

# Chirurgie

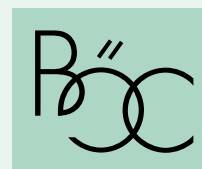
Mitteilungen des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen (BÖC)  
und der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)



**Anastomosenkomplikationen im unteren Gastrointestinaltrakt**

**Immunhyperthyreose Typ Basedow**

**Neuroendokrine Tumore**



# Schwert und Schild für Ihre Sicherheit!

“Ärzte brauchen eine fundierte und leistungsfähige Absicherung in Form einer Rechtsschutz- und Haftpflichtversicherung. Dabei versteht sich die Rechtsschutzversicherung als Schwert und die Haftpflichtversicherung als Schild - und nur beides sorgt für Sicherheit!”

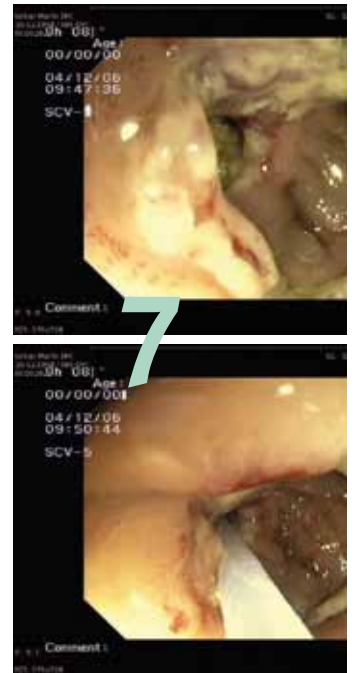
*Mag. jur. Stefano Lenz  
Rechtsexperte*

**ärzteservice**  
Dienstleistung GmbH

Weitere Informationen unter:  
Mag. jur. Stefano Lenz  
Telefon-Nr.: 01 402 68 34 - 41  
Mail: [s.lenz@aerzteservice.com](mailto:s.lenz@aerzteservice.com)  
Web: [www.aerzteservice.com](http://www.aerzteservice.com)



- 4 Editorials**
- 5 Leserbrief: Impedanz-Manometrie der Speiseröhre**  
*Autor: Prof. Dr. med. R. Reding*
- 7 Management von Anastomosenkomplikationen im unteren Gastrointestinaltrakt**  
*Autor: J. Tschmelitsch (St. Veit/Glan)*
- 10 Immunhyperthyreose Typ Basedow: Wann müssen wir operieren?**  
*Autor: G. Wolf (Graz)*
- 12 Österreichischer Chirurgetag**
- 14 Bericht der Bundesfachgruppe Chirurgie**  
*Autor: R. Bauer (Wien)*
- 16 Jeder Chirurg braucht eine ruhige Hand und eine Rechtsschutzversicherung**  
*BÖC im Gespräch mit Mag. Stefano Lenz, Rechtsexperte, ÄrzteService Dienstleistung GmbH*
- 18 Spezialisierung Handchirurgie**  
*Autoren: Dr. Stefan Kastner, Dr. Walter Brunner (Salzburg)*
- 19 Ius Migrandi**  
*Autoren: Dr. Stefan Kastner, Dr. Walter Brunner*
- 22 Diagnostik und Therapie gastroenteropankreatischer neuroendokriner Tumore**  
*Autor: K. Kaczirek (Wien)*



## BÖC-Akademie

- 20 Veranstaltungen der BÖC-Akademie**

## Service

- 25 Terminkalender**

## ÖGC

- 29 ÖGC-Aktuell**
- 29 51. Österreichischer Chirurgenkongress**
- 30 Ausschreibung Forschungsstipendien der ÖGC**
- 31 Ausschreibung Hospitationsstipendien der ÖGC**
- 32 Brustkrebsbehandlung in Österreich – Geschäftsordnung Österreichische Zertifizierungskommission „OEZKO“**
- 35 Ihre Ansprechpartner**

## Impressum

### CHIRURGIE

Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

### Herausgeber:

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC), Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC).

### Chefredakteur:

Ao. Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka

### Redaktion:

Univ. Prof. Dr. Ferdinand Mühlbacher, ao.  
Univ. Prof. Dr. Rudolf Roka, ao. Univ. Prof. Dr. Andreas Salat,  
BÖC Sekretariat/Mag. Katharina Moser

### Redaktionsanschrift und Anzeigenwerbung

Berufsverband Österreichischer Chirurgen  
Zeitschrift „Chirurgie“  
c/o vereint:  
Vereins- und Konferenzmanagement GmbH  
A-1020 Wien Hollandstraße 14  
Tel: +43-(0)1-533 35 42  
Fax: +43-(0)1-533 35 42-19  
E-mail: chirurgie@aon.at

### Layout und Produktion:

Grafikstudio Sacher GmbH, 1130 Wien

### Wissenschaftlicher Beirat:

Univ.-Prof. Dr. F. Aigner, Universitätsklinik für Allgemein- und Transplantationschirurgie, Innsbruck  
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil, Evangelisches Krankenhaus, Wien  
OA Dr. René Fortelny, Wilhelminenspital Wien  
Univ.-Prof. Dr. Heinrich Magometschnigg, Landeskrankenhaus Salzburg  
Univ.-Prof. Dr. F. Herbst, KH der Barmherzigen Brüder, Wien  
Univ. Doz. Dr. Peter Hollaus, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Wien  
Dr. Gerald Humpel, Donauklinikum Tulln  
Univ.-Prof. Dr. R. Jakesz, Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie, Wien

Univ. Prof. Dr. R. Kotz, Wiener Privatklinik  
Univ. Prof. Dr. R. Margreiter, emeritiert, (? Reinfeld)  
Univ.-Prof. Dr. J. Pfeifer, Universitätsklinik für Chirurgie, Graz  
Univ.-Prof. Dr. Johannes Poigenfürst, Wien. Univ.-  
Prof. Dr. P. Polterauer, Universitätsklinik für Chirurgie, Wien  
Prim. Univ.-Prof. Dr. R. Roka, Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien  
Dr. Werner Seidl, Wiener Neustadt  
Prim. i. R. Dr. Franz Stöger, Tulln  
Univ.-Prof. Dr. K. Tscheliessnigg, Universitätsklinik für Transplantationschirurgie, Graz  
Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Vilmos Vecsei, Universitätsklinik für Unfallchirurgie, Wien  
Univ. Prof. Dr. R. Windhager, Universitätsklinik für Orthopädie, Wien



### Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Nach 10 Jahren findet der diesjährige Chirurgenkongress wieder in Linz statt. Das Organisationsteam unter der Leitung von Ferdinand Mühlbacher hat eine große Anzahl aktueller und interessanter Themen vorbereitet und wir dürfen uns auf spannende und informative Sitzungen freuen. „Im Mittelpunkt der Mensch“ ist das Motto und es ist nicht nur dem Patienten, sondern auch uns selbst gewidmet – außerordentlich verdienstvoll in Zeiten mit beträchtlichen standespolitischen Fragen und Problemen, wie beispielsweise zuletzt mit dem Versuch chirurgische Kernkompetenz in der Behandlung krebserkrankter Patienten in Frage zu stellen.

Wir werden versuchen in der nächsten Ausgabe das Wesentliche in reflektierter Form zusammenzustellen, mit dem Augenmerk auf Sorgen und Erwartungen vor allem jüngerer KollegInnen und hoffentlich auch praktikablen Lösungen in vielen Bereichen.

**Ao. Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka**

Präsident BÖC  
Hollandstrasse 14  
A-1020 Wien  
Tel.: +43(0)1-5333542  
Fax: +43(0)1-5333542-19  
E-Mail: [chirurgie@aon.at](mailto:chirurgie@aon.at)  
URL: [www.boec.at](http://www.boec.at)

**Prim. Univ. Prof. Dr. Rudolf Roka**

Generalsekretär ÖGC  
Frankgasse 8, Billroth-Haus,  
A-1096 Wien, Pf. 80  
Tel.: +43(0)1-4087920  
Fax: +43(0)1-4081328  
E-Mail: [chirurgie@billrothhaus.at](mailto:chirurgie@billrothhaus.at)  
URL: [www.chirurgie-ges.at](http://www.chirurgie-ges.at)  
URL: [www.chirurgenkongress.at](http://www.chirurgenkongress.at)

# Leserbrief

## Impedanz-Manometrie der Speiseröhre Ergänzende morphologische Anmerkungen zum Beitrag von J. Lenglinger in Chirurgie 4/2009.

Im Beitrag von Lenglinger (2009) in diesen Mitteilungen „Chiurgie“ wurden die Funktionsabläufe im unteren Oesophagussphinkter (Kardia) beschrieben. Mit der manometrischen Untersuchung erhält man Informationen über Lage und Funktion des unteren Ösophagussphinkter (UÖS) bzw. Kardias. Aus den Untersuchungen ist auch abzuleiten, dass Kontraktionen des Zwerchfells und damit der Zwerchfellzwinde den unteren Ösophagussphinkter nicht tangieren. Die ungestörte Funktion der Kardias /UÖS ist mit an die Lokalisation und elastischer Aufhängung im Hiatus oesophageus gebunden. Eine Dislokation, wie zum Beispiel das thorakale Hochwandern (Hiatushernie) geht teilweise mit einem Funktionsverlust (Inkontinenz) einher. Daraus resultieren unterschiedliche Krankheitsbilder (Refluxkrankheit, GERD), die durch den gastro-oesophagealen Reflux ausgelöst werden können.

Nach Durchsicht der umfangreichen Literatur zu morphologischen Strukturen des unteren Oesophagus werden im deutschsprachigen Schrifttum, besonders in den umfassenden von Siewert (1981, 1981, 1992), immer nur die Arbeiten von Stelzner und Lierse (1968/1978) zitiert, wonach der angiomuskuläre Dehnungsverschluss durch ein apolares Schraubenmodell der Muskelfasern der Speiseröhre realisiert werde. Dabei vermisst man Hinweise über den Einbau der Kardias im Hiatus oesophageus.

Bei umfangreichen morphologischen Untersuchungen (Reding, 1965) u.a. auch mithilfe der Polarisationsoptik (Abb. 1) wurde eine gitterartige Anordnung der Muskulatur im unteren oesophagealen Verschlusssegment gefunden, das durch die elastisch-muskuläre Aufhängung der Kardias im Hiatus oesophageus eine Einheit bildet und damit ihre ungestörte Funktion ermöglicht. Abflachung des Muskelgitters führt zur Verkürzung und damit zur Öffnung der Ösophagus-segments, Aufstellen des Gitters dagegen zur Streckung und Verschluss (Abb. 2).

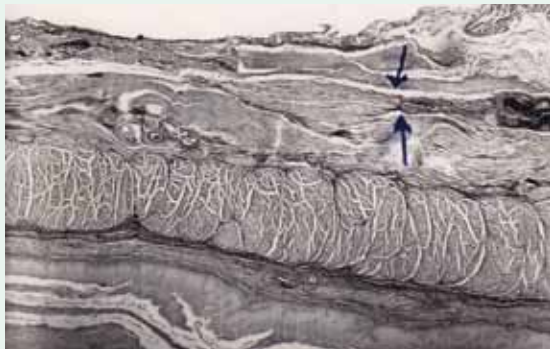


Abb.: 1



Abb.: 2

**Abbildungshinweise:**

Abb.1 : Scherengitterförmig angeordnete Ösophagusmuskulatur im unteren Segment (Kardia).

Polarisationsaufnahme. Vergr. 43 –fach

Abb.2: Schema: Öffnung (a) und Verschluss (b) der Kardias durch Aufstellung und Abflachung des Scherengitters bei elastisch-muskulärer Aufhängung im Hiatus oesophageus.

Abb.3: Elastische Sehne der Ösophagusmuskulatur. Resorzin-Färbung. Verg. 172 –fach

\*Anmerkung: Abb. 1 ist die ursprüngliche Abb.6 und Abb.2 die ursprüngliche Abb.5. und die Abb.3 ist frühere Abb. 2.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. R. Reding

Im Wiesengrund 12 b

D-31542 Bad Nenndorf

E-Mail: richardreding@arcor.de

Elastische Fasern gehen von der glatten Muskulatur des Ösophagus in die quergestreifte des Zwerchfells über und bilden ein Flechtwerk, das den Hauptbestandteil des Ligamentum phreno-oesophageale ausmacht (Abb.3). Biorheutische Veränderungen, insbesondere fettige Degeneration führen u.a. zum Elastizitätsverlust der Membran mit all den bekannten funktionellen Nachteilen.

Der scherengitterartige Verlauf der Muskulatur im unteren Ösophagussegment und seine elastisch-muskuläre Aufhängung wird durch Funktionsuntersuchungen bestätigt.

\*Literatur auf Anforderung beim Autor.

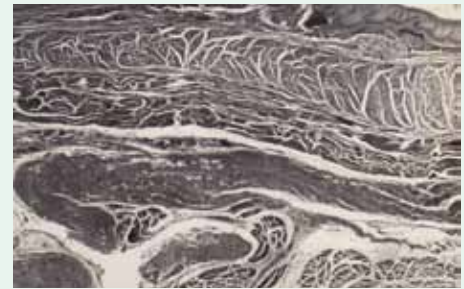


Abb.: 3



Abb.: 4



Abb.: 5

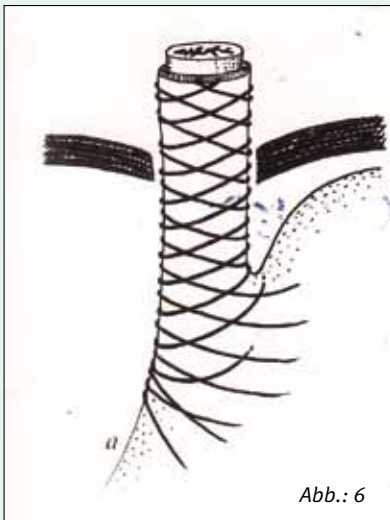


Abb.: 6

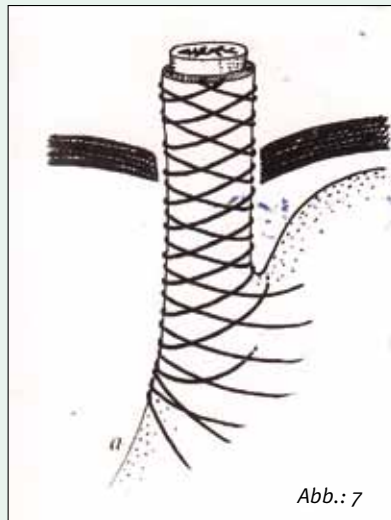


Abb.: 7

## GOING INTERNATIONAL Karriere auf Kurs!

**Kurskatalog »medicine & health« 2010**  
Gesamtausgabe

Für Sie recherchiert:  
2500 Kurse, Lehrgänge und Kongresse in Abstrakt-Form ...  
gut vergleichbar – schnelle Orientierung  
750 Veranstalter und Institutionen für höhere Bildung weltweit  
Für den Zeitraum Oktober 2009 bis Juli 2011 Preis: € 37,15\*

**Neu: Themenausgaben zu »medicine & health 2010«**  
mit Kursen, Lehrgängen und Kongressen zu den folgenden Themen:

KH-Management, Information und Kommunikation (I), Humanitäre Hilfe und Internationale  
Zusammenarbeit (II + III), Medizin Interdisziplinär (IV), Medizinische Fachdisziplinen (V),  
Public Health (VI), Forschung und Wissenschaftlich Fundiertes Handeln (VII) Preis: € 9,90 bis 12,10\*

20. Ausgabe  
**JETZT  
NEU!**



\*) exkl. Porto und Versand

**ONLINE BESTELLEN:** [www.goinginternational.org](http://www.goinginternational.org)

# Management von Anastomosenkomplikationen im unteren Gastrointestinaltrakt

Autor: J. Tschmelitsch, St. Veit/Glan

## Einleitung:

Eine Anastomoseninsuffizienz nach kolorektalen Resektionen ist die vom Operateur (und daher auch vom Patienten) am meisten gefürchtete chirurgische Komplikation. Die Leckage vor allem von tiefen kolorektalen Anastomosen mit dadurch verursachter Peritonitis geht mit einer Letalität von bis zu 50% einher. Selbst wenn die Patienten diese unmittelbare Katastrophe überleben, haben sie mit zahlreichen Langzeitfolgen zu rechnen. Wie in der Literatur mehrfach beschrieben folgen erhöhte Lokalrezidivraten, erhöhte permanente Stomaratens, signifikant eingeschränkte Kontinenzleistung, Anastomosenstenosen mit wiederholten Bougierungen etc.

