 und 2021 ca. 3/4 der Teilnehmer, die unsere Webinare live verfolgt haben. Der on-demand-Anteil wird jedoch bei Qualitätszirkeln und anderen Pflichtunterweisungen zukünftig an Bedeutung gewinnen.

### Kongresse

Viele Kongresse mussten in den vergangenen beiden Jahren coronabedingt als Live-Veranstaltungen abgesagt werden. Das hat zu erheblichen Einschnitten in der Fortbildungslandschaft geführt. Um Interessierten trotz dieser Beschränkungen die Möglichkeit zum wissenschaftlichen Austausch zu geben, wurden mit verschiedenen Mitteln digitale Ersatzformate geschaffen.

Die Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie wurde 2020 mit der Organisation und Durchführung von Kongressen im Digitalformat betraut:

- Digitale Woche O&U als Kompensation für den abgesagten Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)
- Digitaler Jahreskongress der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)

Bei beiden Veranstaltungen kam die seit Jahren bewährte O&U Events App der AOUC zum Einsatz. Auf beliebigen digitalen Endgeräten (Desktop, Tablet, Smartphone) werden über diese App Vortragssitzungen und Diskussionsrunden gestreamt und können von einem beliebig großen Publikum mitverfolgt werden. Auch die Industriepartner haben über den virtuellen Partnerbereich ihre Ausstellungsfläche und konnten Erfahrungen mit einer digitalen Präsenz auf Onlinekongressen und -Fortbildungen machen.

Über Chat, Videochat, Fragen & Antworten sowie TED-Umfragen bietet die O&U Events App eine Vielzahl an Interaktionsmöglichkeiten. Digitale Kongresse werden unmittelbar erlebbar, können durch Gamification und Wettbewerbe an Attraktivität gewinnen und reduzieren die Barriere zwischen Podium und Auditorium.

Die durch die AOUC organisierten Digitalkongresse wiesen im Vergleich zu den Präsenzkongressen keinen Unterschied in der Anzahl ärztlicher Teilnehmer auf (Abb. 3). Viele Hauptsitzungen der Digitalen Woche 2020 waren ebenso wie die Postersitzungen sogar deutlich besser besucht als ihre analogen Vorbilder.

### Seminare und Workshops

Am deutlichsten machte sich der Trend zu Digitalformaten bei Seminaren und Workshops bemerkbar. Der BVOU hat in den Pandemie Jahren eine Vielzahl von Seminaren auf digitale Formate umgestellt. Dabei wurde sowohl mit der technischen Umsetzung, als auch mit den Interaktionsformaten experimentiert. Neben der O&U Events App kamen auch „normale“ Videokonferenzen sowie klassische E-Learning-Kurse und Smart-Learning-Formate zum Einsatz.

Mit digitalen Werkzeugen und Formaten lassen sich vor allem theorieelastige Präsenzangebote, Diskussionsrunden und Fallbesprechungen sehr gut abbilden.

Im Ergebnis wurden die neuen digitalen Angebote nicht nur als Ersatz für die Präsenzveranstaltungen akzeptiert. Es fanden sich durchweg sehr viel mehr Teilnehmer ein, als es bei den analogen Seminaren in

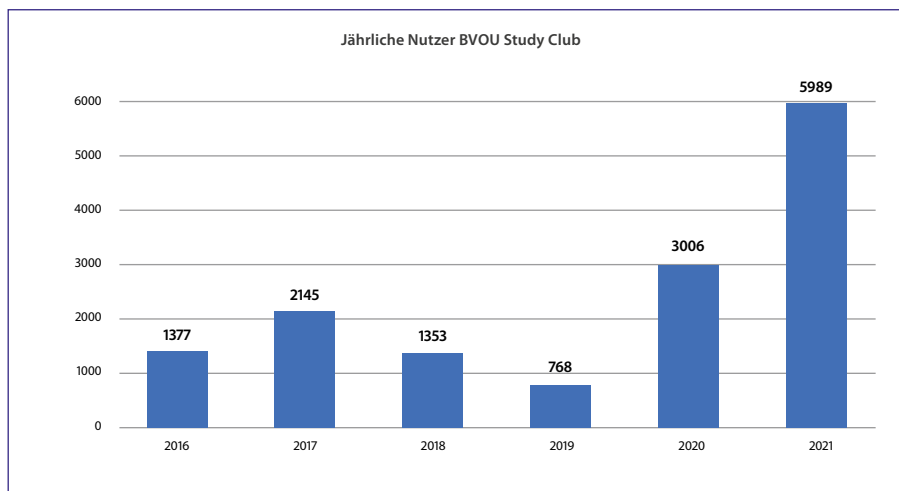


Abb. 1: Nutzerzahlen BVOU Study Club 2016-2021

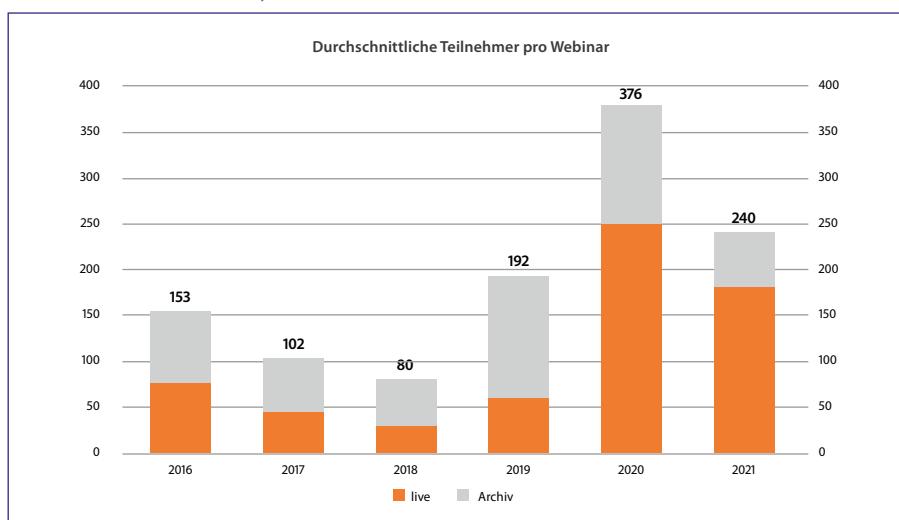


Abb. 2: Besucherzahlen je Webinar 2016-2021

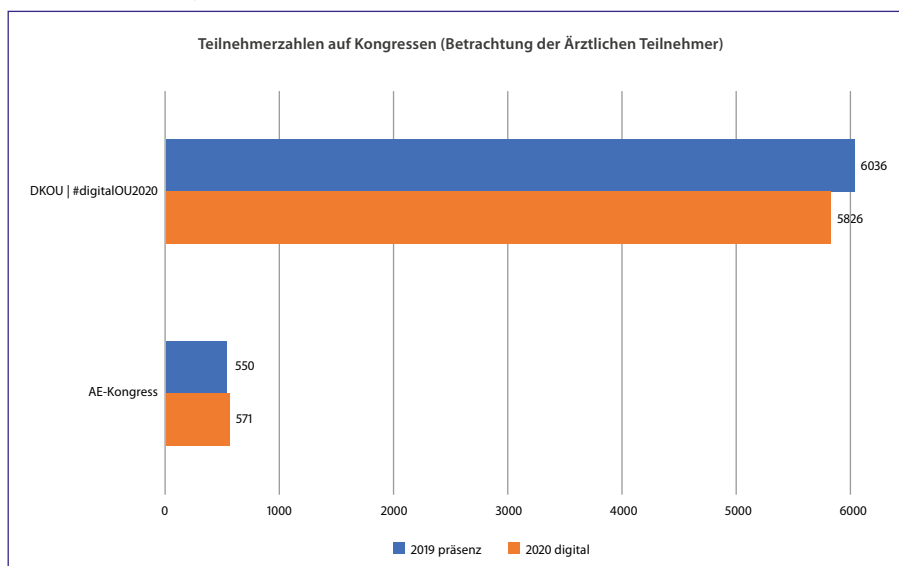


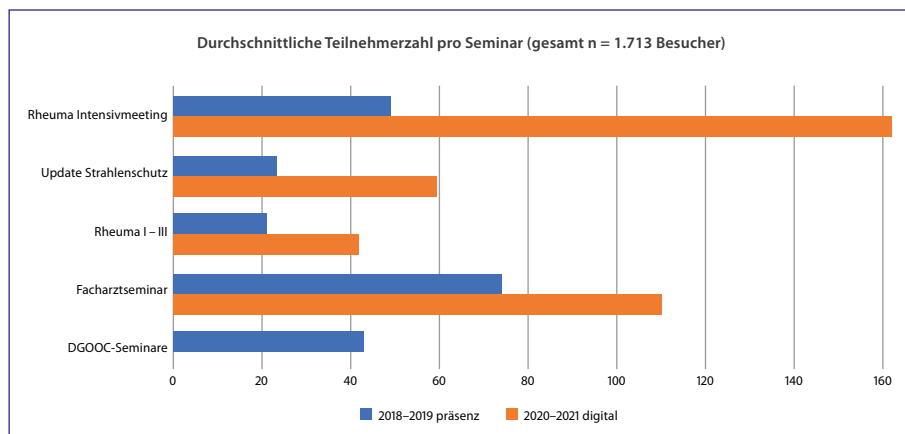
Abb. 3: Besucherzahlen Kongresse (Präsenz vs. Digital)

den Vorjahren vor Ort jemals der Fall war (Abb. 4).

Der Zuwachs betrug bei den Facharztseminaren mit relativ hohem Interaktions-

grad 50%. Die beliebten Rheumakurse der ADO wurden doppelt so stark frequentiert. Zu den digitalen Strahlenschutzkursen sowie zum Intensivmeeting Rheuma der DGORh fanden sich über dreimal so viele

Abb. 4: Besucherzahlen Seminare (Präsenz vs. Digital)



Teilnehmer ein, wie jemals zuvor auf den klassischen Präsenzveranstaltungen.

Aufgrund dieser Erfolge wurden anschließend komplett digitale Weiter- und Fortbildungsformate entwickelt, die das gesamte Jahr verfügbar sind oder gänzlich on demand, also zu beliebigen Zeiten genutzt werden können.

Ein Beispiel für dieses Konzept sind digitale Prüfungssimulationen zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Hier finden einmal monatlich Live-Videokonferenzen statt, während derer Teilnehmer sich einer realen Prüfungssituation mit erfahrenen Prüfern stellen können. Diese finden immer zu einem spezifischen Themenschwerpunkt statt, auf den sich alle Teilnehmer mit fallbasierten E-Learning-Kursen vorbereiten können.

### Hands-on-Seminare

Workshops mit hohem praktischen Anteil und Hands-on-Seminare können durch digitale Formate nicht kurzfristig ersetzt werden. So mußten beispielsweise die praktischen Seminare zur speziellen orthopädischen Chirurgie (DGOOC-Seminare) in den Pandemie Jahren abgesagt werden.

Hier kann mittelfristig durch VR-Angebote eine digitale Alternative angeboten werden. VR bietet die Simulation der offenen Chirurgie inkl. haptischem Feedback. Der Einsatz aufwändiger Simulatoren wie z.B. in der laparoskopischen Chirurgie kann entfallen.

Hands-on-Kurse können durch eine partielle Digitalisierung im Sinne eines Blended-Learning-Konzepts bereits heute optimiert und der Präsenzanteil auf die praktischen Übungen konzentriert werden. Hier haben wir beispielsweise mit Kursen zur interventionellen Schmerztherapie (IGOST-Kurse) sehr gute Erfahrungen gemacht. Die ursprünglichen 3-tägigen Seminare wurden in 3 Module geteilt:

- Modul A: Theorievermittlung als E-Learning (on-demand, ca. 3-4 Wochen Zeit zur Bearbeitung)
- Modul B: Praxis und Fallbeispiele als interaktive digitale Live-Diskussion (1/2 Tag)
- Modul C: Tagesseminar mit hands-on-Übungen am Humanpräparat

Auch hier konnten durch das neue Format die Teilnehmerzahlen verdoppelt bis verdreifacht werden.

### Zusammenfassung und Ausblick

Die Kontaktbeschränkungen der Pandemiejahre 2020 und 2021 haben die Digitalisierung der Weiter- und Fortbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie beflügelt.

Webinare und E-Learning-Angebote werden deutlich intensiver genutzt und sind allgemein akzeptiert. Online-Kongresse haben das Potential, genauso viele Teilnehmer zu erreichen, wie die klassischen Kongresse vor Ort. Allerdings ist die soziale Komponente und der persönliche Austausch damit nicht zu ersetzen. Insofern erwarten wir nach Ende der Pandemie wieder gut gefüllte Kongresse vor Ort.

Die konsequente und intelligente Digitalisierung von Seminaren und Workshops hat erhebliches Wachstumspotential.

Auch wenn Digitalformate den persönlichen Austausch und praktische Übungen (noch) nicht ersetzen können, tragen sie bereits heute dazu bei, eine qualitativ hochwertige medizinische Fortbildung zu gewährleisten und weiterzuentwickeln. Durch Digitalisierung kann dieser für Ärztinnen und Ärzte so wichtige Bereich des Berufsalltages in der neuen Normalität und in einem Leben mit Corona aufblühen und Früchte tragen, die den analogen Angeboten verschlossen waren.

Perspektivisch ist für die medizinische Weiter- und Fortbildung in O&U eine Dreiteilung des bisherigen Präsenzangebotes im Sinne von Blended-Learning-Konzepten vielversprechend:

- E-Learning zur Vermittlung theoretischer Grundlagen
- Videokonferenzen für Falldiskussionen und Qualitätszirkel
- Vor Ort-Seminare für Hands-on-Übungen und Operationskurse.

Mit einem solchen Konzept werden zukünftig auch jene Teilnehmergruppen erschlossen, die den Weg in entsprechende Präsenzveranstaltungen bisher nicht gefunden haben.