Es ist daher entscheidend bereits im Rahmen der Erstoperation das Risiko für Anastomoseninsuffizienzen so gering wie möglich zu halten. Dafür ist die Vorbereitung und Technik der Anastomosenanlage wesentlich. Während es bisher keine größere prospektiv randomisierte Studie gibt die einen Vorteil für eine bestimmte Anastomosenanlage (händisch oder maschinell, bei Handanastomosen: einreihig – zweireihig, Einzelknopf – fortlaufend, etc) zeigt, ist unbestritten dass die seit jeher propagierten Kriterien, der gut durchbluteten und spannungsfreien Anastomose den höchsten Stellenwert haben. Es ist daher absolut notwendig die Mobilisierung der Darmenden solange zu betreiben bis diese Voraussetzungen gegeben sind. Kompromisse aus welchen Gründen auch immer (Zeitmangel, technische Schwächen, fehlende Übersicht, falscher Optimismus...) werden in einem hohen Prozentsatz in einer Katastrophe für den Patienten und den Operateur enden.

Trotz sorgfältiger und technisch einwandfreier anastomosierung werden sich nicht alle Leckagen verhindern lassen. Die Raten können sich bei 0.5 – 1% nach Kolonresektionen und 5 – 15% bei tiefen Rektumresektionen bewegen. An unserer Abteilung liegt die Insuffizienzrate nach TME bei 10% und ist in einer multivariaten Analyse beeinflusst von Tumorrhöhe (letztes Drittel), Tumorgöße (über 5 cm) und der Anlage eines protektiven Stomas. Das Risiko für Leckagen nach TME bei großen, tief gelegenen Tumoren liegt in unseren Händen ohne protektiven Stoma bei 19% und mit Stoma bei 8%.

Wenn eine Insuffizienz auftritt sind die entscheidenden Faktoren die rechtzeitige Diag-

nose sowie ein abgestuftes Komplikationsmanagement abhängig von der Art der Insuffizienz sowie dem Allgemeinzustand, Komorbiditäten und Alter der Patienten.

## Diagnostik:

Nach kolorektalen Resektionen ist im Allgemeinen ein schneller und unkomplizierter Verlauf zu erwarten. Gerade mit den neuen „fast track“ Regimen können Patienten am 1. postoperativen Tag mobilisiert und ernährt werden. Alles was diesen „normalen“ Verlauf unterbricht ist primär als chirurgische Komplikation und daher Anastomosenleckage zu verdächtigen bis das Gegenteil bewiesen ist. Kardiale-, Kreislauf und Beatmungsprobleme sind oft die ersten Anzeichen der erfolgten Insuffizienz. Tachykardien, Vorhofflimmern, Reintubationen, verlängerte oder wieder einsetzende Katecholaminpflichtigkeit sind starke Hinweise auf eine Anastomosenproblematik. Hier ist eine enge Zusammenarbeit und Vertrauen in den Intensivmediziner von großer Bedeutung.

In der Abklärung der Anastomose können unterschiedliche Verfahren zur Anwendung kommen: Kontrastmittel Einlauf, CT, rektal digitale Untersuchung, Endoskopie. Welche Untersuchung zuerst durchgeführt wird hängt von der Lokalisation der Anastomose (Kolon/ Rektum) und der Expertise der lokalen Radiologen/Endoskopiker ab. Eminent wichtig ist aber dass ein Chirurg bei der Untersuchung anwesend ist da nur er die neuen anatomischen Verhältnisse wirklich kennt. Es genügt auch nicht sich mit der ersten negativen Untersuchung zufrieden zu geben denn wie weiter unten gezeigt kann auch erst die 2. oder 3. Methode den Beweis liefern.

## Management:

### intrapertoneale Anastomose

Insuffizienzen nach intraabdominalen Kolon / Rektumanastomosen sind in aller Regel durch eine Relaparotomie und Übernähung oder Resektion der Anastomose und sofortiger Neuanastomosierung zu therapieren. In manchen Fällen, abhängig vom Allgemeinzustand des Patienten und dem Grad der Peritonitis ist es ratsam den aboralen Schenkel blind zu verschließen und den oralen Darmschenkel als temporäres endständiges Stoma auszuleiten. Eine Rekonstruktion wird erst nach entspre-



J. Tschmelitsch, St. Veit/Glan

chender Erholung des Patienten durchgeführt. In Sonderfällen kann auch eine sofortige Neuanastomosierung des Kolons unter Schutz eines vorgeschalteten doppelläufigen Ileostomas möglich sein. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt in der einfacheren Rückoperation.

## Extraperitoneale tiefe Anastomosen

Hier handelt es sich um Anastomosen nach TME oder pTME mit Anastomosenhöhe innerhalb 10 cm vom Sphinkterobertrand. Es bieten sich eine Reihe von Möglichkeiten an die helfen können eine (bei tiefen Anastomosen) technisch meist sehr schwierige und mit hoher endgültiger Stomarate verbundene transabdominelle Operation zu vermeiden. Die Wahl der Methode hängt von der Lokalisation und Ausdehnung der Insuffizienz sowie Allgemeinzustand des Patienten und Grad der Sepsis bzw. Peritonitis ab.

1) kleines Leck (bis zu ca einem Drittel der Anastomosenzirkumferenz) mit lokalisierter Abszesshöhle ohne Peritonitis:

a) bei guten AZ, kleiner lokalisierter Insuffizienz und fehlender Peritonitis kann unter engmaschiger Kontrolle zugewartet und auf eine Spontanheilung gehofft werden.

b) Bei kleinen Insuffizienzen (<5mm) kann auch eine endoskopische Fibrinklebung versucht werden. Dies funktioniert allerdings nur bei kürzeren Fistelgängen und wenn es sich dabei nicht um eine Verbindung zu einer größeren nicht anders drainierte Abszesshöhle handelt.

c) eine endoskopische Stenteinlage kann etwas größere Insuffizienzen überdecken. Bei Vorliegen einer Abszesshöhle muss diese zusätzlich durch eine CT gezielte transkutane Drainage versorgt werden da der Stent eine intraluminale Entleerung verhindert. Als Stents sollten selbstexpandierende gecoverte Stents verwendet werden. Stents eignen sich nicht für Anastomosen in Sphinkternähe. Wie für alle anderen Verfahren existiert auch hier keine randomisierte Studie sondern lediglich Erfahrungsberichte

d) bei tiefen Anastomosen und breiteren Leck kann eine transanale Übernähung gute Ergebnisse zeigen. Die Insuffizienz wird mit durchgreifenden Einzelknopfnähten von transanal übernäht wobei die Übernähtungen auch in die beidseits des sichtbaren Lecks angrenzende „gesunde“ Anastomosenwand gesetzt werden müssen. Auch hier muss eine eventuelle Höhle mittels CT gezielter transkutaner Drainage versorgt werden. Diese sollte wenn möglich vor der Übernähung erfolgen.

e) als weitere Möglichkeit steht eine VAC Einlage durch die Insuffizienz in die extraluminale Abszesshöhle zur Verfügung. Diese kann endoskopisch mittels vorhandenen käuflich zu erwerbenden Systemen durchgeführt werden, es lässt sich aber auch aus einem Stück VAC Schwamm in dem ein Redondrain mit Naht befestigt wird das Auslangen finden. Der VAC Schwamm wird dann transanal (in Kurznarkose oder Sedierung) unter digitaler Führung in die Höhle eingelegt und das Drain transanal ausgeleitet sowie am Schlauchsystem der Pumpe befestigt.

Bei allen diesen Methoden wird es in den meisten Fällen klug sein ein Stoma anzulegen, ob doppelläufiges Ileostoma oder Transversostoma ist von der individuellen Situation abhängig.

2) große Insuffizienz (mehr als 1/3 bis 1/2 der Zirkumferenz), reduzierter AZ mit Zeichen der Sepsis und/oder Peritonitis.

In diesem Fall darf keine Zeit mit konservativen Versuchen ver-

geudet werden. Die Therapie besteht in einer Relaparotomie und Exploration mit Lavage. Wenn eine Anastomosenneuanlage möglich ist wozu meist eine Nachresektion der Anastomosen tragenden Darmanteile notwendig ist muss in der Regel der Dickdarm weiter mobilisiert werden. Da auch vom distalen Schenkel meist ein Teil reseziert werden muss kommt die neue Anastomose sehr tief zu liegen. Bei sphinkternaher Neuanlage ist nach unserer Erfahrung die händische koloanale Anastomose zu empfehlen. In jedem Fall sollte ein protektives Stoma angelegt werden. Wenn eine Neuanlage nicht ratsam oder möglich ist kann entweder eine Hartmann Resektion oder eine Rektumamputation notwendig sein. Nach solchen Hartmann Operationen mit meist sehr kurzen belassenen Rektumstumpf ist die Chance auf eine Rückoperation gering.

Häufig kommt es nach Insuffizienzen die überlebt werden zu Strikturen oder Stenosen im Anastomosenbereich. Hier sollten bereits frühzeitig (abhängig vom klinischem Verlauf) Bougierungen oder Dilatationen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Ein bestehendes Stoma wird natürlich belassen bis die lokale Situation geklärt ist.

Beispiele:

Patient 1: mit hochgradiger Adipositas und nach neoadjuvanter Radiochemotherapie wurde wegen eines tiefsitzenden Rektumkarzinoms einer TME mit protektiver Ileostomie unterzogen. Am 3. po Tag entwickelte der Patient Fieber und Leukozytose. Klinisch fand sich ein unauffälliges Abdomen. CT und KM Einläufe am 4. po und 8. po Tag waren lt. Radiologen unauffällig (Bild 1). Am 9. po Tag ergab eine rektal digitale Untersuchung dass die Anastomose zirkulär ausgerissen war und der orale Darmschenkel ca 5-6 cm nach oben disloziert war. Eine Relaparotomie zeigte dass eine Rektumstumpfamputation und endständige Descendostomie die einzige Möglichkeit war.

Patient 2 bei Zustand nach Rektumresektion und kolorektaler Anastomose. Fieber und Leukozytose am 5. po Tag ohne Peritonitis. CT und KM Einlauf waren unauffällig. In einer Sigmoidoskopie fand sich schließlich das Leck (Bild 2,3) welches mit mehrmaligen Fibrinklebungen verschlossen werden konnte.

### Zusammenfassung:

Das Management von Anastomosenkomplikationen nach kolorektalen Resektionen beginnt mit deren Vermeidung. Eine subtile schichtengerechte Präparation mit Bewahrung der Gefäßversorgung und ausreichender Mobilisation für eine spannungsfreie Anastomose ist unumgänglich. Wenn es dennoch zu Insuffizienzen kommt müssen klinische Zeichen richtig gedeutet werden und so früh wie möglich die Diagnose gestellt werden. Wichtig ist dass der Chirurg in die Durchführung und Beurteilung der diagnostischen Verfahren eingebunden ist. Das Management richtet sich wie beschrieben nach Lokalisation und Größe des Lecks, im Zweifelsfall ist eine Überstellung in ein entsprechendes besser ausgestattetes Zentrum zu überlegen.





Bild 1



Bild 2



Bild 3

**Abbildungshinweise:**

- Bild 1:** Kontrastmitteleinlauf bei Verdacht auf Anastomoseninsuffizienzen als unauffällig beschrieben. Mit Pfeilen gekennzeichnete Darmenden bei ausgerissener Anastomose
- Bild 2:** Sigmoidoskopie einer Insuffizienz bei unauffälligen CT und KM Einlauf
- Bild 3:** Fibrinklebung

**Korrespondenzadresse:**

Prim. Univ. Prof. Dr. Jörg Tschmelitsch  
 KH der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan  
 Spitalgasse 26  
 A-9300 St. Veit/Glan  
 E-Mail: joerg.tschmelitsch@bbstveit.at

# Immunhyperthyreose Typ Basedow: Wann müssen wir operieren?

Autor: G. Wolf, Graz



G. Wolf, Graz

Die operative Strategie in der Behandlung der Immunhyperthyreose ist längst etabliert. Die totale Thyreoidektomie, eventuell mit minimalen Parenchymresten („near-total-Thyreoidektomie“), ist die Methode der Wahl und hat bessere Ergebnisse als die subtotale Thyreoidektomie, („Dunhill-Operation“), wobei Reste vom mehr als 1cm<sup>3</sup> belassen werden.

Über die Indikation zur Operation, im Rahmen der endokrinologischen Therapie, und vor allem über den optimalen Zeitpunkt, sind weniger klare Richtlinien verfügbar. Die „First-Line“-Therapie der Immunhyperthyreose ist meistens zumindest 18 Monate Behandlung mit antithyreoidalen Substanzen. Einige Symptome der Hyperthyreose (Angst, Schwitzen, Tremor) sind rasch mit Propranolol in hohen Dosen therapiert. Es ist aber nicht überall standardisiert festgelegt, wie die nächstfolgende Therapie aussieht, wenn die Euthyreose nicht medikamentös hergestellt werden kann: Dauermedikation (mit Carbimazol oder Propylthiouracil), oder Radio-Jod oder Operation. Ein interdisziplinärer Ansatz zur Festlegung der OP-Indikation und des optimalen OP-Zeitpunktes ist erforderlich.