## KORRESPONDENZADRESSE



**Dr. med. Jörg Ansorg**  
Geschäftsführer  
Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU e.V.)  
Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie (AOUC)  
Straße des 17. Juni 106 – 108, 10623 Berlin  
Tel 030 797 444 44 · Fax 030 797 444 45  
joerg.ansorg@bvou.net  
www.bvou.net · www.aouc.de · www.edOUcate.de  
www.orthinform.de · www.aktion-orthofit.de



## Kongresslandschaft der Zukunft

Autor: P. Lindinger

Online ist gekommen, um zu bleiben, aber nur dann, wenn auch die Qualität und das Preis-Leistungs-Verhältnis stimmen. Die Bedürfnisse der Sponsoren werden aktuell noch zu wenig berücksichtigt.

Österreich zählt traditionell zu den gefragtesten Kongressdestinationen weltweit. Im Jahr 2019 verzeichneten heimische Anbieter noch Rekorde: Über 1.600 internationale Kongresse, 4.000 nationale Kongresse, 13.300 Firmentagungen und 6.200 Seminare fanden hierzulande statt. Insgesamt trafen sich knapp 1,8 Mio. Teilnehmer, die Hotellerie konnte dadurch 2,3 Mio. zusätzliche Nächtigungen verzeichnen<sup>1</sup>.

Dann kam Corona. Die Pandemie hat der Kongress- und Tagungsbranche einen der schwersten wirtschaftlichen Einbrüche beschert. Im Vergleich zum Rekordjahr 2019 gab es bei den Veranstaltungen wie Kongressen, Firmentagungen oder Seminaren einen Rückgang von 66%. Bei der Teilnehmerzahl wurde ein Minus von 74,5% verzeichnet und bei den Nächtigungen von 78,8%.<sup>2</sup> Seither wird versucht, mit Innovationskraft und Kompetenz als Allround-

Veranstalter bei virtuellen, hybriden und physischen Events zu punkten und neben Gastfreundschaft und Servicequalität das Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz in den Mittelpunkt zu rücken.

Trotz dieser vielfältigen Anstrengungen hat die Branche jedoch eines übersehen: Der Gesundheitssektor spielt nach besonderen Regeln und kann bei aller Digitalisierung nicht so einfach ins Netz transferiert werden. Allen voran sind es die Compliance-richtlinien, die haptische Qualität von Medizinprodukten und der enge Kontakt zu den Anwendern, der notwendig ist, um die Ansprüche aus der Praxis laufend in die Produktentwicklung einzubringen.

### Hybrid: die schlechteste aller Optionen

Mehrtätige Events virtuell abzuhalten ist logistisch eine Herausforderung, aber auch

für Teilnehmer kaum machbar. Experten aus dem Tagungsbusiness oder der Erwachsenenbildung sind sich bereits einig, dass Hybrid-Events die Nachteile beider Formen verbinden und daher meist für alle Beteiligten unbefriedigend sind. Wer vor Ort ist, scheint privilegiert – wer online dabei ist, fühlt einen Informations- und Kontaktverlust. Beide Gruppen erleben einen „halben“ Kongress, das Ganze ist längst nicht mehr die Summe aller Teile.

Zudem fehlt das haptische Erlebnis: Wie eine Ultraschallsonde oder ein chirurgisches Besteck in der Hand liegt, kann online nicht vermittelt werden. Häufig sind aber genau das die Kriterien, die für eine Kaufentscheidung ausschlaggebend sind. Zudem sind viele Produkte und Innovationen erklärungsbedürftig und dazu sind nach wie vor das persönliche Gespräch und Hands-on-Demonstrationen unerlässlich. >



Das gilt nicht nur für Unternehmen. Auch die wissenschaftliche Community lebt vom Netzwerken. Künftige Forschungs Kooperationen oder neue Ergebnisse werden oft informell auf Kongressen besprochen.

Ob kreative Messestände, international renommierte Keynotes oder ungewöhnliche Performances – Medizinprodukte-Unternehmen haben viel investiert, um den persönlichen Kontakt zu ihren Anwendern, den Ärzten und Gesundheitsdienstleistern, zu etablieren und auszubauen. In der medizinischen Community sind Online-Übertragungen, E-Learnings oder Content-on-Demand auch vor Corona keine Novitäten und schon immer Teil eines zeitgemäßen Aus- und Weiterbildungskonzeptes gewesen. Jedoch ein Umstieg auf rein virtuelle Events sind aus Sicht der Medizinprodukte-Branche langfristig keine nachhaltige Option.

Einig sind sich Anbieter, Teilnehmer und Sponsoren, dass Online-Events eine Reihe von Vorteilen bringen: Beruf und Freizeit lassen sich besser vereinbaren, hoher Reiseaufwand fällt weg und die zeitliche Flexibilität macht eine Teilnahme einfacher. Anbieter können rasch auf Themenwünsche reagieren, ohne monatelange Kongressplanungen in Kauf nehmen zu müssen. Die Abwicklung wird einfacher und schneller, doch deswegen nicht automatisch auch qualitativ hochwertiger. Durch die Kombination von kostenlosen Angeboten und der Anonymität im Netz ist die Hemmschwelle gefallen und ein massives Überangebot entstanden. Daher sind „No-shows“ – also das Fernbleiben ohne Abmeldung – an der Tagesordnung, Inhalte werden aus dem Boden gestampft, ohne das Ohr bei den „Gästen“ – also den Anwender und Unternehmen – zu haben und genau zu hinterfragen, was gebraucht wird.

### Negative Lehr- und Lernumgebung

Nicht jeder Vertreter aus Gesundheitsberufen ist gleich technikaffin und hat passende Zugangsmöglichkeiten. Gerade in Spitälern haben selten alle Ärzte einen EDV-Arbeitsplatz, der auch noch über Internet mit annehmbarer Geschwindigkeit verfügt.

Ein PC im Sozialraum reicht nicht aus, um die nötige Ruhe und Arbeitsumgebung zum Lernen zu schaffen.

Sowohl für die Veranstalter als auch die Vortragenden ist die Herausforderung, den Spannungsbogen zu gestalten und zu halten. Alles, was über zwei Stunden hinausgeht, belastet die Konzentration und Chats ersetzen keine direkte Kommunikation. Dieses Phänomen hat in der Fachwelt auch schon einen Namen: Zoom-Fatigue oder Zoom-Müdigkeit. Den Grund beschreibt unter anderem eine Studie der US-amerikanischen Universität Stanford<sup>2</sup>: Es besteht online praktisch keine Möglichkeit, im wahrsten Sinne des Wortes abzuschalten, der intensivere Augenkontakt und das ständige Sehen des eigenen Gesichts



führen zu Ermüdung, Verspannung und Konzentrationsproblemen. Alles in allem sind das keine guten Voraussetzungen für eine nachhaltige Lehr- und Lernumgebung und schon gar nicht für wichtige Gespräche.

### Neue Ideen sind gefragt

„Die Digitalisierung hat uns in den letzten beiden Jahren viele Vorteile gebracht. Die Industrie, die ärztlichen Fachgesellschaften sowie Kongress- und Fortbildungsanbieter müssen jetzt das Beste aus beiden Welten kombinieren und Mehrwert für alle schaffen“, sagt Christian Braun, Vizepräsident der AUSTROMED. Auch er ist überzeugt, dass die persönliche Vernetzung und die Face-to-Face-Kommunikation wieder ihren Stellenwert zurückgewinnen müssen. Gleichzeitig braucht es aus Sicht von Braun

mehr innovative Ideen, um den Online-Output für Teilnehmende und Sponsoren nachhaltig zu gestalten. „Symposien und Beiträge zum Nachhören sind ebenso wichtig wie passende schriftliche Unterlagen und die Möglichkeiten, die Teilnehmenden auch zu kontaktieren“, so Braun. Hier ortet er derzeit aufgrund des Datenschutzes das größte Manko: „Bin ich vor Ort, kann ich Visitenkarten und Kontaktdaten austauschen. Online bekommen wir von den Veranstaltern keine Information, wer an welchen Symposien teilgenommen hat. Damit verliert diese Konstellation für uns massiv an Wert.“ Aus Erfahrung weiß er aber auch, dass die physische Teilnahme an Kongressen für den Ärztenachwuchs oft an Grenzen stößt: „Sowohl zeitlich als auch finanziell wird die Ärzte-Nachwuchsgeneration nicht mithalten können.“ Ob Präsenz-, Hybrid- oder Onlinekongresse: Die Zahl der Anwesenden vor Ort wird sinken, die Aufmerksamkeit im Netz ist inflationär und damit die Preise für Standmieten oder Kongress-Sponsoring insgesamt unattraktiver.

Geraten Leistung und Gegenleistung in Schräglage, sind finanzielle Beiträge von Unternehmen schon aus Compliancegründen nicht möglich. „Das Angebot ist derzeit unüberschaubar, die Qualität sehr unterschiedlich. Ich sehe für reine Online-Events eine sehr eingeschränkte Nische. Nicht jeder Kongress kann einfach in die virtuelle Welt kopiert werden, ohne am Konzept Wesentliches zu ändern“, sagt Gerald Gschlössl, Präsident der AUSTROMED. „Die digitale Transformation macht vor keinem Lebensbereich halt. Die Industrie und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften können diesen Weg nur gemeinsam beschreiten und darauf achten, dass alle Interessen berücksichtigt werden – die der Anbieter, der Teilnehmenden und der Sponsoren“, betont DI Gerhard Juffinger, Sprecher der AUSTROMED Branchengruppe Chirurgie, und ergänzt einen zentralen Aspekt: „Wir benötigen einen holistischen Ausbildungsansatz. Digitale Lösungen bieten viele Vorteile auch in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Kommunikation. Diese sollten wir aber nicht nur auf das einzelne Produkt bezogen sehen, sondern auf



die gesamte Branche und einen prozessualen und gesamtheitlichen Ansatz in den Vordergrund stellen.“ Zudem gibt es im Gesundheitswesen auch Themen abseits der Medizin, wie etwa Ökonomie oder Recht, die kein klassisches Hands-On-Trainings benötigen und durchaus im digitalen Raum stattfinden können. Neue Formen, den Fair Market Value darzustellen, wird auch eine der Herausforderungen in der Zukunft sein, um einen neuen Wertetransfer zu finden oder die Ziele neu definieren. Geht es um die Kosten beim Veranstalter, um die Verbreitung von Wissen im Sinne der Fort- und Weiterbildung oder um die Unterstützung durch die Industrie?

### Gesundheitsbranche mit speziellen Regeln

Die Regeln des Medizinprodukte-Gesetzes sind für KommR Mag. Alexander Hayn, MBA, AUSTROMED-Vizepräsident und Wirtschaftskammerobmann, ein zentrales Argument für physische Treffen: „Das Gesetz sieht vor, dass es eine Zusammenarbeit zwischen Anwendern und Medizinprodukte-Unternehmen gibt. Kommunikation ist keine Einbahnstraße, sondern ein Dialog. Dazu bieten persönliche Gespräche auf einschlägigen Fachveranstaltungen die beste Option.“ Darüber hinaus rechnet Hayn vor, dass sich nicht nur Sponsorbeiträge an die Kongressveranstalter auf der Kostenseite niederschlagen: „Jedes Unternehmen investiert in Messestände, Präsentationsunterlagen und Manpower vor Ort. Digital sparen wir hier zwar etwas ein, jedoch fehlt der entsprechende Mehrwert.“ Jedes Unternehmen, das einen Sponsorbeitrag leistet, erwartet im Gegenzug Leistungen des Veranstalters. Dazu gehören im Wesentlichen die Präsenz und Präsentation des Sponsorgebers, die bei Online-Events nicht mit gleichem Maßstab gemessen werden können wie bei klassischen Prä-

senzveranstaltungen. „Es braucht neue, gemeinsame Lösungen aller Beteiligten, die sich nicht mehr nur in m<sup>2</sup>-Ausstellerepreisen kalkulieren lassen. Der Nutzen für die Industrie muss auf jeden Fall genauso sichtbar sein wie für den Veranstalter“, sagt Hayn mit Verweis auf die Compliancerichtlinien. Dieser „Fair Market Value“, also ein fairer Preis für Leistung und Gegenleistung, kann nicht einseitig bestimmt sein und entsteht immer erst in Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage.

### Grundlage: Complianceverpflichtung

Mit dem Verhaltenskodex<sup>4</sup> der AUSTROMED, wird die Zusammenarbeit zwischen Medizinprodukte-Unternehmen und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Angehörigen von Gesundheitsberufen als auch Medizinprodukte-Unternehmen untereinander geregelt. Dabei wird unter anderem die Unterstützung im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen festgelegt: So müssen Veranstaltungen für die Tätigkeit der eingeladenen Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens unmittelbare fachliche Bedeutung im Sinne von Aus-, Fort- oder Weiterbildung haben. Aus dem Werbematerial für die Veranstaltung muss sich der Veranstaltungsinhalt ergeben.