## Operationsindikation der Immunhyperthyreose Typ „Basedow“

- Persistenz der Auto-Immunerkrankung
- Rezidiv/Exacerbation im Auslassversuch
- Therapieversagen
- Vorhandensein oder Entwicklung einer Struma
- Assoziierte Knotenerkrankung
- Nebenwirkung der antithyreoidalen Medikation
- Non-Compliance zur Medikation
- Schlechte Einstellung in der Schwangerschaft
- Kinderwunsch

## Indikation zur Radio-Jod-Therapie

- Kontraindikation zur Operation
- Morphologisches oder funktionelles Rezidiv nach Operation

Die Behandlung des Mb. Basedow ist primär eine Domäne der konservativen Therapie. Im Regelfall wird zunächst ein Regime mit Carbimazol oder Propylthiouracil eingeleitet und der Verlauf der Parameter monitiert. Dies ist in etwa 50% effektiv. Sind keine assoziierten Erkrankungen wie diffuse Vergrößerungen oder Kno-

ten vorhanden, läuft dieses Schema über einen Zeitraum von 18 Monaten als arbiträr festgelegte Grenze. Es gibt aber durchaus längere Zeiträume, in denen konservative Therapie sinnvoll ist. Vor allem in der Adoleszenz ist ein längerer Zeitraum üblich. Ist nach diesem Zeitrahmen das Geschehen nicht zum Stillstand gekommen, liegt ein **Therapieversagen** bzw. eine **Persistenz** der Erkrankung vor. Es können allerdings auch unter der Therapie **Exacerbation** und neuerliche Schübe auftreten. Dann ist ebenso eine Fortführung der Medikation nicht adäquat. Ein **Rezidiv bei Absetzen** der Therapie („Auslassversuch“) muss ebenso zu einer definitiven Sanierung führen. Gelegentlich werden allerdings mehrere Schübe und mehrere Rezidive in Kauf genommen, bevor eine operative Ausschaltung des gesamten Geschehens erwogen wird. Hier fehlen – auch in der konservativen Endokrinologie-, klare Indikationsstellungen, ab wann die medikamentöse Behandlung ihre Grenzen erreicht hat.

Auch hat sich gezeigt, dass unter Betrachtung der „Cost/effectiveness“ bzw. bei der Beurteilung des Outcomes des gesamten Krankheitsverlaufes, (gemessen am **Quality-adjusted-life-years-score**) die Thyreoidektomie das beste Ergebnis erzielt. Im Vergleich mit einer Dauermedikation oder Radiojod schneidet die Operation am besten ab, wenn die Therapie nach 18 Monaten nicht zum Erfolg geführt hat (4).

Das Vorhandensein oder die Entwicklung einer diffusen **Struma** sind ebenso keine Indikation für medikamentöse Therapie. Abgesehen von der mechanischen Komponente einer diffusen oder knotigen Struma, die per se im Fall einer Trachealirritation o.Ä. operationspflichtig ist, ist der Gewebsüberschuss und die große Zellmenge meist mit der medikamentösen Therapie nicht anzugehen.

Zusätzliche Gabe von T<sub>4</sub>-Substitution in Kombination mit z.B. Thiamazol kann zwar die Bildung einer Hyperplasie der Schilddrüse eventuell verhindern, dennoch ist auch in dieser Gruppe nach einem gewissen Zeitraum die Notwendigkeit zur Operation gegeben.

Die **Knotenbildungen** im Rahmen der Hyperthyreose haben die gleiche Indikationsstellung zur Operation wie bei Euthyrosen, da auch hier ein Karzinomrisiko von bis zu 4,4% besteht (3). Die Annahme, dass ein Karzinom nicht mit einer Hyperthyreose einhergeht, ist irrig. Unabhängig

### Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. G. Wolf  
Abtlg. Allgemeinchirurgie  
Chirurgische Endokrinologie  
Medizinische Universität Graz  
Auenbruggerplatz 1  
A-8036 Graz  
E-Mail: gerhard.wolf@medunigraz.at

von der hyperthyreoten Ausgangslage bedürfen suspekter Knoten der gleichen Abklärung wie bei euthyreoten oder multinodösen Schilddrüsen. Bei der antithyreoidalen Therapie besteht mitunter eine erhebliche Unverträglichkeit (ca 5%; bzw. bis zu 10% bei hohen Dosen) sowie ernste **Nebenwirkungen** (0,35%), die das Knochenmark betreffen und eher bei älteren Patienten auftreten. Die meisten Fälle mit Agranulocytose kommen in den ersten 3 Monaten zum Vorschein, können aber auch später, oder bei Wiederaufnahme der Therapie nach Relaps, eintreten. Das Auftreten von **Leukopenien** sind eine absolute Indikation zum Absetzen der Medikation und zur raschen operativen Sanierung. Eventuell ist allerdings mit einem Substanzwechsel auch die Nebenwirkung behoben, bei bestimmten Patientengruppen allerdings besteht von Anfang an, oder es entwickelt sich unter der Therapie eine Unverträglichkeit gegen alle antithyreoidalen Substanzen (Hepatotoxizität in 0,2%) (2,5).

Obwohl keine Daten über den Einfluß einer bestimmten Therapieform auf die Entwicklung oder Rückbildung einer **endokrinen Orbitopathie** (e.O.) existieren, ist das Auftreten einer e.O. oder deren Zunahme meist ein Kriterium zur Operation. (1,2,5,6). Am ehesten ist eine Verbesserung der e.O. bei Operation zu erwarten, wobei die Art der Resektion (total oder subtotal) keinen Einfluss gezeigt hat. Lediglich unter Radiojod ist eine Zunahme der endokrinen Orbitopathie in etwa 15% der Patienten erwiesen (1,2,5).

In der Schwangerschaft hat die untherapierte Hyperthyreose ein hohes Eklampsie-Risiko. Ist der Verlauf schlecht einstellbar, wird gelegentlich eine Akut-Thyreoidektomie erwogen (5).

Das Ziel der Operation ist einerseits die völlige Ausschaltung des Antigenpools, den die Schilddrüse darstellt. Zweitens wird die Funktionskaskade unterbrochen, indem das Erfolgsorgan und

der Angriffspunkt der Autoimmunerkrankung herausgenommen wird. Aus diesem Grund ist eine möglichst vollständige Parenchymreduktion erforderlich. Die Totale Thyreoidektomie (TTX) hat Komplikationsraten, die sehr ähnlich denen mit weniger radikalen Resektionen sind, hat aber höhere Heilungsraten und vernachlässigbare Rezidivraten (Level I-IV, Grad A-Evidenz). Die „subtotale“ Resektion resultiert in bis zu 30% Persistenz- oder Rezidivraten. Die radikale Operation (TTX) ist ebenso indiziert, wenn eine zunehmende oder frisch aufgetretene endokrine Orbitopathie vorhanden ist, aber auch Radio-Jod, kombiniert mit Glucocorticoiden, kann ähnliche Ergebnisse hinsichtlich Reduktion oder Verschwinden der Augensymptome erzielen (Level II-IV, Grade B-Evidenz). Hier existieren aber kontroverse Angaben, da auch eine Verschlechterung der e.O. unter Radio-Jod beschrieben wird (5). Das Ausmaß der Resektion (ob total oder subtotal) scheint aber keinen Einfluss auf die e.O. zu haben (Level II, Grad B-Evidenz) (6).

Bei kindlicher Immunhyperthyreose wird meist über einen längeren Zeitraum konservativ therapiert, bei Therapieversagen oder Gewebszunahme ist die Empfehlung aber in Richtung einer frühzeitigen Operation (Level IV; Grad C-Evidenz), weil wegen des Risikos der Karzinogenese bei Kindern unter 5 Jahren Radio-Jod nicht gegeben wird (Level I, Grad A-Evidenz) (3,6).

Eine weitere Indikation schließlich ist der „Patientenwunsch“, wenn rasche, sichere und definitive Sanierung erreicht werden soll oder keine sichere Compliance gewährleistet ist.

Der **Kinderwunsch** bei jüngeren weiblichen Patienten ist ebenso eine absolute Indikation zur Operation (erhöhte Abortusrate unter supprimiertem TSH; Immaturität unter erhöhten peripheren Werten). Auch ist in dieser Gruppe die Anwendung von Radio-Jod nicht sinnvoll.

### Literatur:

1. Bartalena L., et al, *Eur. Journal of Endocrinology* (2008) 158, 273
2. Brent G., (2008) *NEJM* 358;24,
3. Digonnet A., et al, (2009) *Eur Arch Otolaryng.* 25
4. Haejin I., et al, (2009) *J Am Coll Surg*; 209: 170
5. Prakash A., et al, (2010) *Dove Press (Review)*: 6, 29-40
6. Stalberg P., et al, (2008) *World J Surg* 32:1269



Berufsverband  
Österreichischer  
Chirurgen



# 10. Österreichischer **Chirurgentag**

18. bis 20. November 2010

**Congress-Casino Baden**

**VORANKÜNDIGUNG**

## Standards in der chirurgischen Onkologie

gemeinsam mit:



Österreichische  
Gesellschaft für  
Chirurgie (ÖGC)



ACO-ASSO Österreichische  
Gesellschaft für Chirurgische  
Onkologie

[www.böc.at](http://www.böc.at)

[www.chirurgie.or.at](http://www.chirurgie.or.at)

## 1. Onkologische Basics

- ▣ Chirurgisch relevante Therapeutika und deren Handhabung
- ▣ Arterielle, venöse und intraperitoneale Port-a-Cath-Systeme
- ▣ Kombination von hemo- und Strahlentherapie
- ▣ Behandlung von Paravasaten
- ▣ „Outcome measurement“ in der Onkologie
- ▣ Tumormarker: Welche? Wann? Oder weg damit?
- ▣ Follow-up – Wie? Wie oft? Wie lange?
- ▣ Supportive Therapie
- ▣ Antiemetische Therapie
- ▣ Behandlung der Anämie bei onkologischen Patienten
- ▣ Behandlung des neutropenischen Fiebers
- ▣ Komplementärmedizinische Massnahmen

## 2. Mammakarzinom

- ▣ Neoadjuvante Therapie: Wann und womit?
- ▣ Kosmetische Schnittführung an der Brustdrüse
- ▣ Wann ist die Mastektomie unverzichtbar?
- ▣ Onkoplastische Chirurgie und rekonstruktive Eingriffe
- ▣ Strahlentherapie – nur nach brusterhaltender Operation?
- ▣ Adjuvante Therapie des Mammakarzinoms
- ▣ Management des metastasierten Mammakarzinoms
- ▣ Sonderfall DCIS
- ▣ Hochrisikopatientin: Junges Alter und genetische Prädisposition

## 3. Primäre und sekundäre Tumore der Leber

- ▣ Radiologische Diagnostik zur Einschätzung der Resektabilität
- ▣ Einschätzung der funktionellen Resektabilität
- ▣ Narkoseführung und postoperative Maßnahmen aus Sicht des Intensivmediziners
- ▣ Bewertung der unterschiedlichen Dissektionstechniken und Auswirkungen auf den Resektionsrand
- ▣ Primäre Lebertumore: Resektion oder Transplantation
- ▣ Chirurgische Strategie bei sekundären Tumoren der Leber
- ▣ Interventionelle Therapie von Lebertumoren
- ▣ Hybrideingriffe

## 4. Colon und Rektum

- ▣ Prävention und Screening des colorektalen Karzinoms
- ▣ (Neo-)adjuvante Therapie beim Colonkarzinom
- ▣ (Neo-)adjuvante Therapie beim Rektumkarzinom
- ▣ Stellenwert der Laparoskopie in der Therapie des colorektalen Karzinoms
- ▣ Bedeutung des „circumferential margin“ und Resektionsrandes beim Rektumkarzinom
- ▣ Brauchen wir ein protektives Stoma?
- ▣ Management des synchron metastasierten colorektalen Karzinoms
- ▣ Ergebnisse der erweiterten Resektion beim Rektumkarzinom

## 5. Palliative Eingriffe in der Onkologie

- ▣ Outcome measurements
- ▣ Schmerztherapie beim onkologisch aufgegebenen Patienten
- ▣ Was kann die Strahlentherapie im palliativen Setting?
- ▣ Ernährung des onkologischen Patienten
- ▣ Management des Ileus bei Karzinose
- ▣ Primär palliative Resektionen
- ▣ Kommunikation mit dem sterbenden Patienten und seinen Angehörigen
- ▣ Hospizsysteme in Österreich

## 6. Die chirurgische Expertise in anderen Fachbereichen

- ▣ Urologische Tumore
- ▣ Gynäkologische Tumore
- ▣ Tumore des Oropharynx
- ▣ Orthopädische Tumore
- ▣ Management von Weichteiltumoren im Abdomen

## 7. Themen in Diskussion

- ▣ Minimal invasives follikuläres Schilddrüsenkarzinom
- ▣ Therapie des Barrett-Karzinoms sm1+2
- ▣ Primär palliative Resektionen beim Pankreaskarzinom
- ▣ Erweiterte Rektumamputation
- ▣ Interventionelles oder chirurgisches Vorgehen bei Metastasen der Leber
- ▣ Analkarzinom – Chemoradiatio oder doch Operation?



Das Vorprogramm und weitere Details finden Sie in Kürze auf [www.böc.at](http://www.böc.at)

# Bericht der Bundesfachgruppe Chirurgie

Bericht des Fachgruppenobmann

R. Bauer, Wien



R. Bauer, Wien

## Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Vorausschicken möchte ich, dass aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit auf die geschlechtsspezifische Differenzierung, z. B. Benutzer/Innen, verzichtet wird. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Die Fachgruppen in der Ärztekammer haben die Aufgabe, die Interessen der Chirurgen sowohl aus ihrer spezifischen standespolitischen Sicht als auch aus der medizinischen Sicht zu vertreten. Im Unterschied zu den wissenschaftlichen Gesellschaften müssen diese Aufgaben sowohl in den Landesärztekammern als auch in der österreichischen Ärztekammer wahrgenommen werden. Sie wählen daher in Ihrem Bundesland einen Landesfachgruppenobmann und einen Stellvertreter. Aus der Gruppe der Landesfachgruppenobleute (LFGO) wird dann ein Bundesfachgruppenobmann (BFGO) gewählt.

Betonen möchte ich, dass die Fachgruppe durch deren Integration sowohl in der Kammer als auch in der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und im Berufsverband der österreichischen Chirurgen das einzige Bindeglied zwischen diesen Vertretungen darstellt.

Die Bundesfachgruppe nimmt ab nun die Möglichkeit wahr, sich in der Zeitschrift des Berufsverbandes regelmäßig an Sie zu wenden, um Ihnen die wichtigsten Ergebnisse ihrer Arbeit mitzuteilen, da die jeweiligen Fachgruppensitzungen in den Ländern von keiner überragenden Besuchersintensität gekennzeichnet sind, und somit der Informationsfluss nicht gewährleistet ist. Dieser Informationsfluss scheint uns aber gerade in den schwierigen Zeiten, in denen wir derzeit arbeiten müssen, von besonderer Bedeutung.

Frau Dr. Petra Lugger aus Innsbruck ist seit dem Frühjahr 2008 die Bundesfachgruppenobfrau und ich ihr Stellvertreter. Ich will in diesem Artikel versuchen, Ihnen auf diesem Wege die wichtigsten Ergebnisse unserer bisherigen Arbeit in der Bundesfachgruppe zur Kenntnis zu bringen, mit dem Ziel möglichst viele Kolleginnen und Kollegen über die wichtigsten Aktivitäten zu informieren.

## AG ambulante LKF-Dokumentation

Dr. Hofmann aus Vorarlberg hat sich bereit erklärt, gemeinsam mit Dr. Wolf, Dr. Bauer und Dr. Lugger, fachspezifische Anfragen seitens der ÖÄK bei der Entwicklung des ambulanten Leistungs- und Dokumentationskatalogs zu erledigen.

## DFP-Fortbildungsdiplom

Animieren Sie bitte Ihre Kolleginnen und Kollegen, vor allem im angestellten Bereich, dieses Fortbildungsdiplom auch zu erwerben und nicht nur die Kriterien der Fortbildung zu erfüllen. Bisher ist der Prozentsatz der Diplominhaber peinlich gering. Geben wir der Politik und der Patienten-anwaltschaft (Bachinger) keine Chance, uns Ärzten die Fortbildungshoheit streitig zu machen.

## Ausbildungsstellen im Additivfach „Viszeralchirurgie“

Die LFG Kärnten hat an Dr. Lugger die Anfrage gerichtet, wie bei Anfragen von KH-Abteilungen hinsichtlich Genehmigung von Ausbildungsstellen zu verfahren ist. Mit dieser Problematik hat Sie den Leiter der Ausbildungskommission, Dr. Stefan Kastner, konfrontiert, der folgendes mitteilte:

Grundsätzlich ist die Ausbildung im Additivfach in der ÄAO 2006 geregelt (siehe dazu §11). Die Ausbildungsstätten suchen über die jeweiligen Länderkammern, wo das Ansuchen von der Ausbildungskommission hinsichtlich des Verhältnisses Ausbilder: Auszubildenden (1:1 An Unikliniken, max. 1:1 plus Primar an anderen KHs) und des angebotenen Ausbildungsspektrums geprüft wird. Anschließend gelangt das Ansuchen zur ÖÄK-Ausbildungskommission nach Wien. Damit ist eine österreichweite einheitliche Vorgangsweise gewährleistet. Grundsätzlich sind auch Teilanerkennungen möglich.

## Einspruch gegen Abrechnungsusance der VAEB bei niedergelassenen Chirurgen

Wurden seit April von niedergelassenen Chirurgen an ein und demselben Tag Leistungen mit unterschiedlichen Regiezuschlägen verrechnet, so hat die VAEB nur einmalig den jeweils höchsten RZ bezahlt. Auf Nachfrage wurde mitgeteilt, dass diesbezüglich im April eine Vereinbarung mit der ÖÄK getroffen wurde.

**Dies ist unrichtig!** Es gibt bis dato keine wie immer geartete diesbezügliche Vereinbarung mit der ÖÄK. Über Ansuchen von Dr. Lugger wird diese Causa bereits von der Tiroler Ärztekammer geprüft und behandelt. Sollte diese nicht korrekte Vorgehensweise seitens der VAEB auch in anderen Bundesländern vorgekommen sein, so müssen die betroffenen Kolleginnen und Kollegen unbedingt davon in Kenntnis gesetzt werden, dass gegen dieses Vorgehen Einspruch zu erheben ist.

### Korrespondenzadresse:

Dr. Rainer Bauer  
Landstrasse 9  
A-2000 Stockerau  
E-Mail: rainer.bauer@inode.at

## EDV-Modulerweiterung e-Formular

Diverse EDV-Firmen sind an niedergelassene Ärzte herangetreten und haben ein „kostengünstiges“ Modul „e-Formular“ für die elektronische Patientenverwaltung angeboten. Der Inhalt dieses Pakets ist für uns Chirurgen bezüglich der Vorsorge-Untersuchung Koloskopie nicht von Relevanz. Alle anderen in diesem Modul programmierten Formulare sind bisher noch nicht von der ÖÄK beschlossen und somit nicht spruchreif. Sollten die Sozialversicherungen digitalisierte Zu-, Über- und Einweisungen, Krankenstandsmeldungen und im Weiteren auch Rezepte wünschen, müssen **sie** entsprechende Schnittstellen programmieren, die **ohne** Kostenaufwand für die Vertragsärzte in die Patientenverwaltungen eingespielt werden können. Ein diesbezüglich einstimmiger Beschluss wurde von der Kurie der Niedergelassenen in Tirol gefasst.

Als Fachgruppenobmann diskutiere ich mit der NÖ GKK mit Unterstützung des Anwaltes der NÖ Ärztekammer, Herrn Mag. Lechner über die Rechtmäßigkeit, Kollegen mit Kassenverträgen, Verrechnungsvereinbarungen zur Vorsorgekoloskopie an einem anderen Standort bzw. in einer privaten Zweitordination zu verweigern. Über das Ergebnis dieser Auseinandersetzung werde ich Sie umgehend informieren.

**Dr. Rainer Bauer**

# Jeder Chirurg braucht eine ruhige Hand und eine Rechtsschutzversicherung

Autor: BÖC im Gespräch mit Mag. Stefano Lenz, Rechtsexperte, ÄrzteService Dienstleistung GmbH

Wie bereits in der letzten Ausgabe dargelegt, hat der Verein für ÄrzteService und ÄrztelInformation seit 1. Jänner 2010 die Verwaltung der Rahmenverträge Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung des Berufsverbandes österreichischer Chirurgen übernommen. In der letzten Ausgabe (1/2010) berichtete Mag. jur. Stefano Lenz von ÄrzteService über die Vorteile in der Haftpflichtversicherung. Im BÖC-Interview erklärt Mag. Lenz die erweiterte Servicepalette, die in der Rechtsschutzversicherung angeboten werden kann.

- ▣ Weltweite Deckung
- ▣ Streitwert bis € 50.000,- versicherbar
- ▣ Versicherungsvertragsstreitigkeiten prämienfrei mitversichert; Mediation und Diversion mitversichert
- ▣ Spezialstrafrechtsschutz versicherbar und besonders günstig
- ▣ Erb- und Familienrechtsschutz in der Basisdeckung mitversichert
- ▣ Familienmitglieder und Angestellte des Ordinationsbetriebes mitversichert
- ▣ Grundstückseigentum- und Mietenrechtsschutz: SÄMTLICHE selbst genutzte Wohneinheiten sind gegen eine geringe Zusatzprämie von € 25,- versicherbar
- ▣ Führerschein-Entzugsdelikte ohne Bagatellgrenze mitversichert
- ▣ Datenrechtsschutz in Basisdeckung mitversichert
- ▣ Spezialsteuerrechtsschutz gegen eine geringe Zusatzprämie von € 40,- versicherbar
- ▣ Sparte Beratung: KEINE Wartefrist
- ▣ Hohe Flexibilität: Eintritt jederzeit möglich, Austritt jeweils zum Jahresende
- ▣ Ermittlungsstrafrechtsschutz light in der Basisdeckung mitversichert
- NEU ▣ Versicherungssumme € 160.000,- (seit 1.3.2010 ohne Prämienerrhöhung)
- NEU ▣ Ab € 15.000,- Streitwert: Auseinandersetzung mit Sozialversicherungsträger ohne Streitwertlimit
- NEU ▣ 10 Jahre Nachmeldefrist
- NEU ▣ Keine Deckungslücke beim Wechsel des Versicherers
- NEU ▣ Spezialstrafrechtsschutz: Auch Verbrechen versichert
- NEU ▣ Sparte Grundstück/Mieten: die „nichtgewerbsmäßige“ Vermietung von Wohneinheiten ist versicherbar.

## BÖC: Was kann eine Rechtsschutzversicherung für Chirurgen tun?

**Lenz:** Kurz gesagt: die Rechtsschutzversicherung hilft Ärztinnen und Ärzten bei der Durchsetzung vieler Forderungen gegenüber Dritten, indem sie vor allem die dabei entstehenden Kosten übernimmt. Dafür bieten sich viele Gelegenheiten.

Einer der ersten Schritte in die Selbständigkeit ist die Finanzierung. Der bekannte Slogan

„Anna, den Kredit hamma“ ist oftmals der Anfang aller Probleme. Als junger, engagierter Arzt berücksichtigt man oftmals die lange Dauer des Rückzahlungszeitraumes zu wenig – Ordinationsgründung, Hausbau, Autokauf, Familiengründung, zeitweilige Erkrankung, aber auch nur ein lapidarer Führerscheinentzug, – das alles sind Faktoren, die man im Rahmen eines Finanzplanes berücksichtigen muss. Sieht man sich überdies unerwartet plötzlich mit hohen Prozesskosten auf Grund etwa eines



Erbrechtsstreits oder langwährenden Miet- oder Grundstücksrechtsstreit konfrontiert, wird man beruhigt sein, wenn man diese Kosten von einer Rechtsschutzversicherung abgedeckt weiß.

### BÖC: Worauf muss man bei der Ordinationsgründung achten?

**Lenz:** Die Einrichtung geeigneter Räumlichkeiten für eine Arztpraxis ist nicht ganz „ungefährlich“. Will man etwa eine vorhandene Mietwohnung in eine Arztpraxis umwandeln, wird der Vermieter zunächst kräftig den Mietzins anheben wollen. Relevant sind überdies die Fragestellungen, wann und wie lange möchte ich meine Arztpraxis geöffnet haben, wie viele Patienten werden durchschnittlich meine Praxis aufsuchen, gibt es Parkplatzmöglichkeiten, wird der allgemeine „Lärmpegel“ im Haus durch meine Praxis angehoben, wo möchte oder muss ich umbauen usw. Hier sollte man sich einen zu erwartenden Ärger mit dem Vermieter oder anderen Wohnungseigentümern ersparen und im Vorhinein unbefangen einen Rechtsberater aufsuchen können.

### BÖC: Welche Probleme deckt die Rechtsschutzversicherung bei einer laufenden Praxis ab?

**Lenz:** Ist der Geschäftsbetrieb einmal aufgenommen, unterschätzt man oft die Sprengkraft einer arbeitsgerichtlichen Auseinandersetzung mit Mitarbeitern. Dass Sprechstundenhilfen stressresistent sein müssen, ist kein Geheimnis und allgemein bekannt. In dem Mustervertrag, der einem allerorts „nahegelegt“ wird, ist hiervon aber zumeist nichts erwähnt. Wird hievon aber zumeist nichts drinnen stehen. Ist das bisher gute Arbeitsklima einmal weg, wundert

man sich im nachfolgenden Gerichtsverfahren oft genug darüber, welches Bild der bisher gelobte Dienstnehmer dem Gericht von den Geschehnissen zeichnet. Auch hier wird guter Rat teuer sein, eine Rechtsschutzversicherung deckt neben den Rechtsanwaltskosten auch die im Gerichtsverfahren anfallenden Kosten.

Daneben wird man als Arzt auch die eine oder andere Frage des Steuerrechts lösen müssen. In der Praxis sieht es leider so aus, dass man schnell große Probleme mit dem Finanzamt bekommen kann.

Hat man als Arzt einen Behandlungsfehler zu verantworten, wird man in der Regel zuerst mit einem strafrechtlichen Vorwurf konfrontiert; dies deshalb, weil jeder ärztliche Kunstfehler eine Körperverletzung im strafrechtlichen Sinn ist, der die Einleitung eines Strafverfahrens zur Folge hat. Der geschädigte Patient wird überdies auf die Abführung des Strafverfahrens drängen, da er dadurch zu Informationen gelangt, die er im nachfolgend angestrebten Schadenersatzprozess „verwerten“ kann. In diesem Fall übernimmt nicht die Haftpflicht- sondern die hoffentlich vorhandene Rechtsschutzversicherung die Verteidigungskosten (Anwalts-, Gerichts- u. Sachverständigenkosten **ab Eröffnung** des Hauptverfahrens in jedem Schadenfall bis zur Höhe der Versicherungssumme. Wurde der Zusatzbaustein „Spezialstrafrechtsschutz“ in die Deckung mit eingeschlossen, werden die Kosten bereits **ab der ersten Verfolgungshandlung** (Vorverfahren, polizeiliche Einvernahme) übernommen.

*Interview: BÖC*

Die ÄrzteService Dienstleistung GmbH arbeitet eng mit dem unabhängigen Verein ÄrzteService und ÄrztelInformation zusammen, der von Medizinern gegründet wurde und somit alle Aspekte des ärztlichen Lebens kennt. Damit ist garantiert, dass die Interessen der Ärzte im Mittelpunkt stehen. Bei allen Versicherungsprodukten der ÄrzteService stehen die Vorteile und der Nutzen für den Kunden im Vordergrund. Über Partnerschaften ist das Unternehmen österreichweit vertreten und dadurch unmittelbar an seinen Kunden – der österreichischen Ärzteschaft. Die besondere Stärke der ÄrzteService neben ihrer Verankerung in der Ärzteschaft ist das stets offene Ohr für Anliegen, Fragen und Anregungen. Selbstverständlich gilt dies auch für alle Mitglieder des BÖC, die sich unter Tel. 01/402 68 34-0 oder [s.lenz@aerzteservice.com](mailto:s.lenz@aerzteservice.com) gern direkt an den neuen Versicherungspartner des BÖC wenden. Darüber hinaus vertrauen mehr als 7.000 Ärztinnen und Ärzte auf die Produkte der ÄrzteService.

**Tipp:** Informationen auf [www.aerzteservice.com](http://www.aerzteservice.com)

# Spezialisierung Handchirurgie

Autoren: St. Kastner, Zams, W. Brunner, Salzburg



St. Kastner, Zams



W. Brunner, Salzburg

Gut Ding bracht Weile. Dennoch ist es nun gelungen mit einem fächerübergreifenden Curriculum die Spezialisierung Handchirurgie für folgende Fachärzte zugänglich zu machen: Chirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie und Unfallchirurgie.

Die nun erlassene Spezialisierungsordnung ermöglicht es, in Zukunft an dafür speziell genehmigten Ausbildungsstätten eine dreijährige strukturierte Spezialausbildung im Fach Handchirurgie zu absolvieren und damit auch eine anerkannte Spezialisierung zu erhalten. Inhalte dieser Ausbildung sind unter anderem: Konservative und operative Behandlungsverfahren bei Verletzungen und Erkrankungen sowie bei Fehlbildungen der Hand, einschließlich der Kriterien zur Verfahrensauswahl und der Nachbehandlung.

## Operationskatalog

Grundlage für die Anerkennung dieser Spezialisierung ist auch hier die Erfüllung eines Rasterzeugnisses, das unter anderem einen umfangreichen Operationskatalog vorsieht, der gegebenenfalls auch eine Rotation zu einer anderen Ausbildungsstätte erforderlich machen kann (z.B. von einer Abteilung Plastische Chirurgie, die als Spezialisierungsstätte anerkannt ist, an eine ebensolche einer Orthopädie).

## Ausbildungsstätte

Jene Abteilungen, die Ausbildungsstätte werden möchten, müssen einen Antrag bei der jeweiligen Landesärztekammer stellen. Die nötigen Unterlagen und Erfordernisse sind demnächst auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer ([aerztekammer.at](http://aerztekammer.at)) unter der Rubrik Ausbildung abrufbar. Ebendort ist auch das Spezialisierungsrasterzeugnis downloadbar.

## Übergangsbestimmungen

Ärzte, die in den letzten drei Jahren vor Inkrafttreten dieser Richtlinie nachweislich handchirurgisch tätig waren, können unter Vorlage eines Operationskataloges um die Spezialisierung Handchirurgie bei der Österreichischen Ärztekammer ansuchen.