### Internationale Regeln anzuwenden

Bei der Organisation oder dem Sponsoring internationaler Veranstaltungen müssen die AUSTROMED-Mitglieder den Vorschriften der jeweiligen Länder sowie den Gesetzen und Vorschriften des Landes, in dem die Veranstaltung stattfindet, entsprechen. Für Internationale Veranstaltungen gelten die entsprechenden Vorschriften des europäischen Dachverbands MedTech Europe<sup>5</sup>. Dazu wurde ein sogenanntes „Conference Vetting System“ (CVS) etabliert, das international eine einzigartige Initiative der Gesundheitsindustrie darstellt: Ein zent-

ralisiertes Entscheidungssystem fördert die Transparenz, aber auch die Kontinuität der Aus- und Weiterbildung innerhalb der Branche und sorgt dafür, dass die Compliancerichtlinien in Übereinstimmung mit dem MedTech Europe Code of Ethical Business Practice<sup>6</sup> eingehalten werden. Damit kann ein Mitglied der europäischen MedTech Europe einen extern veranstalteten Event nur dann unterstützen, wenn dieser vorab ein positives Assessment des CVS durchlaufen ist. Mittlerweile hat sich auch die pharmazeutische Industrie mit der EFPIA, dem europäischen Dachverband der nationalen Verbände forschender Pharmaunternehmen (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations), diesem System angeschlossen. Der Prozess umfasst sechs zentrale Kriterien der Beurteilung: das wissenschaftliche Programm, den Austragungs- und den Veranstaltungsort, die Bewirtungskosten, die Sachzuwendungen im Zusammenhang mit der Registrierung sowie die Kommunikation. Damit verpflichtet sich die Medizinprodukte-Industrie auch über die Landesgrenzen hinaus besonders hohen ethischen Standards im Zusammenhang mit Transparenz und guten Business-Praktiken. □

### REFERENZEN

1. Austrian Convention Bureau & Österreich Werbung (Hrsg), Meeting Industry Report Austria 2019
2. Austrian Convention Bureau & Österreich Werbung (Hrsg), Meeting Industry Report Austria 2020
3. Jeremy N. Bailenson, Nonverbal Overload: A Theoretical Argument for the Causes of Zoom Fatigue, Technology, Mind and Behavior, Volume 2, Issue 1. DOI: 10.1037/tmb0000030
4. <https://www.austromed.org/ueber-uns/kodex-und-statuten/>
5. <https://www.ethicalmedtech.eu>
6. <https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2017/06/medtech-europe-code-of-ethical-business-practice-2022.pdf>

## KORRESPONDENZADRESSE



**Mag. Philipp Lindinger**  
Geschäftsführer  
AUSTROMED – Interessensvertretung der Medizinprodukte-Unternehmen  
[philipp.lindinger@austromed.org](mailto:philipp.lindinger@austromed.org)  
[www.austromed.org](http://www.austromed.org)

# Zukunft der Kongresslandschaft/tätigkeit – In welchem Format wird der wissenschaftliche Austausch in der Zukunft stattfinden?

Autor: J. del Picchia, Wien

Die COVID-19 Pandemie und die in diesem Zusammenhang verfüigten Maßnahmen haben die Kongressindustrie über die letzten beiden Jahre einerseits massiv eingeschränkt, andererseits auch revolutioniert. Veranstalter hatten 2020 Ihre Tagungen zu einem grossen Teil ausfallen lassen oder verschieben müssen. Eine Anzahl von ihnen hat aber die Gunst der Stunde genutzt und sich in die Welt der damals noch nicht weit verbreiteten virtuellen Kongresse gewagt, zunächst mit wechselnden Zugängen und Erfolg. Kongresse im ersten Halbjahr 2020 wurden oftmals mehr oder weniger überhastet in virtuelle Tagungen umverpackt und kostenlos angeboten. Verständlicherweise wurden so mitunter auch Teilnehmerrekorde erzielt auch wenn das Gesamterlebnis manchmal „holprig“ war. Technische Schwierigkeiten, mit denen alle damaligen Anbieter virtueller Plattformen zu kämpfen hatten, waren auch der Tatsache geschuldet, dass die Anzahl der nach mehreren Monaten bereits „ausgehungerten“ Kongressteilnehmer\*innen weitgehend unterschätzt wurde und Serverkapazitäten, Bandbreiten und die Architektur der Plattformen deshalb regelmäßig heillos überlastet waren.

Dennoch konnten Veranstalter sehr schnell erkennen, wo die Vor- und Nachteile der virtuellen Welt liegen. Die Übermittlung von Wissen und Wissenschaft funktioniert hervorragend, qualitativ sogar oft besser als bei einer Live-Veranstaltung, da ein aufgezeichneter Vortrag in der Regel immer „die beste Version“ ist, die Referent\*innen abliefern können. Die Möglichkeit Vorträge eigenständig „on demand“ für einen festgelegten Zeitraum nach der Tagung konsumieren zu können, ist ein unschätzbare Vorteil zu einer Live-Tagung mit Parallelsitzungen.

Die soziale Interaktion zwischen Teilnehmer\*innen und Referent\*innen ist hingegen eher mau. Kostspielige „Social Hubs“, Plattform-Chats und Ähnliches, wurden nur unzureichend angenommen, funktionieren nicht besser als eine gute Social Media Präsenz z.B. auf Twitter, sind aber unvergleichlich teurer.

Die Industrie hat zwar mehr Möglichkeiten mit Teilnehmer\*innen in Kontakt zu treten (z.B. 1:1 Zoom-Meetings mit Interessenten) und visuelle Präsenz, aber die Qualität der Kontakte ist der einer Live-Tagung, trotz aufwendigen virtuellen Ausstellungsständen, unterlegen. Wenn es ums Geschäft geht, ist die persönliche Interaktion von beiden Seiten gewünscht. Diese kam aber in den letzten Monaten zu kurz. Nach Aufhebung der meisten Reisebeschränkungen und der Rückkehr der Live-Veranstaltungen, ist die Industrie nur mäßig für rein virtuelle Tagungen zu begeistern.

Zwei Jahre nach Beginn der Pandemie stehen wir meiner Meinung nach an einem potenziell entscheidenden Scheideweg im Kongresswesen. Ein Aufatmen geht im Frühjahr 2022 mit den Lockerungen für Veranstaltungen einher und endlich gehen Veranstalter wieder mit einigermaßen Optimismus in die Planung von Präsenzveranstaltungen. Für viele, ist es die Erste seit Ende 2019/Anfang 2020.

Es stellt sich aber die Frage nach der Ausrichtung der Kongresse. Stellt man alles zurück auf Anfang und veranstaltet „Tagungen wie damals“? Sollten alle Kongresse und Tagungen wieder in Präsenz stattfinden, oder lagert man bestimmte Meetings in die virtuelle Welt aus? Sollten Kongresse nunmehr ausschließlich hybrid stattfinden, um das Beste aus beiden Welten zu vereinen?

Als jemand der sich Zeit seines Lebens immer für neue Technologien interessiert hat, fällt es mir schwer zu glauben, dass die Zukunft der Kongresslandschaft wirklich in der „pre-pandemischen Vorzeit“ liegt. Die Kongresstechnik und die uns heute zur Verfügung stehenden Soft- und Hardwarelösungen haben innerhalb der letzten beiden Jahre erstaunliche Fortschritte gemacht und sind heute, durch die steigende Konkurrenz, auch erschwinglicher als vor einem Jahr. Aber auch Wissenschaftler\*innen sind heute im Umgang mit diesen Technologien sowohl als Vortragende als auch als Konsumenten viel erfahrener. Das Wort „Konsument“ mag an dieser Stelle ungewöhnlich

klingen, aber das (Konsum)Verhalten der Teilnehmer\*innen von virtuellen wissenschaftlichen Veranstaltungen hat sich mit dem Einzug der neuen Technologie sehr stark in Richtung on-demand Streaming verlagert, weil man sich hier die Fortbildung flexibler einteilen (keine Freistellungs- oder Urlaubsanträge notwendig) und sie orts- und zeitunabhängig gestaltet werden kann. Auf diese Chance zu verzichten, würde heißen u.A. die Wissenschaftler der (post)-YouTube Generation an andere Anbieter von online-Fortbildung zu verlieren.

In diesem Zusammenhang haben wir in den letzten Monaten beobachten können, dass viele unserer Kund\*innen die neuen Technologien aktiv dazu benutzen, um neben der traditionellen Präsenz-Jahrestagung, ihr Fortbildungsportfolio auszubauen z.B. in der Form von regelmäßigen Webinaren, oder um mit Online-Tagungen und Symposien in der „Off-Season“ spezifischere Schwerpunkte anzusprechen als in ihrer thematisch breit aufgestellten Jahrestagung. Ebenso hat sich gezeigt, dass manche Kurse auch aufgrund ihres Inhalts geradezu prädestiniert für online Veranstaltungen sind, und somit Seminare die früher z.B. alle zwei Jahre stattfanden nunmehr jährlich, abwechselnd in Präsenz und virtuell, organisiert werden können. Finanziell ist dies zu bewerkstelligen, zieht man in Betracht, dass die Plattformen für kleinere und mittelgroße Veranstaltungen inzwischen durchaus leistbar sind, die Sponsoringoptionen attraktiv sind und kostenseitig Location, Technik, Catering

sowie Reise- und Unterbringungskosten der Referent\*innen zumindest teilweise entfallen. Natürlich hat jede Gesellschaft und ihre Mitglieder spezifische Bedürfnisse, aber die Möglichkeiten sind vielfältig wie nie.

Die „Limousine unter den Kongressen“ ist natürlich der Hybridkongress, eine klassische Präsenzveranstaltung, bei der alle Sitzungen über eine Online-Plattform live über das Internet gestreamt werden und er ist damit zweifellos die finanziell anspruchsvollste Variante. Die volle Interaktion der online-Teilnahme mit Referent\*innen, Posterautor\*innen, anderen Teilnehmer\*innen und Sponsoren, sowie die Möglichkeit jeden Vortrag nochmals beliebig streamen zu können, ist nicht nur für die Online-Besucher\*innen eine beinahe vollwertige Alternative für eine Präsenzteilnahme, sie bietet auch den Teilnehmer\*innen vor Ort ein Service, das bisher nicht vorhanden war, speziell wenn die Tagung auf Parallelsitzungen ausgelegt ist.

Zu Beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Organisation von hybriden (wie auch virtuellen) Kongressen mitunter mit notwendigen Umstellungen des Programms (Länge der Vorträge, Sitzungen und Pausen, Sitzungsformate, Einbindung der Online-Teilnehmer\*innen, Moderation etc.) einhergehen muss, um nachhaltig erfolgreich zu sein. Der Wow-Effekt ist bereits verpufft und es reicht nicht mehr einen klassischen Kongress 1:1 live zu übertragen, denn Online-Teilnehmer\*innen erwarten heute mehr als eine unidirektionale Fernsehsendung.

Je nach Größe der Tagung, sind hier, abhängig von den Features der Online-Plattform, beinahe ähnliche Budgets wie für die Kongresslocation denkbar. Entsprechend

hoch ist auch die Erwartung an die Anzahl der Online-Teilnehmer\*innen, um kosten- und deckend agieren zu können und in weiterer Folge stellt sich auch die Frage nach der Bepreisung der Online-Teilnahme. In dieser entscheidungsweisenden Frage kommt hinzu, dass eine Anzahl von Teilnehmer\*innen, aufgrund mancher Erfahrungen Anfangs der Pandemie, der Meinung ist, dass die Teilnahme an virtuellen Kongressen eigentlich kostenfrei sein sollte. Hier werden allerdings, meist aus Mangel an Hintergrundinformationen, nicht zu vergleichende Dinge verglichen. Es ist leicht möglich mir einem einzigen Sponsorbanner eine Tagesveranstaltung auf der Basis eines einfachen Zoom-Meetings (stellvertretend für alle anderen Anbieter vergleichbarer Software) zu finanzieren. Aber eine virtuelle Plattform für mehrere Tausend Teilnehmer, inklusive der für die die Aufzeichnung und das Streamen der Vorträge vor Ort notwendige Hardware, sowie dem Personal, kann für einen mehrtägigen Kongress auch einige hunderttausend Euro kosten.

Es steht daher vollkommen außer Frage, dass nicht jeder Veranstalter die Mittel hat einen hybriden Kongress zu finanzieren. Aber es wäre doch naheliegend die positiven Veränderungen unserer Zeit in bewerte Praxis einzubinden und zumindest die neuen Werkzeuge anzuwenden, die einem das beste Preis-Leistungsverhältnis für die eigenen Bedürfnisse garantieren. Somit kann nicht nur das Erlebnis der Vor-Ort-Teilnehmer\*innen optimiert werden, sondern es werden auch neue Zielgruppen angesprochen, denen es aufgrund von logistischen, familiären oder finanziellen Gründen bisher nicht möglich war an einer Tagung teilzunehmen. Die Statistiken der Pioniere<sup>1</sup> der hybriden Kongresse vor der

Pandemie scheinen eindeutig zu belegen, dass die virtuelle Visitenkarte einer Tagung, neue Gruppen von Online-Zuseher\*innen generiert, die über kurz oder lang auch am Präsenzkongress teilnehmen werden.

Viele Kongresszentren haben auch die Schließzeit der vergangenen Jahre nicht nur als Impf- und Testzentren verbracht, sondern auch dazu genutzt, ein massives Upgrade ihres Angebots auf virtuelle und hybride Veranstaltungen vorzunehmen, scheinbar mit Erfolg. Es ist inzwischen an vielen Orten möglich neue und faszinierende Settings von Bühnen und Publikum unter visueller Einbindung der Online-Teilnehmer\*innen zu planen. Ich kann jedem/r Veranstalter\*in nur nahelegen ihr Interesse beim PCO ihres Vertrauens kundzutun und sich die Features einer neuen Generation von wissenschaftlicher Fortbildung genauer anzusehen.

## REFERENZEN

- <https://www.myesr.org/media/4705>  
<https://www.myesr.org/media/3322>

## KORRESPONDENZADRESSE



**Jérôme del Picchia**

Geschäftsführer der Wiener Medizinischen Akademie GmbH, einer der führenden PCOs (Professional Congress Organiser) Österreichs und Direktor der Europäischen Gesellschaft für Humangenetik.  
Alser Strasse 4, 1090 Wien  
jdp@wma.co.at  
www.wma.co.at



Univ.-Prof. Dr. Dietmar Öfner-Velano, MAS, MSc., FACS; Innsbruck

### Der chirurgische Fragebogen: **Dietmar Öfner-Velano**

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Zufall

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Raimund Margreiter

Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?