Damit wird es erst möglich, eine ausreichende Anzahl von Ausbildnern zu erreichen und damit werden die Ausbildungsstätten erst möglich. Der Weg für eine strukturierte und qualitativ hochwertige Ausbildung im Bereich der Handchirurgie ist damit möglich geworden. Das fächerübergreifende Curriculum soll einen breiten Zugang zu dieser Spezialisierung bieten und die betroffenen Fachdisziplinen einen entsprechenden Dialog ermöglichen bzw. verstärken.

# Jus Migrandi

Autoren: St. Kastner, Zams, W. Brunner, Salzburg

## Der Weg nach Deutschland und in die EU ist frei...

Seit mehreren Jahren wird in Österreich um die Einführung einer Approbation mit Studienende oder nach einem Jahr gerungen, um die Benachteiligung von Österreichern im EU-Ausland (vor allem Deutschland) zu beenden.

Es ist zwar nicht gelungen, die Approbation in Österreich einzuführen, aber auf Druck der EU hat sich nun das Bundesministerium für Gesundheit entschlossen, das „Jus Migrandi“ zu verwirklichen. Jus migrandi bedeutet, dass Österreicher im EU-Ausland die gleichen post-promotionellen Zeiten für eine Approbation nachweisen müssen, wie die Bewohner des jeweiligen EU-Landes. Im Klartext: Ein Österreicher gilt dann in Deutschland bereits nach dem Studienabschluss als approbierter Arzt, weil ein Deutscher in Deutschland auch mit Studienende die Approbation verliehen bekommt. In einigen anderen EU-Ländern gibt es noch abweichende Regelungen.

Diese typisch österreichische Lösung (daheim ist man nicht approbiert, wohl aber in unserem Nachbarland Deutschland) ist eigentlich eine französische Lösung, die dort schon seit Jahren erfolgreich gelebt wird. Die Umsetzung auf EU-Ebene ist leicht: Es wird als Vorausset-

zung für das ärztliche Basisdiplom der EU der Arzt für Allgemeinmedizin bzw. der Facharzt gestrichen, sodass das Medizinstudium einziger Bestandteil des ärztlichen Basisdiploms der EU wird. Es kommt also nur zur Umsetzung auf EU-Ebene. Eine Approbation in Österreich ergibt sich damit nicht. Deshalb auch die Bezeichnung „Jus Migrandi“. Nur der Wandernde erhält die Approbation.

Die Vorteile sind leichtere Anrechnung und Jobsuche vor allem in Deutschland. Der Nachteil ist die Schlechterstellung der Österreicher im Inland gegenüber EU-Ausländern, deren Approbation in Österreich auch dann anzuerkennen ist, wenn diese nach Studienende im Heimatland verliehen wurde.

Die Umsetzung des Jus Migrandi erwarten wir ab circa Mai 2010, wenn die entsprechenden Gremien der EU die Umsetzung abgeschlossen haben.

### Korrespondenzadressen:

OA Dr. St. Kastner  
Krankenhaus St. Vinzenz Zams  
Abteilung für Chirurgie  
Sanatoriumstraße 43  
A-6511 Zams  
Tel.: +43-(0)5442-600-0  
E-Mail: stefan.kastner@aon.at

OA Dr. W. Brunner MSc MBA  
KH der Barmherzigen Brüder  
Salzburg  
Kajetanerplatz 1  
A-5020 Salzburg  
Tel.: +43(0)662-8088  
E-Mail: walter.brunner@bbsalz.at

# Veranstaltungen der BÖC Akademie

Bericht des Fortbildungsreferenten der BÖC-Akademie  
R. H. Fortelny, Wien



R. H. Fortelny, Wien

## Liebe Freunde der BÖC-Akademie!

Auch heuer sind die Kurse der BÖC-Akademie auf die Erfahrungen des letzten Jahres zugeschnitten und erweitert worden. Zielgruppen dieses breitgefächerten Kursangebotes sind, über die angesprochenen KollegInnen der Allgemeiner oder Viszeralchirurgie hinaus, interessierte KollegInnen sämtlicher spezialisierter chirurgischer Fächer. In unserem Programm steht sowohl der Anastomosenkurs Viszeralchirurgie, wie auch ein Naht- und Knüpfkurs an jeweils zwei Terminen zur Auswahl. Zusätzlich findet ein gefäßchirurgischer Nahtkurs mit ebenfalls zwei Terminen statt.

Wie bereits im letzten Jahr bietet die BÖC-Akademie in enger Kooperation mit der Arbeitsgruppe Coloproktologie (ACP) Kurse für den Ausbildungspass Coloproktologie an, die leider bis auf den Grundkurs Anatomie, der in Graz stattfinden wird, bereits komplett ausgebucht sind.



**OA Dr. René Fortelny**  
Leiter BÖC-Akademie

Das joint venture e-learning Projekt mit dem Berufsverband Deutscher Chirurgen befindet sich nun in der Abschlussphase. Sowohl ein vergünstigter Tarif, sowie kostenlose „Schnupperkurse“ sind für alle BÖC-Mitglieder verfügbar. Um die Zertifizierung zu garantieren, ist die Registrierung der BÖC-Mitglieder über eine spezifische Eingabemaske erforderlich, die Sie in Kürze auf der Homepage des BÖC ([www.boec.at](http://www.boec.at)) angeboten bekommen. Sobald dieser administrative Vorgang erfolgt ist, erhalten Sie die Möglichkeit das e-learning Programm online zu nutzen.

Auch dieses Jahr hoffen wir die berufsbegleitende chirurgische Ausbildung in Österreich mit unserem aktuellen Angebot zu bereichern.



**Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka**  
Präsident BÖC

# BÖC-Akademie Tagungskalender

Veranstaltung	Datum	Status	Ort	Preis Mitglieder	Preis Nicht-Mitglieder
Nahtkurs Viszeralchirurgie	1.6.2010	ab nun buchbar	Österreichischer Chirurgenkongress Linz	150,-	300,-
Nahtkurs Gefäßchirurgie	1.6.2010	ab nun buchbar	Österreichischer Chirurgenkongress Linz	150,-	300,-
Grundkurs 1 „Koloproktologische Untersuchungstechniken“	14. – 15.06.2010	ab nun buchbar	Wien	200,-	250,-
Grundkurs „Anatomie“	voraussichtlich 14. – 15.10.2010	ab nun buchbar	Graz	200,-	250,-
Grundkurs Anatomie und Proktologische Operationstechniken	29. – 30.10.2010	ab nun buchbar	Innsbruck	200,-	250,-
Grundkurs „Proktologische Dermatologie/ STD/ Onkologie“	17. – 18.11.2010	ab nun buchbar	Wien	200,-	250,-
Nahtkurs Viszeralchirurgie	18.11.2010	ab nun buchbar	Wien	150,-	300,-
Nahtkurs Gefäßchirurgie	18.11.2010	ab nun buchbar	Wien	150,-	300,-

Detaillierte Seminarinhalte und Online-Anmeldung zu allen unseren Veranstaltungen finden Sie auf unserer Homepage [www.boec.at](http://www.boec.at) oder über das BÖC-Sekretariat,

Tel: +43-(0)1-533 35 42, Fax: +43-(0)1-533 35 42-19, E-mail: [chirurgie@aon.at](mailto:chirurgie@aon.at)

**Als BÖC-Mitglied erhalten Sie zu allen Seminaren, welche im Rahmen der BÖC-Akademie angeboten werden, eine Vergünstigung der Teilnahmegebühren.**



# Diagnostik und Therapie gastroenteropankreatischer neuroendokriner Tumore

K. Kaczirek, Wien



K. Kaczirek, Wien

Neuroendokrine gastroenteropankreatische Tumore (GEP-NET) sind relativ seltene Neoplasmen peptid- und aminproduzierender Zellen mit unterschiedlicher zellulärer und hormoneller Differenzierung. GEP-NET umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher Tumore mit sehr variabler klinischer Präsentation und Prognose. Dementsprechend vielfältig und anspruchsvoll ist die diagnostische Abklärung und Therapiewahl bei betroffenen Patienten.

## Inzidenz

Neuroendokrine Tumore haben gesamt betrachtet eine Inzidenz bis 5/100000 Einwohnern pro Jahr<sup>1</sup>. In einer von der Sektion „Chirurgische Endokrinologie“ der Medizinischen Universität Wien 2006 vorgestellten Studie zur Inzidenz von GEP-NET in Österreich fanden sich 293 Neuerkrankungen innerhalb eines Jahres. Dies entsprach einer Inzidenz von 3,5/100000. Männer und Frauen waren in etwa gleich häufig betroffen.

## Klassifikation

GEP NET werden derzeit nach dem Vorschlag der WHO<sup>2</sup> sowie der European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS)<sup>3,4</sup> klassifiziert. Im pathohistologischen Befund sollten immer beide Klassifikationen angeführt werden.

Die WHO Klassifikation<sup>2</sup> unterteilt primär nach betroffenem Organ, wobei zwischen Pankreas, Magen, Duodenum/Jejunum, Ileum/Coecum/Colon/Rektum und Appendix unterschieden wird. Pro Organ erfolgt eine Zuordnung hinsichtlich zu erwartendem biologischen Verhalten:

1. „hochdifferenzierter neuroendokriner Tumor“ (benignes; benignes oder fragliches niedrig malignes Verhalten)
2. „hoch differenziertes neuroendokrines Karzinom“ (niedrig malignes Verhalten)
3. „niedrig differenziertes neuroendokrines Karzinom“ (hoch malignes Verhalten).

In den beiden ersten Gruppen erfolgt zusätzlich eine Unterteilung hinsichtlich hormoneller Aktivität, wobei nur bei Ausbildung eines klinisch manifesten hormonellen Syndroms insbesondere bei Tumoren von Pankreas und Duodenum das sezernierte Hormon (Gastrin, Insulin, Glukagon etc.) namensgebend wird. Nur diese Tumore werden als Gastrinom, Insuli-

nom, Glukagonom etc. bezeichnet, nicht jedoch hormoninaktive Tumore ohne Ausbildung eines klinisch manifesten hormonellen Syndroms, bei denen häufig ebenfalls eine positive immunhistochemische Anfärbung gegen Insulin, Gastrin, Glukagon etc. beobachtet wird.

Die ENETS hat zusätzlich ein TNM- sowie ein Grading-System vorgeschlagen<sup>3,4</sup>, das bereits hinsichtlich klinischer Relevanz überprüft wurde<sup>5</sup>. Für jede der folgenden Lokalisationen besteht eine eigene TNM Klassifikation:

Magen, Duodenum/Ampulle/proximales Jejunum, distales Jejunum/Ileum, Appendix, Colon/Rektum sowie Pankreas.

Das Grading erfolgt durch die Anzahl der Mitosen sowie den Ki-67 Index, der immunhistochemisch durch Färbung mit dem MIB-1 Antikörper bestimmt wird (Tabelle 1).

## Diagnose

Ungefähr zwei Drittel der GEP-NET sind funktionell inaktiv. Sie manifestieren sich je nach Lokalisation meist erst durch infiltrierendes oder obstruierendes Wachstum oder durch bereits vorhandene Fernmetastasen. Bei hormonaktiven Tumoren wird die Klinik durch das überwiegend sezernierte Hormon bestimmt. Die häufigsten sezernierten Hormone sind Insulin, Gastrin, Glukagon und Serotonin, selten auch Somatostatin, VIP, PP oder mehrere dieser Hormone zusammen. Die typische Symptomatik und Diagnostik ist in Tabelle 2 zusammengefasst.

Bei funktionell aktiven Tumoren erfolgt die Diagnosestellung immer biochemisch durch Bestimmung des vermehrt ausgeschütteten Hormons unter standardisierten Bedingungen sowie durch hormonelle Provokationstests. Zusätzlich zu den spezifischen Hormonbestim-

mung sollte bei allen (aktiven und inaktiven) GEP-NET Chromogranin A als Tumormarker bestimmt werden.

Wesentlich ist die Beachtung der möglichen Assoziation neuroendokriner Tumore mit hereditären Syndromen (Multiple Endokrine Neoplasie Typ 1, von Hippel Lindau Syndrom, Mb. Recklinghausen, Carney Complex). Deshalb sollte bei allen Patienten mit neuroendokrinen Tumoren eine Familienanamnese und bei Verdacht genetische Untersuchungen angeschlossen werden.

## Bildgebung

Die Wahl der bildgebenden Methode richtet sich nach folgenden Aspekten: Lokalisation des Primärtumors, Evaluation der lokalen Tumorausdehnung und der Relation zu benachbarten Strukturen, Tumorstaging, Detektion von Metastasen, Therapiemonitoring und Ausschluss von Rezidiven.

Für die Lokalisation des Primärtumors sowie zur Planung eines chirurgischen Eingriffs wird ein multimodaler Ansatz mit selektiver Durchführung von hochauflösender Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Endoskopie mit endoskopischem Ultraschall (EUS), Somatostatinrezeptorzintigraphie (SSRS) bzw. neuerdings Ga-DOTATOC oder F-DOPA PET/CT, bis hin zu invasiven Regionalisationsverfahren wie Lebervenen-sampling nach selektiver arterieller Calcium- bzw. Sekretinstimulation empfohlen<sup>6,7</sup>. Bei geplanter Leberresektion stellen CT und MRT sowie intraoperativer Ultraschall (IOUS) die wichtigsten Verfahren dar. Eine detaillierte Aufstellung über die Einsatzgebiete und diagnostische Aussagekraft der einzelnen Methoden erfolgte kürzlich in einem Konsensusbericht der ENETS<sup>8,9</sup>.

## Therapie

In die Therapieplanung ist die zu erwartende Prognose, die Tumorausdehnung inkl. Metastasierung sowie die hormonelle Symptomatik miteinzubeziehen.

## Chirurgie

Die komplette Tumorsektion ist der einzige verfügbare kurative Therapieansatz und stellt die primäre Therapie bei limitierter Tumorausdehnung (Primärtumor und Lymphknoten) dar.

Im metastasierten Stadium soll eine Entfernung des Primärtumors nur bei zu erwartenden Organkomplikationen durchgeführt werden. Dies ist bei NET des Dünndarms aufgrund der langen Überlebenszeiten fast immer der Fall. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang die Lymphadenektomie bis zur Mesenterialwurzel. Bei metastasierten Pankreas NET muss die Indikation zur Resektion individuell beurteilt werden. Lebermetastasen sind in bis zu 20 % der Fälle resektabel, ein Debulking erscheint nur in Ausnahmesituationen sinnvoll, wenn zumindest 90% der Tumormasse entfernt werden können. Im Rahmen der Resektion von malignen NET sollte immer auch eine Begleitcholezystektomie durchgeführt werden, um bei ev. zukünftigen Embolisationsbehandlungen einer möglichen Entwicklung einer Gallenblasennekrose bzw. der unter Behandlung mit Somatostatinanaloga beobachteten Entwicklung von Gallensteinen vorzubeugen.