Antizipation, Resilienz

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Ich bin sehr spät berufener Vater, daher hat sich diese Fragestellung nicht in diesem Ausmaß gestellt, bin aber überzeugt, dass mein Lebensweg ein anderer gewesen wäre.

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Finanzielle Unterstützung, statt roten Sparstift  
Wir sollten aus der Pandemie unsere Lehren ziehen.

Ihr Lebensmotto?

Do... or do not. There is no try.





Dominik Habrina

## Der chirurgische Fragebogen: **Dominik Habrina**

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

Die Ausbildungsstellen auf der Internen waren bereits alle vergeben. ;)

Nein, im Ernst, die Frage lässt sich am ehesten mit dem Gefühl beschreiben, das man hat, wenn man ausgelaugt, durstig, hungrig, verschwitzt und doch zufrieden aus dem OP kommt.

### Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Man wird durch jede Interaktion beeinflusst. Von einem guten Chirurgen kann man lernen, wie man es macht, von einem sehr guten Chirurgen, wie man es schön macht, und manchmal lernt man auch, wie man es nicht machen soll. In diesem Zug möchte ich mich bei allen bedanken, die sich angesprochen fühlen.

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

Ein guter Chirurg muss wissen, was er wann und wie zu tun hat, sich manchmal in Zurückhaltung üben können und Anatomiekenntnisse sind von Vorteil.

### Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Eine Frage, der ich mich als Jungvater gerade stellen muss. Die nächste Frage bitte!

### Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Mehr Roboter? Für die Zukunft kann ich nur jedem Assistenten eine Ausbildung und die Möglichkeit zur Weiterentwicklung wünschen, wie sie mir durch meinen Chef und meine Kollegen zu Teil wurde.

### Ihr Lebensmotto?

Ein Zitat in dem etwas Wahres steckt:  
“Happiness is only real when shared.”





# Hernien in der chirurgischen Ausbildung – Up to date oder doch Zeit für ein Update?

AutorInnen: Michael de Cillia, Marijana Ninkovic

MILOS, TAPP und LIRA; REPA, TEP und ELAR; TARUP, TEP und SCOLA; IPOM, TAR – tatütataaa

Was initial wie Zeilen aus einem in den 90er Jahren sehr bekannten, deutschen Sprechgang klingen ist mit freundlichen Grüßen nur ein grober Querschnitt durch die rasante Entwicklung, die die Hernienchirurgie international in den letzten Jahren erfahren hat.

Doch wie sieht die lokale Situation der Hernienchirurgie in der Ausbildung in Österreich aus? Das haben sich die Young Surgeons Austria einmal etwas genauer angesehen.

Tabelle 1

<b>16. Operative Eingriffe</b>	<b>200</b>
• an Kopf/Hals, z.B. Schilddrüsen-Resektion, Tracheotomie	
• an Brustwand einschließlich Thorakotomien und Thoraxdrainagen	
• an Bauchwand und Bauchhöhle einschließlich Resektion, Übernähungen, Exstirpationen und Exzisionen mittels konventioneller, endoskopischer und interventioneller Techniken, z.B. Lymphknotenexstirpation, Port-Implantation, explorative Laparotomie, Notversorgung von Leber- und Milzverletzungen, Anus praeter-Anlage, Hämorrhoidektomie, periproktitische Abszessspaltung, Fistel- und Fissur-Versorgung	
• Cholezystektomien	25
• Herniotomien	25
• Eingriffe am Magen	5
• Appendektomien	25
• Eingriffe am Dünndarm	5
• Eingriffe am Dickdarm	5
• Adhäsiolyse	10
• Proktologische Eingriffe	10

Die Ärzteausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) oder kurz auch „ÄAO NEU“ genannt, liegt nach ihrer Einführung im Jahr 2015 mittlerweile in der 3. Version seit 1. Jänner 2020 vor.

Da die ÄAO NEU kein „new kid on the block“ mehr ist, möchten wir die Struktur und Aufbau derselben nur grob skizzieren und nicht im Detail aufdröseln. Nach 9 Monaten Basisausbildung beginnt die fachspezifische Weiterbildung. Diese wird, am Beispiel der Allgemein- und Viszeralchirurgie, wiederum in eine 15-monatige Sonderfach Grund-(SFG) und eine 48-monatige Sonderfach Schwerpunktausbildung (SFS) unterteilt. In der SFG sind über 400 dokumentierte Fertigkeiten gefordert, darunter 150 Sonographien. In den 48 Monaten der SFS sind 800 Fertigkeiten abzuliefern, darunter 355 Operationen und je nachdem welche Spezialgebiete\* man wählt, weitere hunderte Operationen. So ergeben sich in der Maximalvariante knapp 600 Operationen.

Tabelle 2

<b>24. Eingriffe an Bauchwand und Bauchhöhle einschließlich Resektionen, Übernähungen, Exstirpationen und Exzisionen mittels konventioneller, endoskopischer und interventioneller Techniken, z.B. Lymphknotenexstirpation, Port-Implantation, Entfernung von Weichteilgeschwülsten, explorative Laparotomie, Magen-, Dünndarm- und Dickdarm-Resektion, Notversorgung von Leber- und Milzverletzungen, Appendektomie, Anus praeter-Anlage, Hämorrhoidektomie, periproktitische Abszessspaltung, Fistel- und Fissur-Versorgung</b>	<b>200</b>
25. Konventionelle und laparoskopische Cholezystektomien	25
<b>26. Konventionelle und laparoskopische Hernienoperationen</b>	<b>30</b>
<b>27. Weichteile, Stütz- und Bewegungsapparat</b>	<b>125</b>
• Weichteiloperationen mit und ohne plastische Verfahren	
• septische Weichteiloperationen	
• chirurgische Defektdeckungen, Korrekturen und Aufbautechniken	
• operative Wundversorgung	
• sonstige chirurgische Interventionen am Stütz- und Bewegungsapparat	
• Amputationen	

Und wie ist jetzt die Hernienchirurgie gewichtet?

Gefordert werden für die Absolvierung des Sonderfaches „Allgemein und Viszeralchirurgie“ 25 Herniotomien (s. Tabelle 1).

Betrachtet man die vorangegangenen Versionen mit Ausbildungsbeginn 1. Juni 2015 beziehungsweise 1. Juli 2016, so waren in beiden Versionen noch „30 konventionelle/laparoskopische Hernienoperationen“ gefordert. Noch drastischer fällt die Reduktion auf, wenn man die Ausbildung „NEU“ mit der Ausbildung „ALT“, also jener vor Juni 2015, vergleicht. Hier waren noch 35 Hernienoperationen, 5 Zwerchfellhernien und 15 Eingriffe an der Bauchwand, davon 10 Bauchwandbrüche, gefordert (s. Tabelle 2).

Konkret kam es also durch die Novellierungen zu einer Reduktion der geforderten Anzahl an Hernienoperationen. Steuert man in Österreich also einem internationalen Trend entgegen oder gibt es hierzulande vielleicht gar keinen so großen Bedarf?

Diese Frage haben wir, die Young Surgeons Austria (YSA), uns Ende 2021 gemeinsam mit dem Österreichischen Hernienforum gestellt und eine Online-Umfrage initiiert.

Die Umfrage wurde österreichweit an alle Assistent:innen für Allgemein- und Viszeralchirurgie als auch junge Fachärzt:innen ausgesandt. Die Verteilung der Teilnehmer war sowohl über die Ausbildungsjahre als auch Ausbildungsstätten (Universitätskliniken, Landeskrankenhäuser beziehungsweise Bezirks- und Ordensspitäler) sehr homogen verteilt, wobei eine Frage eindeutig beantwortet wurde.

**Originalfrage: „Im aktuellen Rasterzeugnis Allgemein- und Viszeralchirurgie werden insgesamt 25 Herniotomien benötigt. Was halten Sie von der benötigten Anzahl?“**

Über 80 % der Befragten waren der Meinung, dass 25 zu wenig seien, umso deutlicher auch die Gegenprobe, denn niemand empfand 25 Herniotomien als zu viel.

Das Bedürfnis nach mehr Hernienchirurgie in der Ausbildung unter den jungen Chirurg:innen des Landes zog sich wie ein roter Faden auch durch die weiteren Fragen:

Mehr als 60 % stimmten zu, dass „die Hernienchirurgie in der Ausbildungsordnung unterrepräsentiert“ ist, obwohl diese ein „wichtiger Bestandteil der Allgemein- und Viszeralchirurgie“ ist (95 % Zustimmung).

So kann der zweite Teil der obigen Frage, nämlich ob die in der letzten Novellierung der Ausbildungsordnung reduzierte Abbildung der Hernienchirurgie, darauf zurückzuführen ist, dass es in Österreich vielleicht einfach keinen Bedarf gibt, klar verneint werden. Der Bedarf ist vorhanden.

Bleibt noch zu klären, ob man in Österreich hier vielleicht gar einem internationalen Trend entgegensteuert?

Auf der Suche nach dieser Antwort hilft ein Blick in die europäische Facharztliste der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), also der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (<https://uemssurg.org/>).

Über diese Vereinigung ist es möglich den europäischen Facharzt, Fellow of the European Board of Surgery – F.E.B.S., zu erwerben.

In der bekannten Liste der F.E.B.S. finden sich erstaunlich viele Gemeinsamkeiten zu den im Rahmen der ÄAO NEU etablierten Spezialgebieten in der Ausbildung zum Allgemein- und Viszeralchirurgen.

So werden hier etwa der europäische Facharzt für Koloproktologie, Hepatopankreatikobiliäre Chirurgie, Chirurgische Onkologie, Endokrine Chirurgie, oder Transplantationschirurgie angeführt.

Der internationale Trend der Hernienchirurgie wurde auch in der UEMS erkannt und so reiht sich in die Liste der Europäischen Fachärzte nun seit dem Jahr 2021 auch der F.E.B.S. AWS (Abdominal Wall Surgery) ein.

So bleibt im Umkehrschluss die Frage: „Sollte es ein Spezialgebiet Hernienchirurgie in der SFS-Ausbildung für Allgemein- und Viszeralchirurgie geben?“

Über 50 % Befürwortung in der Umfrage sind es wert zumindest darüber zu reden.

Aber wieder zurück auf die nationale Ebene, denn auch in Österreich bewegt sich gerade großes in der Hernienszene - durch die neugegründete Österreichische Herniengesellschaft (ÖHG). Das primäre Ziel der Gründung besteht darin eine starke Interessensvertretung der Hernienchirurgie in Österreich zu formen. Speziell die Aus- und Weiterbildung ist für die ÖHG ein zentrales Anliegen, das durch die geplante EHS Kombinationsmitgliedschaft eine perfekte Synergie beider Gesellschaften erwarten lässt.

Alle weiteren Informationen unter: [www.oehg.org](http://www.oehg.org), oder direkt unter der Kontaktadresse: [office@oehg.org](mailto:office@oehg.org).

Besonders freuen wir uns, als Young Surgeons Austria in den Vorstand der ÖHG kooperiert worden zu sein und so die Zukunft der Hernienchirurgie in Österreich aktiv mitgestalten zu dürfen.

Als Young Surgeons Austria wollen wir dem Wunsch der jungen Chirurgie in Österreich nach mehr Hernienchirurgie in der Ausbildung nachkommen und widmen unsere diesjährige Young Surgeons Session am Chirurgenkongress in Graz ganz dem topaktuellen Thema Hernien.

Hierfür dürfen wir uns über eine enge Zusammenarbeit mit Vorstandsmitgliedern der ÖHG und spannende Vorträge freuen. □

### YSA-Session am ÖCK 2022

CORONA mortis – und weiteres zur Leistenhernie  
Mittwoch 15.06.2022, 16.30-18.00 Uhr

\* Spezialgebiete ÄAO 2015, Sonderfach Allgemein- und Viszeralchirurgie, 3 der folgenden sechs Spezialgebiete zu wählen: Hepato-Pankreatiko-Biliäre Chirurgie, Unterer Gastrointestinaltrakt und Koloproktologie, Chirurgische Onkologie, Endokrine Chirurgie, Endoskopie und gastrointestinale Funktionsdiagnostik, Transplantationschirurgie  
<https://www.aerztekammer.at/ausbildung-fachaerzte>

**Die Young Surgeons Austria**  
[www.youngsurgeons-austria.at](http://www.youngsurgeons-austria.at)

## KORRESPONDENZ - ADRESSEN



**Dr. Michael de Cillia**  
Barmherzige Brüder  
Krankenhaus Salzburg  
Abteilung für Chirurgie  
Kajetanerplatz 1  
5010 Salzburg  
E-Mail: [michael.de-cillia@youngsurgeons-austria.at](mailto:michael.de-cillia@youngsurgeons-austria.at)



**Dr. Marijana Ninkovic**  
Universitätsklinik Innsbruck  
Viszeral-, Transplantations-  
und Thoraxchirurgie  
Anichstraße 35  
6020 Innsbruck  
E-Mail: [marijana.ninkovic@i-med.ac.at](mailto:marijana.ninkovic@i-med.ac.at)

## Spezialisierung in der Hernienchirurgie - Europäischer Facharzt/Fachärztin für Bauchwandchirurgie (FEBS-AWS)

Autor: R. Fortelny;Wien

Mit der Entwicklung minimal invasiver Techniken, speziell der laparo-endoskopischen Leistenhernienversorgung mittels TAPP und TEP, wie auch der laparoskopischen IPOM in den 90-er Jahren begann eine neue Ära der Hernienchirurgie. Bis zu diesem Zeitpunkt war das Spektrum in der Leistenhernienversorgung auf Bassini, Shouldice und Lichtenstein bzw. Mayo-Plastiken, Onlay-Verfahren von primären und Narbenhernien der Bauchwand beschränkt. Der damals oft geäußerte Terminus „it’s just a hernia“ war bezeichnend für den Stellenwert der Hernienchirurgie in dieser Zeit.