Eine adjuvante Therapie nach kompletter Tumorentfernung hat dzt. keinen Stellenwert. In der palliativen Situation erfolgt eine Therapie bei dokumentiertem Tumorprogress und umfasst ein multimodales Spektrum. Ablative Verfahren ergänzen die operative Therapie. Sie kommen zum Einsatz bei ansonsten zu ausgedehnten Leberresektionen, ungünstig gelegenen oder nicht sicher resektablen Metastasen sowie bei medizinischer Kontraindikation gegen eine Operation. Es stehen verschiedene Techniken wie Radiofrequenzablation (RFA), Ethanolinjektion und Kryotherapie sowie transarterielle (Chemo-) Embolisation oder selektive interne Radiotherapie (SIRT) zur Verfügung. Als Biotherapie wird die Behandlung mit Analoga von natürlich im Körper vorkommenden Substanzen bezeichnet. Bei neuroendokrinen Tumoren kommen Somatostatinanaloga und Interferon zum Einsatz. Somatostatinanaloga eignen sich sehr gut zur Symptomkontrolle bei hormonell aktiven Tumoren. Zur Anti-Tumor Aktivität gibt es Daten aus einer Phase IIIb Studie (PRO-MID Studie)<sup>10</sup>. Der primäre Endpunkt war die mediane Zeit bis zur Tumorprogression, welche durch Octreotide LAR® gegenüber Placebo deutlich verlängert werden konnte (14.3 Monate vs. 6 Monate, HR: 0.34; 95% CI: 0.20-0.59; P=0.000072).

Erste vielversprechende Ergebnisse gibt es auch zur Radionuklidtherapie mit 90-Yttrium oder 177-Lutetium gekoppelten Somatostatinanaloga<sup>11</sup>. Der Einsatz erscheint besonders bei extrahepatal metastasierten NET sinnvoll.

Interferon-alpha und pegyliertes Interferon sind hinsichtlich Symptom- und Tumorkontrolle wahrscheinlich Somatostatinanaloga gleichwertig, haben jedoch ein höheres Nebenwirkungsprofil und werden in der Erstlinientherapie nicht mehr empfohlen. Eine systemische Chemotherapie spielt noch bei hochdifferenzierten metastasierten Pankreas NET bzw. bei niedrig differenzierten NET aller Lokalisationen eine Rolle. Neue Ansätze sind hier die Verwendung von Temozolomide als Monotherapie oder in Kombination mit Thalidomid, Bevacizumab oder Capecitabine.

Sunitinib, ein oraler Multikinase Inhibitor zeigte in einer Phase III Studie an progredienten Pankreas NET ein medianes progressionsfreies Überleben von 11.4 Monaten gegenüber 5.5 Monaten im Placeboarm (p = 0.0001). Die objektive Response Rate war 9.3%<sup>12</sup>. Die Studie wurde wegen vorzeitigen Erreichens des primären Endpunkts abgebrochen.

Eine weitere erfolgversprechende neue Substanz ist der m-TOR Inhibitor RAD001, zu dem bisher nur Ergebnisse aus Phase II Studien vorliegen (Radiant-1)<sup>13</sup>. Es wurde ein medianes progressionsfreies Überleben von 9.7 Monaten bei Monotherapie mit RAD001 erreicht. Bei der Kombinationstherapie mit Octreotide LAR® lag das progressionsfreie Überleben bei 16.7 Monaten. Das Gesamtansprechen lag bei 9.6 % (Monotherapie) bzw. bei 4.4 % (Kombinationstherapie). Die Ergebnisse der Phase III Studien (Radiant-2 und 3) sind noch ausständig.

## Zusammenfassung

Die Diagnostik und Therapie von GEP-NET stellt aufgrund der Heterogenität der Tumore eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Als wesentliche Verbesserungen der letzten Jahre sind eine exaktere pathohistologische Klassifikation, verfeinerte laborchemische und bildgebende Diagnostik sowie die Erweiterung der multimodalen Therapiekonzepte anzusehen.

**Tabellen**
**Tabelle 1. Grading neuroendokriner Tumore nach ENETS<sup>3, 4</sup>**

Grading	Mitoseanzahl (10 HPF <sup>a</sup> )	Ki-67 Index (%) <sup>b</sup>
G1	<2	≤2
G2	2–20	3–20
G3	>20	>20

<sup>a</sup> 10 „High Power Field“ = 2 mm<sup>2</sup>, mindestens 40 Felder im Bereich der höchsten Mitoseaktivität evaluiert

<sup>b</sup> MIB-1 Antikörper, prozentualer Anteil von 2000 Zellen in Arealen mit der stärksten nuklearen Anfärbung

**Tabelle 2. Symptomatik hormonaktiver Tumore**

Tumor	Symptome	Labordiagnostik
Insulinom	Whipple Trias (Hypoglykämie, neuroglykopenische und reaktiv adrenerge Symptome, Besserung auf Kohlenhydratzufuhr)	72-Stunden Fastentest: Plasma Glukose < 45mg/dl + inadäquat erhöhte Insulin- (>6 µU/ml) und C-Peptid Spiegel (>4.2 ng/ml) Ausschluss von Sulfonylharnstoff Einnahme
Gastrinom (Zollinger Ellison Syndrom)	Rezidivierende atypisch lokalisierte Ulcera, bei PPI Gabe manchmal fehlend und Diarrhoen im Vordergrund	Nüchtern-Gastrin >1000 pg/ml, Magen pH<5 Sekretin Stimulationstest: Anstieg >200 pg/ml über Basalwert
Carcinoidsyndrom	Flushing, Diarrhoen, „Carcinoid Heart Disease“ (Rechtsherzinsuffizienz), Bronchialkonstriktion	5-Hydroxyindolessigsäure im 24 Stunden Harn ↑
VIPom	„Watery diarrhea hypokalemia achlorhydria“ (Verner-Morrison Syndrom), flushing Nekrotisches migratorisches Erythem,	2–10 fach erhöhte nüchtern VIP Spiegel, Stuhlmenge >3l/d (Ausschluss <700ml/d)
Glucagonom	Diabetes, Depressionen, tiefe Venenthrombosen	Glucagon Spiegel >1000 pg/ml
Somatostatinom	Steatorrhoe, Diabetes, Gallensteine, Diarrhoe, Gewichtsverlust	Erhöhte Somatostatin Spiegel
GRFom	Akromegalie	Erhöhte GRF Spiegel
ACTHom/CRFom	Cushing Syndrom (prognostisch schlecht)	Erhöhte ACTH/CRF Spiegel (oft + Gastrinom)

**Korrespondenzadresse:**

A.o. Univ. Prof. Dr. K. Kaczirek  
 Universitätsklinik für Chirurgie  
 Klinische Abt. f. Allgemeinchirurgie  
 Währinger Gürtel 18-20  
 A-1090 Wien  
 email: klaus.kaczirek@meduniwien.ac.at

**Literatur:**

1. I. M. Modlin, et al. (2008): *Lancet Oncol* 9 (1): 61-72
2. E. Solcia, et al. (2000): *Springer, New York*
3. G. Rindi, et al. (2006): *Virchows Arch* 449 (4): 395-401
4. G. Rindi, et al. (2007): *Virchows Arch* 451 (4): 757-62
5. U. F. Pape, et al. (2008): *Cancer* 113 (2): 256-65
6. J. K. Ramage, et al. (2005): *Gut* 54 Suppl 4 iv1-16
7. K. Kaczirek, et al. (2004): *Wien Klin Wochenschr* 116 (11-12): 373-8
8. D. J. Kwekkeboom, et al. (2009): *Neuroendocrinology* 90 (2): 184-9
9. A. Sundin, et al. (2009): *Neuroendocrinology* 90 (2): 167-83
10. R. Arnold, et al. (2009): *J Clin Oncol* 27 (suppl; abstr 4508)
11. D. J. Kwekkeboom, et al. (2008): *J Clin Oncol* 26 (13): 2124-30
12. E. Raymond, et al. (2010): *Gastrointestinal Cancer Symposium Abstract* 127
13. J. C. Yao, et al. (2008): *J Clin Oncol* 26 (26): 4311-8



# Chirurgie

## Terminkalender

### ÖGC-VERANSTALTUNGEN & ASSOZIIERTE FACHGESELLSCHAFTEN/ARBEITSGEMEINSCHAFTEN

■ 15. bis 22. Mai 2010

**11. Mediterrane Tagung der European Federation of the International Society for Digestive Surgery (I.S.D.S./Österr. Sektion)**

Ort: Brac, Kroatien, Hotel Resort Bretanide  
 Info: Prim. Univ. Prof. Dr. Peter Lechner, Generalsekretär der I.S.D.S./Österr. Sektion, LK Donauregion Tulln, Fon 0043/2272/601-10551, Fax 0043/2272/601-17551, E-Mail: p.lechner@aon.at  
 Web: www.isds.at

■ 02. bis 04. Juni 2010

**51. Österreichischer Chirurgenkongress Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und der ihr assoziierten Fachgesellschaften**

Leitthema: Der Mensch im Mittelpunkt  
 Kongresspräsident: Univ. Prof. Dr. Ferdinand Mühlbacher  
 Ort: Linz, Design-Center  
 Info: Wiener Medizinische Akademie, Bianca Theuer, Alserstraße 4, A-1090 Wien, Fon 0043/1/4051383-12, Fax 0043/1/4078274, E-Mail: bt@medacad.org  
 Web: www.chirurgenkongress.at

■ 24. bis 25. September 2010

**105. Fortbildungsseminar der ÖGC Thema: Aktueller Stand der Minimal Invasiven Chirurgie I und II**

gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft für Minimal Invasive Chirurgie (AMIC) **kostenlos für ÖGC-Mitglieder, 11 DFP-Punkte**  
 Ort: Hörsaalzentrum der Landes/Univ.-Kliniken Salzburg, Müllner Hauptstraße 48. A-5020 Salzburg  
 Info: Sekretariat der ÖGC, Fon 0043/1/408 79 20, Fax 0043/1/408 13 28, E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at  
 Web: www.chirurgie-ges.at

■ 07. bis 09. Oktober 2010

**27. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)**

Thema: GIST, Gastrointestinale Stromatumore  
 Ort: St. Wolfgang, Michael Pacher-Haus  
 Kongresspräsidenten: Univ. Doz. Dr. Friedrich Längle, Univ. Prof. Dr. Johannes Zacherl  
 Info: ACO-ASSO, Mag. Claudia Gruber, St. Veiter Straße 34, A-9020 Klagenfurt, Fon 0043/463/501686, Fax 0043/463/501696, E-Mail: office@aco-asso.at  
 Web: www.aco-asso.at

■ 07. bis 09. Oktober 2010

**46. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)**

Thema: Die Hand im Fokus der Unfallchirurgie  
 Ort: Salzburg  
 Info: ÖGU-Sekretariat, Hollandstraße 14, A-1020 Wien, Fon 0043/1/5333542, Fax 0043/1/5333542-19, E-Mail: office@unfallchirurgen.at  
 Web: www.unfallchirurgen.at

■ 14. bis 16. Oktober 2010

**48. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie**

Ort: Graz  
 Kongresspräsident: Univ. Doz. Dr. Helmut Hoflehner  
 Info: Schwarzl Tagesklinik, Hauptstraße 140, A-8301 Lassnitzhöhe, Fon 0043/3133/6100, Fax 0043/3133/6100-6, E-Mail: office@plastikkongress2010.at  
 Web: [www.plastischechirurgie.org](http://www.plastischechirurgie.org)

■ 11. bis 13. November 2010

**34. Seminar der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Forschung**

Ort: Wagrain, Seminarhotel  
 wissenschaftliche Leitung: Univ. Prof. Dr. Herwig Cerwenka, Graz  
 Info: Eva Klausner, Bes. Einrichtung für Biomedizinische Forschung (MUW), Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien, Fon 0043/1/40400-5221, Fax 0043/1/40400-5229, E-Mail: eva.klausner@meduniwien.ac.at  
 Web: www.chirfor.at

■ 17. bis 18. Dezember 2010

**106. Fortbildungsseminar der ÖGC Themen: Antibiotikatherapie, enterale und parenterale Ernährung, Chirurgische Infektionen**

**kostenlos für ÖGC-Mitglieder, 11 DFP-Punkte**  
 Ort: Hörsaalzentrum der Landes/Univ.-Kliniken Salzburg, Müllner Hauptstraße 48. A-5020 Salzburg  
 Info: Sekretariat der ÖGC, Fon 0043/1/408 79 20, Fax 0043/1/408 13 28, E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at  
 Web: www.chirurgie-ges.at

■ 02. bis 05. Februar 2011  
**15. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

Thema: Neue technologische Fortschritte in der MKG-Chirurgie  
 Ort: Bad Hofgastein  
 Info: [www.mkg-kongress.at](http://www.mkg-kongress.at)

■ 04. bis 05. März 2011  
**Frühjahrsklausurtagung der Österreichischen Gesellschaft für Handchirurgie (ÖGH) gemeinsam mit Ergo – und PhysiotherapeutInnen**

Thema: Behandlung von Weichteildefekten an der Hand  
 Ort: Wien  
 Tagungsleitung: PD Dr. Matthias Rab  
 Info: ÖGH-Sekretariat, Andrea Stanek, Hollandstraße 14, A-1020 Wien, Fon 0043/1/5333542, Fax 0043/1/5333542-19, E-Mail: [office@handchirurgen.at](mailto:office@handchirurgen.at)  
 Web: [www.handchirurgen.at](http://www.handchirurgen.at)

## SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

■ 26. bis 28. Mai 2010  
**97. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie / 8. Gemeinsame Jahrestagung mit der Schweizerischen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie**

Ort: Interlaken  
 Info: [www.chirurgiekongress.ch](http://www.chirurgiekongress.ch)

■ 30. Mai bis 02. Juni 2010  
**18<sup>th</sup> European Conference on General Thoracic Surgery**

Ort: Valladolid, Spanien  
 Info: [www.estsmeetings.org/2010](http://www.estsmeetings.org/2010)

■ 02. bis 05. Juni 2010  
**11<sup>th</sup> EFORT Congress (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology)**

Ort: Madrid  
 Info: [www.efort.org](http://www.efort.org)

■ 04. bis 06. Juni 2010  
**3<sup>rd</sup> Congress of EASAPS (European Association of Societies of Aesthetic Plastic Surgery) incorporating the Spring Academy of VDÄPC**

Ort: Aachen  
 Info: [www.aesthetic-surgery.de](http://www.aesthetic-surgery.de)

■ 04. bis 08. Juni 2010  
**Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology (ASCO)**

Ort: Chicago  
 Info: <http://chicago2010.asco.org>

■ 09. bis 12. Juni 2010  
**14<sup>th</sup> Congress of the European Society of Sports Traumatology Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA)**

Ort: Oslo  
 Info: [www.esska2010.com](http://www.esska2010.com)

■ 10. Juni 2010  
**3. Kongress „Klinikpfade in der Chirurgie“: Prozessmanagement in der perioperativen Medizin**

Ort: Mannheim  
 Info: [www.klinikpfade.de](http://www.klinikpfade.de)

■ 11. bis 12. Juni 2010  
**8. Jahrestagung der Deutschen Herniengesellschaft**

Ort: München  
 Info: [www.hernien2010.de](http://www.hernien2010.de)

■ 11. bis 12. Juni 2010  
**2. Süddeutsche Gefäßtage**

Ort: Ettlingen  
 Info: [www.carlo-praetorius.de](http://www.carlo-praetorius.de)

■ 11. bis 13. Juni 2010  
**4. Wachauer Venensymposium**

Ort: Spitz a.d. Donau  
 Info: [www.venensymposium.org](http://www.venensymposium.org)