Der Trend bei minimalem Zugangstrauma die bestmögliche Netzverstärkung in der idealen Bauchwandschicht zu erzielen, hat sich seitdem stetig weiterentwickelt. In den letzten Jahren kam es vor allem in der Versorgung von komplexen Bauchwandhernien, wie Mehrfach-Rezidivnarbenhernien, „Loss of Domain“ Hernien und Lumbalhernien zur Entwicklung neuer Techniken, wie MILOS, eMILOS, eTEP bis hin zur robotisch-assistierte Eingriffen. All diese innovativen Methoden setzen nicht nur ein spezifisches anatomisches Wissen voraus, sondern sind nur mit einer Spezialisierung in diesem Fachbereich zu erlernen und zu praktizieren (1).

setzt. Rechnet man die erforderliche Lernkurve der einzelnen Verfahren mit ein, wird die hohe Anforderung an eine fachgerechte Hernienversorgung deutlich.

Aus dieser Betrachtung und den operativ-technischen Entwicklungen der letzten zwei Jahrzehnte ist daher der Schritt zur Spezialisierung in der Hernienchirurgie als konsequenter und absolut erforderlicher Schritt zu sehen.

Prof.Ferdinand Köckerling, bekannt als Verfechter hoher Qualitätsansprüche in der Hernienchirurgie, hat sich über Jahre mit dem Thema einer internationalen

eines Hernienzentrums durch den Konsensus einer Gruppe von Spezialisten der EHS (ACCESS -Group-Hernia; Accreditation and Certification of Centers and Surgeons-Working Group), der 2019 publiziert wurde (3). Der weitere Schritt war für Prof.Köckerling einen internationalen Facharzt für Bauchwandchirurgie als FEBS-AWS (Abdominal Wall Surgery) in der UEMS zu etablieren.

Die UEMS (European Union of Medical Specialists) ist mit 34 Sektionen für verschiedene medizinische Fachgebiete seit Jahren bemüht Standards für eine qualitativ hochwertige medizinische Praxis zu definieren und vertritt 1,6 Millionen FachärztInnen aus



Multiple Choice als Teil der 1. europäischen FachärztInnenprüfung



Mitglieder der Prüfungskommission

Bezieht man sich beispielsweise allein nur auf die Behandlung von Leistenhernien so empfehlen die internationalen Leitlinien der Europäischen Herniengesellschaft (2) ein auf PatientInnen bezogen maßgeschneidertes Vorgehen, das verschiedene operative Techniken, aber zumindest die Beherrschung eines offenen und eines laparo-endoskopischen Verfahrens voraus-

Qualifizierung für den Bereich der Bauchwandchirurgie auseinandergesetzt. Die hernienchirurgische Ausbildung im Rahmen der Allgemein- und Viszeralchirurgie entspricht in den allermeisten europäischen Ländern nicht mehr den heutigen Ansprüchen. Daher erfolgte zunächst auf Initiative von Prof. Köckerling die Definition einer Hernienspezialistin/eines Hernienspezialisten, sowie

der EU und assoziierten Ländern. In der Sektion für Chirurgie der UEMS zusammen mit dem EBS (European Board of Surgery) ist für einige chirurgische Spezialbereiche, wie z.B. dem der Coloproktologie eine internationale Qualifizierung mittels abgelegter Prüfung möglich, die mit der Verleihung des Titels FEBS (Fellow European Board of Surgery) assoziiert ist.



So kam es zur Gründung des „European Board of AWS (EBAWS)“ innerhalb der „Working Group of AWS“, das in enger Kooperation mit dem „European Board of Surgery“ (EBS), der „Section of Surgery“ der UEMS und der Europäischen Herniengesellschaft steht.

Die Mitglieder der EBAWS wurden aus den führenden VertreterInnen der nationalen Organisationen und wissenschaftlichen Gesellschaften für Allgemein Chirurgie der UEMS-Vollmitgliedsländer auf professioneller, wissenschaftlicher und akademischer Basis gewählt.

Das Hauptziel des EBAWS besteht darin, den PatientInnen in den Ländern der Europäischen Union den höchsten Standard der Versorgung auf dem Gebiet der Bauchwandchirurgie zu garantieren, indem sichergestellt wird, dass die Ausbildung der Allgemein ChirurgenInnen auf das höchstmögliche Niveau angehoben und aufrechterhalten wird.

Diese gesetzten Ziele sollen dadurch erreicht werden, indem die von dem EBAWS vorgegeben Standards seitens der Gesundheitsbehörden sowie der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften für Allgemein Chirurgie umgesetzt werden sollen. Die EBAWS ist daher auch für Definition der Inhalte der Ausbildung von Allgemein Chirurgen (Lehrplan, Logbuch) und Standards für Ausbildungsprogramme und Mechanismen für die Aufrechterhaltung dieser Standards künftig verantwortlich.

Schließlich waren diese von Prof. Köckerling initiierten Bemühungen von Erfolg gekrönt und nach 2-jähriger Vorarbeit in enger Kooperation mit der EHS (European Hernia Society) wurde die erste Prüfung zum internationalen Facharzt am 12. Oktober 2021 in Kopenhagen im Rahmen des 43. Jahreskongresses der EHS abgehalten.

Die Voraussetzungen zum Antritt zu dieser Prüfung sind die Absolvierung von zumindest 6 Jahren Praxis in der Allgemein- und Viszeralchirurgie, sowie zusätzliche 2 Jahre im Bereich der Hernienchirurgie nachzuweisen. Neben der Durchführung von zumindest 200 Leisten-, 50 primären Ventralhernien und weiteren 50 Narben- bzw. komplexen Hernien als Erstoperateur, ist der Nachweis von 200 erworbenen CME Punkten, die im wissenschaftlichen Bereich, wie auch im Rahmen von spezifischen Kongressteilnahmen, Vorbereitungskursen der EHS (Fundamentals of AWS (4)), Hernia Basecamp Kursen, Hernien-Workshops, Fellow-ships zu erwerben sind, zur Einreichung für die Prüfung erforderlich. Die Prüfung beinhaltet einen theoretischen Teil im Multiple Choice Format, wie auch einen praktischen Teil (OSCE circuit), der mündlich abzulegen ist (5).

Zum ersten Prüfungstermin in Kopenhagen traten 13 KandidatInnen aus Europa, darunter auch ein österreichischer Kollege, dessen Bericht Sie im Anschluss dieses Artikels finden, erfolgreich an und konnten Ihr Dekret als FEBS-AWS in der Eröffnungssitzung des EHS Kongresses in Kopenhagen entgegennehmen.

Die Schaffung eines internationalen Facharztes für Bauchwandchirurgie ist nicht nur die Anerkennung einer Spezialisierung, sondern auch ein weiterer Meilenstein in der Geschichte der Entwicklung der Hernienchirurgie. Der Anreiz diesen Weg in der Viszeralchirurgie einzuschlagen, wird dadurch attraktiv und lässt auf lange Sicht auch eine Verbesserung der operativen Versorgung erwarten. Die nächste internationale Prüfung zur Erlangung des FEBS-AWS findet am 18. Oktober im Rahmen des 44. EHS Jahreskongresses in Manchester statt (6). □



Überreichung der FEBS-AWS Dekrete durch Prof. Köckerling

## REFERENZEN

1. Köckerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, Friis-Andersen H, Gillion JF, Gorjanc J, Kopelman D, Lopez-Cano M, Morales-Conde S, Österberg J, Reinhold W, Simmermacher RKJ, Smietanski M, Weyhe D, Simons MP. The reality of general surgery training and increased complexity of abdominal wall hernia surgery. *Hernia*. 2019 Dec;23(6):1081-1091. doi: 10.1007/s10029-019-02062-z. Epub 2019 Nov 21. PMID: 31754953; PMCID: PMC6938469.
2. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29330835; PMCID: PMC5809582.
3. Köckerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, Friis-Andersen H, Gillion JF, Gorjanc J, Kopelman D, Lopez-Cano M, Morales-Conde S, Österberg J, Reinhold W, Simmermacher RKJ, Smietanski M, Weyhe D, Simons MP. Accreditation and certification requirements for hernia centers and surgeons: the ACCESS project. *Hernia*. 2019 Apr;23(2):185-203. doi: 10.1007/s10029-018-1873-2. Epub 2019 Jan 23. PMID: 30671899; PMCID: PMC6456484.
4. <https://www.europeanherniasociety.eu/fundamentals-abdominal-wall-surgery-faws-course/>
5. <https://www.europeanherniasociety.eu/uems/diploma-examination>
6. <https://uemssurg.org/working-groups/abdominal-wall-surgery/ebqs-examinations/>

## KORRESPONDENZADRESSE



Univ.-Prof. Dr. René Fortelny  
Confraternität Privatklinik Josefstadt  
dr.fortelny@gmail.com



## U.E.M.S. / European Board of Surgery Qualification Examination Abdominal Wall Surgery – ein Erfahrungsbericht

Autor: T. Kapitanov, Wien

 EHS-AHS Joint Congress Hernia 2021, Kopenhagen, Dänemark

 12.10.2021

Bereits kurz nach Absolvierung der Facharztprüfung für Allgemein- und Viszeralchirurgie wuchs mein besonderes Interesse an der Bauchwand- und Hernienchirurgie. Im Speziellen fasziniert mich die rasante Entwicklung innovativer Operationsverfahren in diesem Teilgebiet. Umso mehr erfreut es mich daher, dass die Hernienchirurgie nun mit der Einführung eines neuen europäischen Facharztstitels (Fellow of the European Board of Surgery, Abdominal Wall Surgery) durch die U.E.M.S. eine Aufwertung erfahren hat.

Über die Websites der European Hernia Society sowie der U.E.M.S. konnte ich mich mit den Teilnahmebedingungen und dem Ablauf der AWS-Diplomprüfung vertraut machen. Bereits die Voraussetzungen zur Prüfungsteilnahme sind sehr umfangreich und anspruchsvoll. Neben einer zumindest zweijährigen, postgraduellen, von zwei unabhängigen Trainern bestätigten Vertiefung in der Hernienchirurgie müssen 300 durchgeführte Eingriffe als Erstoperateur sowie eine Vielzahl an wissenschaftlichen Beiträgen, Publikationen, Kongressteilnahmen und Trainingseinheiten vorgewiesen werden.

Nachdem die von mir eingereichten Unterlagen zur Feststellung der Eignung im September 2021 positiv beurteilt wurden, war die erste Hürde geschafft und die Prüfungsvorbereitung konnte beginnen. Zu den prüfungsrelevanten Unterlagen zählten vorrangig die aktuell publizierten EHS-Leitlinien. Zusätzlich nutzte ich die von der U.E.M.S. empfohlene, frei zugängliche E-Learning-Plattform „Hernia Basecamp educational program“ auf der WebSurg-Website. Diese umfasst im Wesentlichen Videos, Lernmaterial und Publikationen zu den jeweiligen Themenbereichen und fragt anschließend das erlernte Wissen mit exemplarischen Prüfungsfragen ab.

Am 12. Oktober 2021 war es nun an der Zeit, mein Fachwissen unter Beweis zu stellen. Die auf Englisch abgehaltene Prüfung bestand aus einem schriftlichen und einem mündlichen Teil. In einem vierstündigen Zeitfenster von 9:00–13:00 waren 100 Fragen im Multiple Choice-Format zu beantworten. Im Anschluss daran fand eine einstündige Mittagspause zur Regeneration statt, bevor der nicht weniger fordernde, mündliche Teil folgte. In sechs Stationen à **10 Minuten** wurden anhand von komplexen Fallbeispielen Themen wie Prävention, Diagnostik, Indikationsstellung sowie prä- und postoperatives Management von jeweils zwei ausgewiesenen Experten geprüft.

Am Folgetag fand während der Eröffnungsrede des EHS-AHS Hernienkongresses 2021 im Rahmen einer feierlichen Zeremonie die Dekretverleihung an 13 frischgebackene „Fellows of the European Board of Surgery in Abdominal Wall Surgery“ statt.

Zusammenfassend war die Absolvierung der FEBS-AWS-Diplomprüfung eine sehr wertvolle Erfahrung, welche einen großen Meilenstein in meinem beruflichen Werdegang darstellt.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling (Vorsitzender der U.E.M.S. Working Group AWS) und Univ.-Prof. Dr. René H. Fortelny für die Initiierung des neuen europäischen Facharztstitels für Hernienchirurgie (Fellow of the European Board of Surgery, Abdominal Wall Surgery). Einen weiteren Dank möchte ich an Prim. Dr. Peter Razek und Univ.-Prof. Dr. Harald Rosen richten, die mir die Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung in der Bauchwand- und Hernienchirurgie gegeben haben.

### KORRESPONDENZADRESSE



OA Dr. med. univ. Teodor Kapitanov, FEBS AWS  
Klinik Floridsdorf, Abteilung für Allgemein- und  
Viszeralchirurgie  
Brünner Straße 68–70 in 1210 Wien  
E-Mail: teodor.kapitanov@gesundheitsverbund.at  
Telefonnummer: +43 1 277 00 41 32





## Liebe Kolleginnen und Kollegen

Das Jahr 2022 bringt weitreichende Veränderungen in der österreichischen Hernienszene mit sich. Die Arbeitsgemeinschaft für Hernienchirurgie (AHC) wurde ebenso wie das Hernienforum Österreich (HFÖ) aufgelöst. In Zukunft soll ein gemeinsamer Weg beschritten werden, um Synergien zu nutzen, Kompetenzen zu bündeln und Ressourcen noch effizienter einzusetzen. In diesem Sinne wurde die österreichische Herniengesellschaft (ÖHG) als offizielle Fachgesellschaft und Interessensvertretung aller mit Hernienversorgungen betrauten Chirurgen im angestellten und niedergelassenen Bereich in Österreich im Sinne eines gemeinnützigen, nicht gewinnorientierten Vereines in Zusammenarbeit mit der Wiener medizinischen Akademie (WMA) gegründet.

Für Mitglieder besteht das Angebot zur kostenpflichtigen Kombinationsmitgliedschaft mit der EHS (European Hernia Society) mit vielen Vorteilen und einem umfassenden und vielfältigen Angebot. EHS- Guidelines, Registerteilnahme, Klassifikationen, Webinare, Videobibliotheken, Lernmodule zur Vorbereitung für die Prüfung zum europäischen Facharzt für Hernienchirurgie (FEBS AWS), Case discussions, Travel grants, Freier Journalzugang zu Hernia und BJS sind nur einige „features“, die virtuell über die diversen EHS Plattformen abgerufen werden können.

Wir möchten neben der Funktion als „Austrian National Chapter“ der EHS auch versuchen, die internationale Vernetzung zur Deutschen Herniengesellschaft (DHG) und Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Hernienchirurgie (SAHC) unter anderem auch in Form kooptierter Vorstandsmitglieder zu intensivieren, nicht zuletzt mit dem Gedanken, das quantitative Überangebot an hernienchirurgischen Veranstaltungen zu regulieren und zugunsten der Qualität thematisch abzustimmen.

Die Ausrichtung der ÖHG erfolgt wissenschaftlich und edukativ. Neben der Aus- und Weiterbildung (Kooperation mit den Young Surgeons Austria) steht das Kongresswesen im Fokus unserer Tätigkeit. Das bewährte und international bestens etablierte Ausbildungsmodul „Hernia Kompakt“ muss ebenso ein Fixpunkt in der österreichischen Hernienlandschaft bleiben wie die ehemaligen Salzburger und künftig österreichischen „Hernientage“, in deren Rahmen uns Jahr für Jahr zu brandaktuellen Themen neben inländischen Top- Referenten die „creme de la creme“ ausgewählter globaler Experten die Ehre erweist.

Wir bleiben selbstverständlich mit der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (OEGCH) assoziiert und mit dem Präsidenten als ÖHG- Delegierten im OEGCH Vorstand vertreten. Die Herniensitzungen am Österreichischen Chirurgenkongress werden also auch künftig maßgeblich von der ÖHG mitgestaltet.

In diesem Sinne darf ich sie im Namen des ÖHG Vorstandes herzlichst und nachdrücklich zur Mitgliedschaft in unserer motivierten und aktiven Fachgesellschaft einladen, die sie in Kürze unter [office@oehg.org](mailto:office@oehg.org) beantragen können.

### KORRESPONDENZADRESSE



**Prim. Priv.-Doz. Dr. Gernot Köhler MSc, MBA, F.E.B.S**  
 Abteilungsleiter Chirurgie  
 Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH  
 Klinikum Rohrbach  
 Krankenhausstraße 1, 4150 Rohrbach-Berg  
 Tel.: 05 055477-23300  
 mailto: Gernot.Koehler@oehg.at

## Hospitation

# Senior Clinical Fellowship Hepatobiliary Surgery

Liverpool University Hospitals Trust –  
Aintree University Hospital, United Kingdom

Autor: F. Primavesi, Vöcklabruck

### Ort:

Aintree University Hospital, Fazakerley, Liverpool

### Zeitraum:

Oktober 2019 – März 2020

### Schwerpunkt:

Hepatobiliäre Chirurgie (inkl. minimal-invasiver Chirurgie)

### Zu meiner Person:

FA-Ausbildung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Uniklinikum für Chirurgie der PMU Salzburg, danach Oberarzt an der Universitätsklinik für Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der MU Innsbruck (beide unter der Leitung von Prim. Prof. Dr. Öfner). Fellowship für hepatobiliäre Chirurgie in Liverpool, aktuell bereichsleitender Oberarzt für Leber- und Pankreaschirurgie am Salzkammergutklinikum Vöcklabruck (Leitung: Prim. Priv.-Doz. Dr. Stättner). Berufsbegleitendes Doktoratstudiums für medizinische Wissenschaften (PhD) an der MU Innsbruck (Thema: Oxidativer Stress bei Leberresektionen).



Die Liverpool Docks  
(Quelle: Florian Primavesi, zur freien Verfügung)



Bereits während meiner Ausbildung konnte ich im Rahmen von Kongressen Kontakte zur renommierten Hepatobiliary Surgery Unit, Aintree Hospital Liverpool, UK knüpfen. Daraus entstanden nicht nur kollaborative Wissenschaftsprojekte,<sup>1-3</sup> sondern auch der Wunsch einen Aufenthalt in einem spezialisierten Zentrum für Leberchirurgie - im für seine Ausbildungsqualität weltbekannten NHS - zu absolvieren.

Im Herbst 2019 ergab sich dank der Unterstützung durch Prof. Öfner, Doz. Stättner, Prof. Tuchmann und des Hospitationsstipendiums der ÖGC die Gelegenheit dies zu realisieren. Nach Registrierung beim General Medical Council (sozusagen die britische Ärztekammer) mit Einreichung der Ausbildungsdokumente, Leumundzeugnisse und der Sprachkenntnisnachweise war schließlich der Weg frei für ein „Senior Clinical Fellowship“. Es folgte eine simultane Bewerbung sowohl am Royal Free Hospital London als auch am Aintree Hospital Liverpool. Nach Erstreichung an beiden Häusern habe ich mich dann aufgrund der positiven Erfahrungsberichte meiner Vorgänger für Liverpool entschieden. Eine Besonderheit dort ist, dass man als einziger Fellow mit einem Team von meist 2-3 jüngeren Assistenzärzten und nur 4 Consultants (unabhängige Oberärzte) sämtliche Operationen gemeinsam durchführt, wodurch sich naturgemäß eine klinische Exposition

mit hohem operativem „hands-on“-Anteil ergibt.

Die ehemals vom berühmten Prof. Poston (Schüler von Prof. Leslie Blumgard; siehe Fellowship-Report von Prof. Stremitzer 01/2019) aufgebaute North Western Hepatobiliary Unit ist für ein Einzugsgebiet von 1,5 Millionen Einwohner im Nordwesten Englands, Wales und der Isle of Man verantwortlich und operiert jährlich mehr als 300 Patienten mit benignen und malignen Leber- und Gallenwegserkrankungen. Die zusätzliche Spezialisierung auf abdominelle Sarkome sowie Metastasen von neuroendokrinen Tumoren und Aderhaut-Melanomen resultiert zudem in einer Zentralisierung auch in diesen seltenen Entitäten. Hierbei hat jeder Consultant innerhalb des Teams einen eigenen klinisch-wissenschaftlichen Schwerpunkt mit weitbekanntem Renommee: Mr. Stephen Fenwick (ocular melanoma and neuroen-

docrine metastases<sup>4</sup>), Mr. Hassan Malik (hilar cholangiocarcinoma, sarcoma<sup>5-7</sup>), Mr. Rafael Diaz-Nieto (minimally-invasive liver surgery<sup>8</sup>) und Mr. Robert P. Jones (metastatic colorectal cancer<sup>9</sup>, surgical research<sup>10</sup>).

Das Liverpool Fellowship existiert in dieser Form seit >10 Jahren, der internationale Fellow wechselt üblicherweise jährlich und kommt im Schnitt auf ca. 80 Leberresektionen (überwiegend als 1. Operateur) und insgesamt >150 Gesamtoperationen. Aktuell werden ca. 1/3 aller Resektionen minimal-invasiv durchgeführt. So hat man mich vom ersten Tag an als vollwertiges Mitglied im Team durch hochkomplexe Operationen angeleitet, inklusive erweiterter Resektionen bei Klatskin-Tumoren, laparoskopischer Major-Resektionen, Gallengangsrekonstruktionen nach iatrogenen Verletzungen bei Cholezystektomien, Leber-Traumata und Sarkom-Multiviszeralresektionen. Mit fortschreitender Erfahrung

gelangt man schließlich relativ rasch selbst in die Situation, sein Wissen an die jüngeren, englischen Ausbildungsassistenten im Rahmen von Teaching-Operationen weiterzugeben – stets unter der Letztverantwortung der Consultants.

Weitere Aufgaben des Fellows und der Assistenzärzte umfassen neben der täglichen Durchführung der Stationsvisite und der zweimal wöchentlichen Mithilfe in der Spezialambulanz vor allem die Präsentation der Kasuistiken in insgesamt drei wöchentlichen Tumorboards (primary liver tumours; metastatic colorectal Cancer; neuroendocrine tumours), oft mit je 30-40 Patienten. Diese überregionalen Meetings inkludieren eine Videokonferenz mit anderen großen Kliniken in Liverpool: dem Royal Liverpool (Abteilung für Pankreaschirurgie) sowie dem Clatterbridge Cancer Centre (größte Onkologie der Stadt). Die hohen Fallzahlen und die Teilnahme von Experten aller Disziplinen (inklusive Anästhesisten, Lungenchirurgen und Clinical Nurse Specialists) garantieren nicht nur eine fundierte individuelle chirurgische Therapie eines jeden onkologischen Patienten; sie sind für einen Fellow auch eine exzellente Gelegenheit unter Zeitknappheit die relevanten Informationen komplexer Fälle kompakt zu präsentieren und evidenzbasiert zu diskutieren.

Angesichts des Spärzwangs im NHS hat mich vor allem die fachliche Expertise und qualitätvolle Ausbildung von spezialisiertem Pflegepersonal und Medizinern beeindruckt, welche trotz limitierter Ressourcen eine oft herausragende Arbeitseinstellung und Empathie für Patienten beweisen. Der Teamgeist der Unit sucht seinesgleichen, und dies betrifft nicht nur die chirurgischen Kollegen. Die wichtigsten Erkenntnisse über das Wesen einer erfolgreichen leberchirurgischen Abteilung erlangt man in Liverpool insbesondere durch den hohen Grad an gelebter professioneller Interdisziplinarität. So wurde z.B. das perioperative Management in den letzten Jahren standardisiert und verfeinert. Jeder Patient wird von eigens akademisch aus-

gebildetem Pflegepersonal (Clinical Nurse Specialists) im Sinne eines Case Managers vom Erstkontakt bis zur Nachsorge betreut, es besteht eine eigene Prähabilitations-Einheit in Zusammenarbeit mit der Anästhesie, Physiotherapie und Diätologie, wo die Patienten während Ihrer Wartezeit auf die Operation (oft 4-6 Wochen) hinsichtlich Stoffwechsellmängel sowie kardiorespiratorischer Reserve untersucht, optimiert und trainiert werden.<sup>11</sup> Die beteiligten Fachkräfte sind dann nicht nur im Tumorboard zur Entscheidungsfindung eingebunden, sie betreuen die Patienten auch postoperativ. Hierdurch ist die KH-Aufenthaltsdauer deutlich verkürzt und die Mobilisierung, Selbstständigkeit und Zufriedenheit der Patienten ist nicht vergleichbar mit vielen Abteilungen hierzulande.<sup>12, 13</sup>

Neben der klinischen Erfahrung ist auch noch die Möglichkeit zur Durchführung wissenschaftlicher Projekte erwähnenswert, welche z.B. in meinem Fall zu zumindest zwei Publikationen mit Einreichung in hochrangigen Chirurgie-Journalen geführt hat. Zu guter Letzt ist Liverpool eine internationale, dynamische und weltoffene Stadt; wobei sich die Einwohner („Liverpudlians“) aufgrund der Historie (Arbeiter- und Hafenstadt) und Ihrer Verrücktheit für Fußball (Liverpool FC und Everton) und Musik (Beatles und der Merseybeat) eine sympathische Herzlichkeit und Verschobenheit behalten haben.

Die gewonnenen chirurgischen Kenntnisse und die Lebenserfahrung kommen nach meiner Rückkehr unseren österreichischen Patienten zugute und so gilt mein Dank dem gesamten Team der Abteilung in Liverpool für die wahrlich herzliche Aufnahme und den britischen Patienten für die Möglichkeit von Ihnen als Teil des NHS zu lernen. Der ÖGC darf ich vielmals für den finanziellen Support im Rahmen des Hospitationsstipendiums danken. Meine besondere Hochachtung verdient meine wundervolle Frau Kristina, welche seit Jahren meinen beruflichen Werdegang unterstützt und ein stets verständnisvoller Partner auf dieser spannenden Reise bleibt. □

## KORRESPONDENZADRESSE



Ltd. OA Dr. Florian Primavesi  
Salzkammergutklinikum Vöcklabruck  
Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie  
Dr.-Wilhelm-Bock-Straße 1  
A-4840 Vöcklabruck  
E-Mail: florian.primavesi@ooeg.at

## REFERENZEN

1. Caballero C, Burock S, Carrion-Alvarez L, Nilsson H, Ruers T, Senellart P, et al. Building a collaboration to improve surgical research through EORTC/ESSO 1409-CLIMB study: A prospective liver metastasis database with an integrated quality assurance program. *Eur J Surg Oncol* 2019;45: 1870-1875.
2. Gasser E, Braunwarth E, Riedmann M, Cardini B, Fadinger N, Presl J, et al. Primary tumour location affects survival after resection of colorectal liver metastases: A two-institutional cohort study with international validation, systematic meta-analysis and a clinical risk score. *PLoS One* 2019;14: e0217411.
3. Stattner S, Primavesi F, Yip VS, Jones RP, Ofner D, Malik HZ, et al. Evolution of surgical microwave ablation for the treatment of colorectal cancer liver metastasis: review of the literature and a single centre experience. *Surg Today* 2015;45: 407-415.
4. Gomez D, Wetherill C, Cheong J, Jones L, Marshall E, Damato B, et al. The Liverpool uveal melanoma liver metastases pathway: outcome following liver resection. *J Surg Oncol* 2014;109: 542-547.
5. Stremtizer S, Jones RP, Quinn LM, Fenwick SW, Diaz-Nieto R, Poston GJ, et al. Clinical outcome after resection of early-stage hilar cholangiocarcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2019;45: 213-217.
6. Kalaiselvan R, Malik AK, Rao R, Wong K, Ali N, Griffin M, et al. Impact of centralization of services on outcomes in a rare tumour: Retroperitoneal sarcomas. *Eur J Surg Oncol* 2019;45: 249-253.
7. Gomez D, Patel PB, Lacasia-Purroy C, Byrne C, Sturgess RP, Palmer D, et al. Impact of specialized multidisciplinary approach and an integrated pathway on outcomes in hilar cholangiocarcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2014;40: 77-84.