■ 17. bis 19. Juni 2010  
**43. Jahrestagung und 21. Fortbildungskurs der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)**

**reduzierte Teilnahmegebühren für ÖGC-Mitglieder !!**  
 Ort: Ried im Innkreis  
 Info: [www.oeggh.at](http://www.oeggh.at)

■ 17. bis 20. Juni 2010  
**2. Allgemeinmedizin Update – Refresher**

Ort: Aula der Wissenschaften, Wien  
 Info: [www.fomf.at](http://www.fomf.at)

■ 18. bis 19. Juni 2010  
**29. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie**

Ort: Hamburg  
 Info: [www.conventus.de/skt2010](http://www.conventus.de/skt2010)

■ 23. bis 26. Juni 2010  
**XV<sup>th</sup> Congress of FESSH (Federation of European Societies for Surgery of the Hand)**

Ort: Bukarest  
 Info: [www.fessh2010.com](http://www.fessh2010.com)

■ 23. bis 26. Juni 2010  
**CARS 2010 – Computer Assisted Radiology and Surgery**

Ort: Genf  
 Info: [www.cars-int.org](http://www.cars-int.org)

■ 25. Juni 2010  
**5. Sailersymposium Gastroenterologie und Hämostaseologie & WORKSHOP der Vereinigung der Primärärzte und Ärztlichen Direktoren des Landes Steiermark**

Ort: Hörsaalzentrum der Medizinischen Universität Graz  
 Info: E-Mail: [azmedinfo@media.co.at](mailto:azmedinfo@media.co.at)

■ 25. Juni 2010  
**Endoskopie Live XIII in Salzburg**

Ort: St. Johannis-Spital, Salzburg  
 Info: [endoskopie@salk.at](mailto:endoskopie@salk.at)

■ 01. bis 02. Juli 2010  
**18<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Orthopaedic Society – EORS 2010**

Ort: Davos  
 Info: [www.eors2010.org](http://www.eors2010.org)

■ 01. bis 02. Juli 2010  
**EUREGIO Bodensee Kongress**

Ort: Schwarzenberg, Vorarlberg  
 Info: [www.euregiokongress2010.com](http://www.euregiokongress2010.com), [euregio2010@mondial-congress.com](mailto:euregio2010@mondial-congress.com)

■ 21. bis 23. Juli 2010  
**87. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V.**

Ort: Würzburg  
 Info: [www.vbc2010.de](http://www.vbc2010.de)

■ 01. bis 03. Juli 2010  
**30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie**

Ort: Hamburg  
 Info: [www.senologiekongress.de](http://www.senologiekongress.de)

■ 21. bis 24. Juli 2010  
**16<sup>th</sup> International Meeting of Advanced Spine Techniques**

Ort: Toronto  
 Info: [www.srs.org/imast](http://www.srs.org/imast)

■ 28. bis 30. Juli 2010  
**4<sup>th</sup> Latin American Conference on Lung Cancer**

Ort: Buenos Aires  
 Info: [www.lalca2010.org](http://www.lalca2010.org)

■ 05. bis 09. August 2010  
**26<sup>th</sup> International Pediatric Association Congress of Pediatrics**

Ort: Johannesburg  
 Info: [www.kenes.com/ipa](http://www.kenes.com/ipa)

- 26. bis 29. August 2010  
**2<sup>nd</sup> Meeting of the European Plastic Surgery Research Council (EPSRC)**  
Ort: Hamburg  
Info: www.epsrc.eu
- 02. bis 04. September 2010  
**29<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Bone and Joint Infection Society (EBJIS)**  
Ort: Heidelberg  
Info: www.ebjis2010.org
- 02. bis 05. September 2010  
**12<sup>th</sup> World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus (ISDE)**  
Ort: Kagoshima, Japan  
Info: www.isde.net
- 03. bis 07. September 2010  
**XV World Congress of the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)**  
Ort: Los Angeles  
Info: www.ifso2010.com
- 05. bis 08. September 2010  
**11<sup>th</sup> International Congress on Shoulder and Elbow Surgery**  
Ort: Edinburgh  
Info: www.icses2010.com
- 14. bis 17. September 2010  
**20<sup>th</sup> Congress of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery (EACMFS)**  
Ort: Bruges, Belgien  
Info: www.eacmfs2010.org
- 14. bis 18. September 2010  
**41. Jahrestagung der DGPRÄC/15. Jahrestagung der VDÄPC**  
Ort: Dresden  
Info: www.dgpraec2010.info
- 15. bis 17. September 2010  
**15<sup>th</sup> Congress of the European Society of Surgical Oncology (ESSO 2010)**  
Ort: Bordeaux  
Info: www.ecco-org.eu
- 15. bis 17. September 2010  
**Eurospine 2010**  
Ort: Wien  
Info: www.eurospine2010.com
- 15. bis 18. September 2010  
**Viszeralmedizin 2010 : Gastroenterologie, Viszeralchirurgie**  
Ort: Stuttgart  
Info: www.viszeralmedizin.com
- 15. bis 18. September 2010  
**LaserInnsbruck 2010 – 3<sup>rd</sup> International Conference : Advances and Controversies in Laser and Aesthetic Surgery**  
Ort: Innsbruck  
Info: www.laserinnsbruck.com
- 16. bis 18. September 2010  
**51. Symposium der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH)**  
Ort: Pamhagen, Burgenland  
Info: www.dah.at
- 23. bis 25. September 2010  
**5. Kongress der Mitteldeutschen Chirurgen**  
Ort: Magdeburg  
Info: www.conventus.de/mdcv2010
- 03. bis 07. Oktober 2010  
**96<sup>th</sup> Clinical Congress of the American College of Surgeons (ACS)**  
Ort: Washington  
Info: www.facs.org
- 04. bis 06. Oktober 2010  
**Laparoskopietage im AKH Linz**  
Ort: Linz  
Info: www.mic-linz.at
- 07. bis 09. Oktober 2010  
**Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Schweizer und Österreichischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie**  
Ort: Wien  
Info: www.tc-dach2010.at
- 07. bis 09. Oktober 2010  
**Österreichisch-Bayerischer Röntgenkongress 2010**  
Ort: Linz  
Info: www.roentgen2010.com
- 07. bis 09. Oktober 2010  
**51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)**  
Ort: Nürnberg  
Info: www.dgh-kongress.de
- 14. bis 16. Oktober 2010  
**Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Senologie**  
Ort: Wien  
Info: www.senologie.at
- 15. bis 16. Oktober 2010  
**24. Chirurzentag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC)**  
Ort: Berlin  
Info: www.chirurzentag.de
- 21. bis 24. Oktober 2010  
**3<sup>rd</sup> World Congress of Pediatric Surgery**  
Ort: Neu Delhi, Indien  
Info: www.pedsurgery.in
- 23. bis 25. Oktober 2010  
**Schmerz von Kopf bis Fuss**  
Ort: Venedig Lido, Grand Hotel Excelsior  
Info: www.modial-medical.at/schmerz-von-kopf-bis-fuss-10
- 26. bis 29. Oktober 2010  
**Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2010)**  
Ort: Berlin  
Info: www.orthopaedie-unfallchirurgie.de/dkou2010
- 28. Oktober 2010  
**Basic Surgical Skills – Gefäßnaht**  
Ort: Münster  
Info: www.basic-surgical-skills.de
- 29. bis 30. Oktober 2010  
**11. Jahrestagung der Österreichischen Adipositas Gesellschaft**  
Ort: Schloss Seggau  
Info: office@adipositas-austria.org
- 04. bis 06. November 2010  
**Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)**  
Ort: Bremen  
Info: www.conventus.de/dgnr2010
- 09. bis 13. November 2010  
**25. Berliner Gefäßchirurgisches Symposium**  
Ort: Berlin  
Info: gussmann@t-online.de
- 12. bis 13. November 2010  
**Update Gastroenterology 2010**  
Ort: Kurhaus Hall in Tirol  
Info: azmedinfo@media.co.at
- 18. bis 19. November 2010  
**6<sup>th</sup> Frankfurt Meeting : Surgery for Obesity and Metabolic Disorders**  
Ort: Frankfurt  
Info: www.frankfurter-meeting.de
- 24. bis 28. November 2010  
**6. Innere Medizin Update – Refresher**  
Ort: Aula der Wissenschaften, Wien  
Info: www.fomf.at
- 25. November 2010  
**Basic Surgical Skills – Anastomosen**  
Ort: Münster  
Info: www.basic-surgical-skills.de

- 02. bis 04. Dezember 2010  
**3<sup>rd</sup> International Consensus Summit for Sleeve Gastrectomy (ICSSG)**  
 Ort : New York  
 Info : [www.obesityeducation.com/icssg](http://www.obesityeducation.com/icssg)
- 09. Dezember 2010  
**Basic Surgical Skills – Basistechniken**  
 Ort : Münster  
 Info : [www.basic-surgical-skills.de](http://www.basic-surgical-skills.de)
- 16. bis 18. Dezember 2010  
**5. Deutscher Wirbelsäulenkongress**  
 Ort : Bremen  
 Info : [www.dwg2010.de](http://www.dwg2010.de)
- 29. Jänner 2011  
**12. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie**  
 Ort : Wien  
 Info : [www.spine.at](http://www.spine.at)
- 27. bis 30. April 2011  
**12<sup>th</sup> European Congress of Trauma & Emergency Surgery**  
 Ort : Mailand  
 Info : [www.estesonline.org](http://www.estesonline.org)
- 22. bis 27. Mai 2011  
**16<sup>th</sup> Congress of the International Confederation for Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery (IPRAS)**  
 Ort : Vancouver  
 Info : [www.ipras2011vancouver.ca](http://www.ipras2011vancouver.ca)
- 01. bis 04. Juni 2011  
**12<sup>th</sup> EFORT Congress (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology)**  
 Ort : Kopenhagen  
 Info : [www.efort.org](http://www.efort.org)
- 26. bis 29. August 2011  
**13<sup>th</sup> World Congress of Ultrasound in Medicine and Biology/Ultraschall 2011**  
 Ort : Wien  
 Info : [www.wfumb2011.org](http://www.wfumb2011.org)
- 28. August bis 01. September 2011  
**International Surgical Week (ISW 2011)**  
 Ort : Yokohama  
 Info : [www.isw2011.com](http://www.isw2011.com)
- 31. August bis 03. September 2011  
**XVI World Congress of the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)**  
 Ort : Hamburg  
 Info : [www.ifso2011.de](http://www.ifso2011.de)
- 10. bis 14. September 2011  
**International Congress of Endoscopy (ICE)**  
 Ort : Los Angeles  
 Info : [www.ice2011.com](http://www.ice2011.com)

## Wir gratulieren/Personalia:

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie hat in der 90. Vollversammlung am 20. März 2010 drei **Ehrenmitglieder** gewählt. Die feierliche Überreichung der Ehrenurkunden wird im Rahmen des 51. Österreichischen Chirurgenkongresses erfolgen an:

**Univ. Prof. Dr. Raimund MARGREITER**, emeritierter Vorstand der Universitätsklinik für Chirurgie Innsbruck

**Univ. Prof. Dr. Peter NEUHAUS**, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Charité – Campus Virchow Klinikum, Berlin

**Univ. Prof. Dr. Ferenc PERNER**, emeritierter Vorstand der Univ.-Klinik Budapest

**Univ. Prof. Dr. Michael GNANT**, Wien, erhielt am 27. Jänner 2010 an der Medizinischen Hochschule Hannover den **Claudia-von-Schilling-Preis** für seine Arbeit „Endocrine Therapy plus Zoledronic Acid in Premenopausal Breast Cancer“.

Die Leitung der Chirurgischen Abteilung am Krankenhaus Oberndorf, Salzburg, übernahm nach der Pensionierung von Prim. Dr. Manfred Umlauf **Prim. Dr. Andreas HEUBERGER**.

**Prim. Univ. Prof. Dr. Stephan KRIWANEK** ist seit Februar 2010 neuer Vorstand der Chirurgischen Abteilung des SMZ-Ost/Donauspitals. Er folgt Prof. Dr. Rudolf Schiessel nach, der in Pension gegangen ist.

**OA Dr. Ulrich SCHMIDBAUER** ist neuer Ärztlicher Leiter im St. Josef-Krankenhaus in Wien.

**Prim. Mag. phil. Univ. Prof. Dr. Franz Josef SEIBERT** ist der neue Ärztliche Leiter des Unfallkrankenhauses Graz.

**Univ. Prof. Dr. Reinhard WINDHAGER** übernahm nach der Emeritierung von Univ. Prof. Dr. Rainer Kotz die Leitung der Universitätsklinik für Orthopädie Wien.

# 51. Österreichischer Chirurgenkongress

**Der Mensch im Mittelpunkt**

**2. - 4. Juni 2010**  
**Design Center Linz**

**Kongresspräsident**

Univ.Prof. Dr. Ferdinand Mühlbacher

**Kongressekretäre**

Univ.Prof. Dr. Rudolf Steininger

Univ.Prof. Dr. Gabriela A. Berlakovich

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



**Organisation & Information**

Wiener Medizinische Akademie ° Bianca Theuer

Tel: +43 1 4051383 12 ° Fax: +43 1 4078274

[bianca.theuer@medacad.org](mailto:bianca.theuer@medacad.org)



## Österreichische Gesellschaft für Chirurgie

### Bestimmungen zur Vergabe eines Forschungsstipendiums

1. Das Stipendium wird zur finanziellen Unterstützung von Forschungsarbeiten in der allgemeinen Chirurgie oder einem Sondergebiet der Chirurgie gewährt und wird an Chirurgen/Innen vergeben, die an einer Universitätsklinik oder in einem Krankenhaus tätig sind. Der Antragsteller sollte nach Werdegang und Eignung Gewähr leisten, dass ein im Interesse des chirurgischen Fortschrittes in Österreich innovatives Ergebnis zu erwarten ist. Der Bewerber muss Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (Stammgesellschaft) sein.
2. Die Höhe des Stipendiums wird im Vorstand festgelegt.
3. Die Bewerbung ist an den Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Frankgasse 8, Billroth-Haus, 1096 Wien, PF 80, zu richten und soll **bis zum 31. Dezember** jedes Jahres eingelangt sein.
4. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:
  - a. Curriculum
  - b. Nachweis bisheriger wissenschaftlicher Tätigkeit in Form einer Publikationsliste
  - c. Verwendungszweck:
    - Themenschwerpunkt
    - Aufgabenstellung und bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisstand
    - Art und Methodik des Forschungsvorhabens
    - Umfang und voraussichtliche Dauer des Auslandsaufenthaltes
  - d. Nachweis einer Aufenthaltsbewilligung (in Form eines Einladungsschreibens bzw. einer Bestätigung über Arbeitsmöglichkeit) an der vom Kandidaten angeführten Institution.
  - e. Angaben über weitere Stipendienanträge bzw. über bereits zuerkannte Stipendien.
5. Die Bewerbung ist in vierfacher Ausführung mit einem Passfoto des Kandidaten einzureichen. Der Bewerbung ist eine Beurteilung bzw. Stellungnahme durch den Vorgesetzten (Klinik- bzw. Abteilungsvorstand) und ein Empfehlungsschreiben beizulegen.
6. Die Behandlung der Anträge erfolgt durch eine Jury bestehend aus Mitgliedern des Präsidiums.
7. Das Stipendium ist nicht aufschiebbar. Es muss im dafür vorgesehenen Jahr genutzt werden.
8. Nach Abschluss des Forschungsaufenthaltes hat der Stipendiat einen druckreifen Bericht über die Verwendung des Stipendiums und die Ergebnisse der Forschungstätigkeit einzureichen. Die Berichte können im Mitteilungsblatt der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie oder in der Zeitschrift „European Surgery/ACA“ veröffentlicht werden.