Aintree University Hospital, Liverpool

8. Diaz-Nieto R, Vyas S, Sharma D, Malik H, Fenwick S, Poston G. Robotic Surgery for Malignant Liver Disease: a Systematic Review of Oncological and Surgical Outcomes. *Indian J Surg Oncol* 2020;11: 565-572.
9. Jones RP, Vauthey JN, Adam R, Rees M, Berry D, Jackson R, et al. Effect of specialist decision-making on treatment strategies for colorectal liver metastases. *Br J Surg* 2012;99: 1263-1269.
10. Jones RP, Sutton P, Greensmith RM, Santoyo-Castelazo A, Carr DF, Jenkins R, et al. Hepatic activation of irinotecan predicts tumour response in patients with colorectal liver metastases treated with DEBIRI: exploratory findings from a phase II study. *Cancer Chemother Pharmacol* 2013;72: 359-368.
11. Dunne DF, Jack S, Jones RP, Jones L, Lythgoe DT, Malik HZ, et al. Randomized clinical trial of prehabilitation before planned liver resection. *Br J Surg* 2016;103: 504-512.
12. Yip VS, Dunne DF, Samuels S, Tan CY, Lacasia C, Tang J, et al. Adherence to early mobilisation: Key for successful enhanced recovery after liver resection. *Eur J Surg Oncol* 2016;42: 1561-1567.
13. Dunne DF, Yip VS, Jones RP, McChesney EA, Lythgoe DT, Psarelli EE, et al. Enhanced recovery in the resection of colorectal liver metastases. *J Surg Oncol* 2014;110: 197-202.



## Zwei Jahre als Research Fellow an der Mayo Clinic in Rochester Erfahrungsbericht aus Klinik und Forschung in den USA

Autorin: J. Starlinger, Wien



Ort:

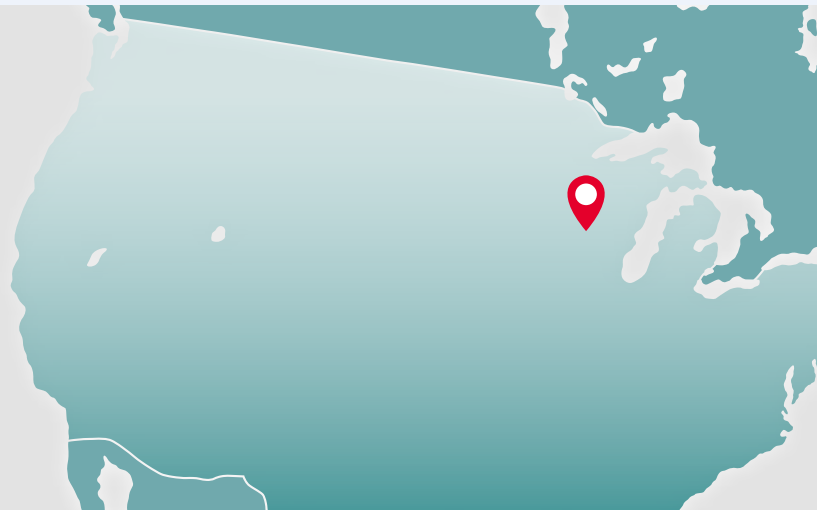
Mayo Clinic, Rochester,  
Minnesota, USA

Zeitraum:

1. August 2019 – 31. Juli 2021

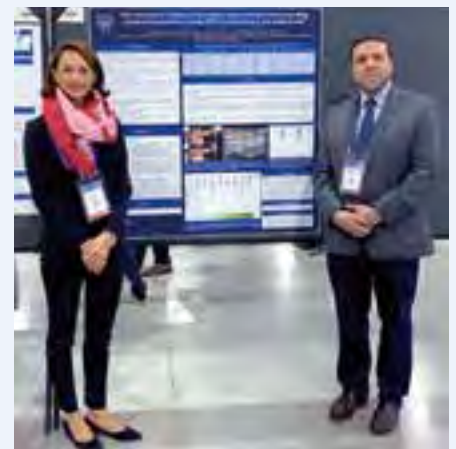
Schwerpunkt:

Orthopädisch-  
traumatologische  
Grundlagenforschung



Bereits im Rahmen meiner Facharztausbildung spielte ich immer wieder mit dem Gedanken mir für die orthopädisch-traumatologische Forschung ganz bewusst für 1-2 Jahre Zeit zu nehmen. Nachdem ich diesen Traum ehrlich gesagt bereits fast ad acta gelegt hatte, ergab sich nun für mich die einzigartige Gelegenheit einen Forschungsaufenthalt im Biomechanik Labor der Mayo Clinic in Rochester, Minnesota antreten zu können. Die konkrete Stelle war im Team von Dr. Peter Amadio, einem erfahrenen Kliniker, erfolgreichen Wissenschaftler und gleichzeitig "Dean of Research". Nach kurzer Rücksprache mit meiner Familie und der Abteilungsleitung war die Entscheidung für mich klar. Mich nun doch Vollzeit in orthopädisch-traumatologische Forschungsthemen vertiefen zu können war eine Gelegenheit die ich nicht ausschlagen konnte und wollte.

Schlussendlich bewarb ich mich also ganz offiziell um die Stelle und nachdem ich die schier unüberwindbare Menge an Bürokratie erledigt hatte konnte ich meine Stelle am 1. August 2019 antreten.



### Wissenschaftliche Projekte

Das Team rund um Dr. Peter Amadio, Dr. Chuangfeng Chao, dem Leiter des Biomechanik Labors und Dr. Anne Gingery, der Molekularbiologin im Team besteht weiters aus zwei administrativen Kräften, zwei Veterinär-Technischen Assistentinnen/lab technicians und 15 research fellows aus den diversesten Herkunftsländern. Besonders beeindruckt hat mich die „Industrialisierung“ der wissenschaftlichen Prozessabläufe und die damit verbundene, massive Entlastung. Die beiden Sekretärinnen kümmern sich dabei nicht nur um

Administratives, sondern insbesondere um die Submission der Manuskripte vom Plagiats Check bis zur Formatierung und die tatsächliche Submission des Manuskriptes. Diesbezüglich wurden einem schon sehr viele "Kleinigkeiten" abgenommen. Die beiden Veterinärtechnischen Assistentinnen kümmern sich um alle Tiere, die in Tierversuchsstudien der Gruppe involviert sind und machen dort die tägliche Visite bzw. die etwaige (Physio-)Therapie der Truthähne, Hunde, Mäuse, und Kaninchen. Darüber hinaus sind sie auf viele Biomechanische Testmaschinen eingeschult und

sorgen so u.a. für einen nahtlosen Übergang bzw. Wissenstransfer zwischen den „outgoing“ und „incoming“ fellows.

Durch dieses kompakte Team war eine rasche Einarbeitung in die Projekte und unmittelbare Integration in das Team problemlos möglich. Die wöchentliche stattfindenden labmeetings mit allen Team Mitgliedern boten die ideale Möglichkeit zum gemeinsamen Brainstorming zu laufenden und neuen Projekten. Es war auch extrem konstruktiv, von Kollegen, welche nicht unmittelbar mit dem Projekt befasst waren,



Collaborator arbeiten ich weiterhin mit dem Team der Mayo Clinic an unseren gemeinsamen Projekten.

Ich kann persönlich jedem zu einem derartigen Aufenthalt raten, da es einen auf allen Ebenen fordert aber auch weiter bringt. Insbesondere der Fokus auf die wissenschaftliche Arbeit, die ansonsten im klinischen Alltag immer etwas zu kurz kommt hat mir wahnsinnig viel Freude bereitet. Natürlich ist das Leben in Rochester völlig anders als in Wien und man vermisst zu Beginn Familie, Freunde und Kollegen, doch die amerikanische Willkommenskultur machte es mir leicht, mich rasch einzuleben, viele interessante Kollegen kennenzulernen und neue Freundschaften zu schließen.

Inputs zu bekommen und vice versa. Vierteljährlich bzw. bei Bedarf standen one-on-one Mitarbeitergespräche am Programm, die zusätzlich zum Fortschritt der Projekte beitragen. Dabei nahm sich Dr. Amadio immer sehr viel Zeit um jedes Projekt im Detail durchzugehen und ev. die Fragestellung oder Techniken zu konkretisieren. Beeindruckt hat mich hier besonders, wie ein eigentlich Kliniker von seinen Tätigkeiten so freigespielt werden konnte, dass er sich wirklich voll und ganz, für die gegebene Zeit, auf das Thema konzentrieren konnte.

Darüber hinaus fanden regelmäßige, interdisziplinäre Arbeitsgruppentreffen zu fachübergreifenden Projekten statt, wobei mich die besondere Begeisterung aller Beteiligten zum Fortschritt des Projektes jedes Mal faszinierte und zusätzlich motivierte.

Eines der großen Projekte, mit denen ich mich gleich zu Beginn auseinandersetzen durfte, basierte auf dem „Rochester Epidemiology Project“ ([www.rochesterproject.org](http://www.rochesterproject.org)), einer überregionalen Datenbank, welche seit 1966 neben den medizinischen Befunden die soziodemographischen Informationen zu beinahe allen Bewohnern des ganzen Bezirks Olmsted County sam-

melt. Derartige Datenbanken bzw. nahezu uneingeschränkte Ressourcen in puncto technischem Support/Statistiker/etc. ermöglichen es einem ab Tag eins in große Projekte und spannende Fragestellungen abzutauchen. Gleichzeitig ist es aber genauso wichtig die Realisierbarkeit und den zeitlichen Rahmen abzustecken um am Ende nicht nur eine spannende Forschungsfrage beantwortet zu haben sondern auch mit Publikationen aufwarten zu können.

Darüber hinaus sind auch Anträge an die Ethikkommission bzw. Förderanträge zu schreiben, die in ihrer Bearbeitung sehr zeitaufwendig sind und mir wohl erst am Ende meines Forschungsaufenthaltes oder sogar erst meinem Nachfolger zu Gute kommen werden. Nichtsdestoweniger konzentrierte Dr. Amadio und ich uns auf verschiedene Projekte – dies führte auch dazu, dass ich die Möglichkeit hatte, diese Arbeiten während meiner Fellowship auf vielen verschiedenen nationalen und internationalen Kongressen in den USA, Europa bzw. virtuell zu präsentieren.

Ob der großartigen Zusammenarbeit vor Ort wird die Kollaboration zwischen Rochester und Wien weiter fortgesetzt: als Research

**In diesem Sinne möchte ich mich ganz herzlich bei der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie für die Unterstützung dieses Aufenthalts bedanken. Eine wirklich einzigartige Erfahrung, von der ich hoffe, dass sie noch viele junge österreichische Chirurgen, mit der Hilfe der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, in dieser Form erleben können.**



## KORRESPONDENZADRESSE



Priv.-Doz. Dr. Julia Starlinger, PhD, LL.M., FEBOT  
 Medizinische Universität Wien  
 Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
 Klinische Abteilung für Unfallchirurgie Währinger  
 Gürtel 18-20, 1090 Wien



## Einladung zur **Vollversammlung**

der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH  
und ihren assoziierten Fachgesellschaften

**Donnerstag, 16.06.2022 - 12:30 – 14:30 Uhr**  
**Raum 1a, Messe Congress Graz**  
**Messeplatz 1, 8010 Graz**



### Tagesordnung

Begrüßung und Eröffnung der Vollversammlung durch den Generalsekretär – *A. Tuchmann*

1. Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Bericht des Präsidenten – *H. Hauser*
3. Bericht des Generalsekretärs – *A. Tuchmann*
4. Bericht des Kassenverwalters – *H. Mächler*
5. Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes
6. Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie – *D. Öfner-Velano*
7. Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees – *H.J. Mischinger*
8. Bericht des Schriftleiters der „European Surgery/ Acta Chirurgica Austriaca“ – *M. Riegler*
9. Bericht Qualitätssicherung – *S. Roka*
10. Wahlen zum Vorstand 2022/23/24
11. Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
12. Aufnahme neuer Mitglieder
13. Billroth-Preis, Wissenschaftspreis, Waclawiczek-Preis (Präsentation durch die Preisträger à 3 min)
14. Vorschau ÖCK2023 – *A. Assadian*
15. Allfälliges

**Laut § 14/Abs.2 der Statuten** kann jedes Mitglied binnen einer Woche nach Empfang der Einladung, unterstützt durch zwei weitere Mitglieder, eine Ergänzung der Tagesordnung fordern.

**Laut § 15/Abs.1** ist zur Fassung gültiger Beschlüsse der Vollversammlung die Anwesenheit von mindestens einem Drittel der ordentlichen Mitglieder und die einfache Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erforderlich.

**Laut § 15/Abs.2** ist bei Statutenänderungen, Verwendung des Vereinsvermögens und Publikationen die Anwesenheit von zwei Dritteln der ordentlichen Mitglieder und die Zweidrittelmehrheit der gültig abgegebenen Stimmen notwendig.

**Laut § 15/Abs.4** erfolgen alle Abstimmungen offen, sofern nicht die Satzung anderes bestimmt oder fünf ordentliche Mitglieder geheime Abstimmung fordern.

**Ist die Vollversammlung zur festgesetzten Stunde nicht beschlussfähig, so findet 15 Minuten später eine Vollversammlung mit derselben Tagesordnung statt, die ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitglieder beschlussfähig ist (Statuten § 15/Abs.2).**

Zur Teilnahme an Abstimmungen ist der Nachweis der Mitgliedschaft erforderlich (Mitgliedschaftsbestätigung = Beitragsvorschreibung 2022)

WIR BITTEN UM ZAHLREICHE TEILNAHME!

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

**Prim. Univ.-Prof. Dr. H. Hauser**  
Präsident ÖGCH



**Vienna, Austria**  
**15-18 August 2022**



49th World Congress of the International Society of Surgery ISS/SIC

# International Surgical Week

The World's Congress of **Surgery**

[isw2022.org](http://isw2022.org)



**Congress President:**  
John G. Hunter, USA

**National Congress President:**  
Albert Tuchmann, Austria

**International Society of Surgery ISS / SIC**  
and its Integrated Societies

IAES - International Association of Endocrine Surgeons

IATSIC - International Association for Trauma Surgery and Intensive Care

IASMEN - International Association for Surgical Metabolism and Nutrition

BSI - Breast Surgery International

ISDS - International Society for Digestive Surgery

ASAP - Alliance for Surgery and Anesthesia Presence

**Abstract Deadline**  
**28 February 2022**

[surgery@iss-sic.com](mailto:surgery@iss-sic.com)

[isw2022.org](http://isw2022.org)



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

15. bis 17. Juni 2022

### 63. Österreichischer Chirurgenkongress (ÖGCH-Jahrestagung)

Ort: Graz, Messe Congress Graz  
Kongresspräsident: Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Hubert Hauser  
Info: con:concept e.u Kongressmanagement  
Tel: +43 676 6039928  
E-Mail: b.kamoluz@conconcept.at  
Info: <https://www.chirurgenkongress.at/63/>

15. bis 18. August 2022

### International Surgical Week ISW 2022

Ort: Wien  
Info: <https://www.isw2022.org/>

06. bis 08. Oktober 2022

### 38. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO) und Tagung der AMI

Thema: Minimalinvasive Onkologische Chirurgie  
Ort: St. Wolfgang  
Info: <https://www.aco-asso.at>

06. bis 08. Oktober 2022

### 56. ÖGU & 3. ÖGOUt Jahrestagung

Thema: Traumatologie und Orthopädie der Hüfte  
Ort: Salzburg  
Info: <https://www.unfallchirurgen.at/veranstaltungen/oegu-jahrestagung/>

10. bis 11. November 2022

### 21. Österreichischer Chirurgentag

#### 12. November 2022

11. Forum Niedergelassener Chirurgen  
Ort: Baden, Congress Centrum Baden  
Kongresspräsident: Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka  
Tel: +43 1 4051383 18  
E-Mail: [chirurgentag@boec.at](mailto:chirurgentag@boec.at)  
Info: [www.boec.at](http://www.boec.at)

## Sonstige Veranstaltungen

02. bis 03. Juni 2022

### 109. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie

Ort: Bern  
Info: <https://www.chirurgiekongress.ch/de/>

09. bis 10. Juni 2022

### 5. Chirurgisch-Anatomisches Herniensymposium

Ort: Innsbruck  
Info: <https://www.congressinfo.net/mobile/details.php?cong=339&lang=>

10. bis 11. Juni 2022

### Endoskopie live

Ort: Berlin  
Info: [www.endoskopie-live-berlin.de](http://www.endoskopie-live-berlin.de)

11. Juni 2022

### 18. Interdisziplinäre Update – GI-Oncology 2022

Ort: Wiesbaden  
Info: <https://www.gi-oncology.de/>

23. bis 25. Juni 2022

### 30. Osteoporoseforum

Ort: St. Wolfgang  
Info: [www.oegkm.at/osteoporoseforum/](http://www.oegkm.at/osteoporoseforum/)

24. bis 25. Juni 2022

### 46. Jahrestagung/Convegno annuale der TVL

Ort: San Bonifacio  
Info: <https://tvl.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=index>

30. June bis 2. July 2022

### 22<sup>nd</sup> Annual Meeting of the European Venous Forum

Ort: Venice  
Info: [www.europeanvenousforum.org](http://www.europeanvenousforum.org)

01. bis 02. Juli 2022

### Angiologische Sommerakademie

Ort: Wien  
Info: [www.vascular-summer-academy.info/vasc/](http://www.vascular-summer-academy.info/vasc/)

20. bis 22. Juli 2022

### 99. Jahrestagung der Vereinigung Bayerischer Chirurgen e.V. mit Pflegekongress

Ort: Passau  
Info: <https://vbc-jahrestagung.de/>

01. bis 02. September 2022

### 5<sup>th</sup> Swiss Hernia Days

Ort: Basel  
Info: [www.swissherniadays.com](http://www.swissherniadays.com)

01. bis 02. September 2022

### Gastro Tage 2022 am Rhein

Ort: Gürzenich Köln  
Info: [www.gastrotage-am-rhein.de](http://www.gastrotage-am-rhein.de)

03. bis 08. September 2022

### 39<sup>th</sup> International Gastrointestinal Surgery Workshop

Ort: Davos  
Info: [www.davoscourse.ch](http://www.davoscourse.ch)

08. bis 10. September 2022

### London Breast Meeting 2022

Ort: London  
Info: [www.londonbreastmeeting.com](http://www.londonbreastmeeting.com)

12. bis 17. September 2022

### Viszeralmedizin 2022

Ort: Hamburg  
Info: [www.viszeralmedizin.com](http://www.viszeralmedizin.com)

22. bis 24. September 2022

### Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Senologie

Ort: Innsbruck  
Info: <https://senologie.at/jahrestagung-2022/>

23. bis 25. September 2022

### 28. Wissenschaftlicher Kongress der Österreichischen Schmerzgesellschaft

Ort: Villach  
Info: [www.oesg-kongress.at/web/](http://www.oesg-kongress.at/web/)

30. September bis 1. Oktober 2022

### Symposium: Herausforderungen in der Herzchirurgie: Endokarditis und Kreislaufersatz

Ort: Gössing  
Info: <https://registration.maw.co.at/kardiogoessing22>

03. Oktober 2022

**Obesity Day 2022**

Ort: Innsbruck

Info: <https://www.chirurgie-innsbruck.at//de/kongresse>

06. bis 07. Oktober 2022

**109. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen**

Ort: Koblenz

Info: [www.der-mittelrheiner.de](http://www.der-mittelrheiner.de)

14. Oktober 2022

**3. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Roboterchirurgie**

Ort: Wien

Info: [roboterchirurgie.at/anmeldung](http://roboterchirurgie.at/anmeldung)

16. bis 20. Oktober 2022

**ACS Clinical Congress**

Ort: San Diego

Info: [www.facs.org](http://www.facs.org)

17. bis 19. Oktober 2022

**34<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Musculo-Skeletal Oncology Society**

Ort: London

Info: <https://www.emsos.org/>

19. bis 21. Oktober 2022

**Eurospine 2020**

Ort: Mailand

Info: [www.eurospine.org](http://www.eurospine.org)

20. Oktober 2022

**15. onko gipfeltreffen**

Ort: Innsbruck

Info: <https://www.chirurgie-innsbruck.at//de/kongresse>

25. bis 28. Oktober 2022

**Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie**

Ort: Berlin

Info: <https://dkou.org/termine/>

29. November bis 1. Dezember 2022

**European Colorectal Congress**

Ort: St. Gallen, Schweiz

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

# Impressum

## CHIRURGIE

Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

## HERAUSGEBER



Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)



Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

## CHEFREDAKTEUR

Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian Roka

## STV. CHEFREDAKTEUR

Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann

## REDAKTION

BÖC Geschäftsstelle:  
Catherine Tomek

## REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG

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

## REDAKTIONSTEAM

Dr. Michael de Cillia  
KH der Barmherzigen Brüder Salzburg

Priv. Doz. Dr. Georg Györi  
Medizinische Universität Wien

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

Dr. Elisabeth Gschwandtner  
Medizinische Universität Graz

OA Priv.-Doz. Dr. Christian Hollinsky  
SMZ Floridsdorf, Wien

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

Prim. Priv.-Doz. Dr. Sebastian Roka  
Hanusch-Krankenhaus, Wien

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

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

Priv.-Doz. Dr. Stefan Stättner  
Medizinische Universität Innsbruck

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

OA Dr. Karl-Franz Wolllein  
Evangelisches Krankenhaus Wien

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

## BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT

WMA:  
Wiener Medizinische Akademie GmbH  
Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 0  
Fax: +43-(0)1-407 82 74  
URL: <https://www.wma.co.at>



## GRAFIK

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



## DRUCK

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



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

Bild Titelseite, S. 17, S. 18, S. 24:  
shutterstock; S. 14: Adobe Stock



Gedruckt nach der Richtlinie des Österreichischen Umweltzeichens „Druckerzeugnisse“

### 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	sebastian.roka@oegk.at
Vizepräsident	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@kepleruniklinikum.at
Generalsekretär und Schriftführer	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
Finanzreferent	C. Ausch, Wien	christoph.ausch@khgh.at
Leiter der BÖC Akademie	G. Györi, Wien	georg.gyoeri@meduniwien.ac.at
Referent für NL Chirurgen	K. Wollein, Wien	e.wollein@ekhwien.at

### Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

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

Vorstand 2021/22		
Präsident	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Past President	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
President Elect	A. Assadian, Wien	afshin_assadian@yahoo.de
Generalsekretär	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
Kongresssekretäre	R. Hammer, Graz F. Dreier, Graz	robert.hammer@kages.at felix.dreier@kages.at
1. Kassenverwalter	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
2. Kassenverwalter	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Vorsitz Aktionskomitee	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Schriftleiter „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca	M. Riegler, Wien	martin.riegler@refluxordination.at
Vertreter Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Bundesfachgruppenobmann Chirurgie der Österr. Ärztekammer	G. Wolf, Graz	gerhard.wolf@medunigraz.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Wien	G. Laufer, Wien	guenther.laufer@meduniwien.ac.at
Vertreter Professorenkurie der chirurgischen Universitätskliniken des Departments für Operative Medizin, Med. Universität Innsbruck	S. Schneeberger, Innsbruck	stefan.schneeberger@i-med.ac.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Graz	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Vertreter der chirurgischen Abteilungsleiter von Zentralkrankenhäusern für Maximalversorgung sowie weiterer (Privat)Universitäten	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern	R. Függer, Linz	reinhold.fuegger@elisabethinen.or.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	Th. Bachleitner-Hofmann, Wien	thomas.bachleitner-hofmann@meduniwien.ac.at
Vertreter des Mittelbaus von chirurgischen Krankenhausabteilungen	Z. Sow, Wien	zacaria.sow@gesundheitsverbund.at
Vertreterin der in Ausbildung stehenden Ärzte*innen im Fachbereich Chirurgie	I. Mühlbacher, Salzburg	i.muehlbacher@salk.at



<b>Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2021/22</b>		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE)	P. Riss, Wien	philipp.riss@meduniwien.ac.at
ARGE für Coloproctologie (ACP)	F. Aigner, Graz	felix.aigner@bbgraz.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	sebastian.roka@oegk.at
ARGE Niedergelassene Chirurg*innen	A. Weiser, Wien K. Tonniger-Bahadori	dr.weiser@medico-chirurgicum.at kb@tonninger.com
Ges. der Chirurgen in Wien	C. Scheuba, Wien	christian.scheuba@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	P. Beckerhinn, Hollabrunn	chirurgie@beckerhinn.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	K. Bergmeister, Wien	konstantin.bergmeister@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	S. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	F. Schmöller, Amstetten	friedrich.schmoeller@amstetten.lkoe.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖGH)	W. Lick-Schiffer, Stolzalpe	walpurga.lick-schiffer@kages.at
Österr. Ges. f. Hernienchirurgie (ÖHG)	G. Köhler, Rohrbach-Berg	gernot.koehler@ooeg.at
Österr. Ges. f. Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	F. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)	W. Millesi, Wien	werner.millesi@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie	J. Schalamon, Graz	johannes.schalamon@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie	M. Hermann, Wien	michael.hermann@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC)	J. Burtscher, Wiener Neustadt	johannes.burtscher@wienerneustadt.lknoe.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	C. Chiari, Wien	catharina.chiari@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	V. Smekal, Klagenfurt	vinzenz.smekal@auva.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	L.-P. Kamolz, Graz	lars.kamolz@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	B. Dauser, Wien	b.dauser@bbwien.at
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	G. Lang, Wien	gyoergy.lang@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	Ch. Holzinger, St. Pölten	christoph.holzinger@stpoelten.lknoe.at
Österr. Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU)	V. Smekal, Klagenfurt	vinzenz.smekal@auva.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	K. Sarahudi, Wiener Neustadt	kambiz.sarahudi@gmail.com
Vertreter*in der Senator*innen	F. Smolle-Jüttner, Graz R. Roka, Wien	freyja.smolle@medunigraz.at rudolf.roka@speed.at
Governor der österreich.-ungarischen Sektion des American College of Surgeons (ACS)	M. Gnant, Wien	mgnant@icloud.com
<b>Kooptierte Vorstandsmitglieder</b>		
UEMS	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
<b>Vertreter der Industrie</b>		
Branchensprecher Industrie	G. Juffinger, Wien	gjuffinger@its.jnj.com
Johnson & Johnson Medical Products GmbH	M. Obermayr, Wien	mobermayr@its.jnj.com
Medtronic Österreich GmbH	W. Deutschmann, Wien	wolfgang.deutschmann@medtronic.com

# öck



## 64. ÖSTERREICHISCHER CHIRURGENKONGRESS

Gemeinsam mit der 55. Jahrestagung  
der Österreichischen Gesellschaft  
für Gefäßchirurgie

14.-16. Juni 2023, Salzburg  
[www.chirurgenkongress.at/64](http://www.chirurgenkongress.at/64)

**Standards**  
**Training**  
**Visionen**