**Univ.Prof.Dr.Rudolf ROKA**  
Generalsekretär

**Univ.Prof.Dr.Ferdinand MÜHLBACHER**  
Präsident 2009/10

## Richtlinien für die Vergabe von Stipendien für wissenschaftliche Hospitationen



1. Das Stipendium wird an Chirurgen/Innen in Aus- und Weiterbildung vergeben, um innovative Entwicklungen kennen zu lernen bzw. sich neue Methoden in Diagnostik und Therapie anzueignen. Der Bewerber muss Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (Stammgesellschaft) sein.
2. Die Höhe des Stipendiums wird im Vorstand festgelegt.
3. Die Bewerbung ist in vierfacher Ausführung an den Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Frankgasse 8, Billroth-Haus, 1096 Wien, PF 80, zu richten und kann zu folgenden Terminen eingereicht werden: **1. Februar, 1. Mai, 1. September** jedes Jahres. Die Behandlung der Anträge erfolgt jeweils im Rahmen der auf den Termin folgenden Vorstandssitzung.
4. Erforderliche Unterlagen für die Einreichung:
  - a. Lebenslauf
  - b. Der Antrag muss folgende Angaben enthalten:
    - Themenschwerpunkt
    - Umfang und voraussichtliche Dauer der Hospitation
    - beantragte Summe und voraussichtliche Gesamtkosten
  - c. Der Bewerbung ist eine Beurteilung bzw. eine Stellungnahme durch den Vorgesetzten (Klinik- bzw. Abteilungsvorstand) beizulegen.
  - d. Nachweis einer Aufenthaltsbewilligung (Einladungsschreiben bzw. Bestätigung über Arbeitsmöglichkeit) von der jeweils vom Antragsteller angeführten Institution.
5. Das Stipendium ist nicht aufschiebbar. Es muss im dafür vorgesehenen Jahr genutzt werden.
6. Nach Abschluss der wissenschaftlichen Hospitation hat der Stipendiat einen druckreifen Bericht über die Verwendung des Stipendiums und die Ergebnisse einzureichen. Die Berichte können im Mitteilungsblatt der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie oder in der Zeitschrift „European Surgery/ACA“ veröffentlicht werden.

**Univ.Prof.Dr.Rudolf ROKA**  
Generalsekretär

**Univ.Prof.Dr.Ferdinand MÜHLBACHER**  
Präsident 2009/10

# Brustkrebsbehandlung in Österreich

Ein Meilenstein auf dem Weg zur Neuordnung der Brustkrebsbehandlung in Österreich

Mit der Konstituierung der **Österreichischen Zertifizierungskommission (OEZKO)** am 19. November 2009 in Salzburg wurde ein wichtiger Schritt in Richtung Implementierung von interdisziplinären Brustzentren an den österreichischen Krankenanstalten gesetzt. Voraus ging ihm ein nahezu drei Jahre andauernder, schwieriger Dialog zwischen Vertretern der an der Brustkrebsbehandlung beteiligten Fachgesellschaften im Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), der schließlich zu einer von allen Beteiligten mitgetragenen Anpassung des ursprünglichen EUSOMA-Konzeptes an die bestehenden Strukturen der österreichischen Krankenanstalten geführt hat.

Vorgesehen war, dass das im ÖBIG erarbeitete Konzept von **Brustgesundheitszentren und affilierten Partnern** in der Bundesgesundheitskommission vorgestellt und schließlich in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) aufgenommen wird. Dazu ist es bisher nicht gekommen. Es blieb den beteiligten Fachgesellschaften daher nichts übrig, als die Initiative zur Neuordnung und Weiterbehandlung der Brustkrebsbehandlung in Österreich inzwischen selbst in die Hand zu nehmen.

Am 12. März 2010 wurde in Wien, Billrothhaus, von der OEZKO im Zusammenwirken mit einer unabhängigen Zertifizierungsgesellschaft (Doc-Cert, St.Gallen) ein Lehrgang für Gutachter der OEZKO abgehalten, bei dem aus jedem der sog. Kernfächer (Chirurgie/Gynäkologie, Internistische Onkologie, Radioonkologie, Pathologie und Röntgenologie) zwei bis drei Fachgutachter ausgebildet wurden. Damit kann umgehend mit der Zertifizierung von zunächst 10 Brustgesundheitszentren in einer Reihe von Bundesländern begonnen werden.

Es ist zu hoffen, dass die politischen Instanzen ihrerseits nunmehr die notwendigen Maßnahmen setzen werden, damit die begleitende übergeordnete Qualitätssicherung und die Einrichtung eines zentralen Brustkrebsregisters am ÖBIG, wie seit über einem Jahr vorgesehen, installiert werden können. Erst dann wird das von der EUSOMA und der EU-Kommission in Brüssel vorgegebene Ziel, jeder Frau in Europa die bestmögliche Brustkrebsbehandlung zu ermöglichen, auch in Österreich erreicht sein.

Für den Vorstand der ÖGC:  
**Univ. Prof. Dr. H. J. Böhmig**  
**Univ. Prof. Dr. M. Gnant**  
**Univ. Prof. Dr. R. Roka**

Nachfolgend die **Geschäftsordnung der OEZKO** zu Ihrer Information.

## Geschäftsordnung Österreichische Zertifizierungskommission „OEZKO“

- 1 Präambel und Ziele
- 2 Definitionen
- 3 Zertifizierungskommission
  - 3.1 Aufgaben
  - 3.2 Mitglieder
  - 3.3 Arbeitsweise
  - 3.4 Beschlussfähigkeit
- 4 Geschäftsstelle
- 5 Qualitätssicherung
- 6 Öffentlichkeitsarbeit
- 7 Schlussbestimmungen

### 1. Präambel und Ziele

In seinem Beschluss vom 18. Oktober 2006 fordert das Europäische Parlament seine Mitgliedstaaten auf, bis 2016 eine flächendeckende Versorgung mit interdisziplinären Brustzentren sicherzustellen, da eine Behandlung in interdisziplinären Brustzentren nachweislich die Überlebenschancen verbessert und die Lebensqualität erhöht. Im Rahmen der Umsetzung haben die an der Betreuung von Frauen mit Brustkrebs beteiligten medizinischen Fachgesellschaften mit dem Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG im Jänner 2009 einen Anforderungskatalog für die Zertifizierung von Brustgesundheitszentren und Affilierten Partnern vorgelegt. Die Österreichische Zertifizierungskommission sorgt für die Umsetzung dieses Anforderungskataloges. Dabei verfolgt sie folgendes Ziel:

### Verbesserung der Überlebenschancen von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs

Folgende Teilziele leiten sich daraus ab:

1. Sicherstellung der Qualitätssicherung zur Darstellung der Ergebnisqualität.
2. Umsetzung des gemeinsamen Kataloges in ein Zertifizierungssystem, das den aktuellen klinischen und wissenschaftlichen Stand in allen Fachdisziplinen berücksichtigt.
3. Betrieb eines unabhängigen Zertifizierungssystems.
4. Sicherstellung der Interdisziplinarität im Brustgesundheitszentrum.
5. Systematische Information der Öffentlichkeit über die zertifizierten Zentren.

### 2. Definitionen Europäisches Parlament

Das Europäische Parlament fordert seine Mitgliedstaaten auf, bis 2016 eine flächendeckende Versorgung mit interdisziplinären Brustzentren sicherzustellen



## EUSOMA

European Society of Breast Cancer Specialists, gegründet 1986. Erstellt und überarbeitet Richtlinien für Brustzentren in Europa.

## ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)

Das ÖBIG hat die Erarbeitung eines Anforderungskataloges für Brustgesundheitszentren und affillierte Partner durch die Fachgesellschaften begleitet und moderiert, der die Anforderungen der EU auf die regionalen Gegebenheiten Österreichs umsetzt. Die Vertreter der Fachgesellschaften waren an der Erstellung beteiligt und haben den Katalog im Konsens bestätigt.

## Medizinische Fachgesellschaften

Folgende medizinischen Fachgesellschaften vertreten die für die Brustgesundheitszentren relevanten medizinischen Partner:

- ▣ Österreichische Gesellschaft für Chirurgie
- ▣ Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- ▣ Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
- ▣ Österreichische Gesellschaft für Nuklearmedizin
- ▣ Österreichische Gesellschaft für Pathologie
- ▣ Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie, Radiobiologie und Medizinische Radiophysik
- ▣ Österreichische Röntgengesellschaft

## Unabhängige Zertifizierungsgesellschaft

Die Österreichische Zertifizierungskommission beauftragt eine unabhängige Zertifizierungsgesellschaft, die im Rahmen der Österreichischen Zertifizierungskommission ausschließlich für die Abwicklung des Zertifizierungsverfahrens verantwortlich ist. Die Zusammenarbeit mit dieser Stelle wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

## Brustgesundheitszentren und Affilierte Partner

Zertifizierte Behandlungseinheiten, die die Vorgaben des Anforderungskataloges erfüllen.

## Qualitätssicherung

Instrument zur Darstellung der Ergebnisqualität in Brustgesundheitszentren und bei den Affilierten Partnern.

## 3. Zertifizierungskommission

### 3.1 Aufgaben

Die Zertifizierungskommission ist für folgende Aufgaben verantwortlich:

1. Festlegung und Aktualisierung der Anforderungen für die Durchführung des Zertifizierungsverfahrens
2. Festlegung der Qualifikationskriterien für Fachgutachter
3. Beurteilung der Auditberichte von durchgeführten Zertifizierungen
4. Wartung der Inhalte des Qualitätssicherungskataloges
5. Beurteilung der Ergebnisse aus der Qualitätssicherung
6. Erstellung eines jährlichen Qualitätsberichtes
7. Freigabe der Zertifikate für Brustgesundheitszentren und Affilierte Partner
8. Öffentlichkeitsarbeit
9. Bearbeitung von Anfragen, die die Punkte (1) bis (8) betreffen, sofern diese nicht durch die beauftragte Zertifizierungsgesellschaft bearbeitet werden können

### 3.2 Mitglieder

Die Zertifizierungskommission besteht aus folgenden Mitgliedern:

1. Jeweils zwei Vertreter der unter § 2 genannten medizinischen Fachgesellschaften, die durch den Präsidenten dieser Gesellschaft benannt werden. Diese Benennungen müssen dem Sprecher der Zertifizierungskommission schriftlich mitgeteilt werden und sind bis auf Widerruf gültig. Eine Stellvertreterregelung ist nicht vorgesehen.
2. Ein Vertreter der beauftragten Zertifizierungsgesellschaft ohne Stimmrecht.
3. Die Kommission kann weitere Mitglieder kooptieren.

### 3.3 Organe

Folgende Organe werden benannt:

1. Ein Sprecher und drei stellvertretende Sprecher werden für eine Funktionsperiode von 2 Jahren aus dem Kreis der unter 3.2 Abs. 1. genannten Mitglieder gewählt.
2. Ein Qualitätssicherungsbeauftragter und ein stellvertretender Qualitätssicherungsbeauftragter werden für eine Funktionsperiode von 2 Jahren aus dem Kreis der unter 3.2 Abs. 1. genannten Mitglieder gewählt und nehmen die unter §5 genannten Aufgaben wahr.

### 3.4 Arbeitsweise

Zur Bearbeitung der unter § 3.1 genannten Aufgaben verpflichtet sich die Zertifizierungskommission auf folgende Arbeitsweise:

1. Die Zertifizierungskommission trifft sich mindestens zweimal jährlich zur Zertifizierungskommissionssitzung. Die Einladung erfolgt spätestens zwei Wochen vor der Sitzung durch den Sprecher. Tagesordnungspunkte können bis spätestens eine Woche vor der Sitzung schriftlich beim Sprecher eingereicht werden. Für alle Sitzungen wird ein Protokoll angefertigt. Zuständig für die Protokollerstellung ist der Sprecher.
2. Auditberichte ohne Auflagen werden durch den Sprecher der Zertifizierungskommission überprüft und bewertet. Das Ergebnis wird formlos an die Zertifizierungsgesellschaft gemeldet. Bei Auflagen wird der Auditbericht zusätzlich dem jeweiligen Vertreter der medizinischen Fachgesellschaft zur Überprüfung und Bewertung zugestellt. Das Ergebnis wird formlos an die Zertifizierungsgesellschaft gemeldet. Alle Auditberichte werden bei der nächsten turnusmäßigen Sitzung der Kommission zur Kenntnis gebracht und von dieser bewertet. Bei Streitfällen entscheidet die Zertifizierungskommission über die Zertifizierungsfähigkeit. Der Sprecher unterzeichnet nach positiver Bewertung die Urkunde und übergibt diese im Namen der Zertifizierungskommission an das Zentrum.
3. Die Mitglieder verpflichten sich dazu, über alle im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Zertifizierungskommission bekannt gewordenen Vorgänge Stillschweigen zu bewahren.

### 3.5 Beschlussfähigkeit

Alle Beschlüsse werden einstimmig durch die anwesenden Mitglieder der Zertifizierungskommission gefasst. Abstimmungen erfolgen offen, auf Antrag eines Mitgliedes geheim. Beschlüsse werden mit dem Abstimmungsergebnis im Protokoll festgehalten.

## 4. Geschäftsstelle

Den Sitz der Geschäftsstelle legt der Sprecher der Zertifizierungskommission für seine Funktionsperiode fest.

## 5. Qualitätssicherung

Der in der Qualitätssicherung verwendete Datensatz orientiert sich an der Vorgabe der EUSOMA sowie an den Anforderungen der Zertifizierung. Für die Zusammenfassung und Auswertung der Ergebnisse ist der QS-Beauftragte verantwortlich. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden von der Zertifizierungskommission jährlich im Rahmen eines Qualitätsberichtes in anonymisierter Form veröffentlicht.

## 6. Öffentlichkeitsarbeit

Die Zertifizierungskommission unterhält eine Homepage mit folgenden Inhalten:

1. Mitglieder der Zertifizierungskommission
2. Zertifizierte Brustgesundheitszentren und Affilierte Partner
3. Beschreibung des Zertifizierungssystems
4. Formularvorlagen zum Zertifizierungsansuchen
5. Jährliche Qualitätsberichte
6. Veranstaltungen

## 7. Schlussbestimmungen

Die Zertifizierungskommission gründet sich zum 19. November 2009 im Rahmen der ersten Zertifizierungskommissions-Sitzung. Diese Geschäftsordnung wird bei der ersten Sitzung der Zertifizierungskommission verabschiedet.

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Geschäftsordnung unwirksam werden, bleibt die Geschäftsordnung im Übrigen dennoch gültig. An Stelle der unwirksamen Bestimmung hat die Zertifizierungskommission eine Ersatzregelung zu vereinbaren.

*Salzburg, 19.11.2009*

---

**Prof. Dr. R. Roka, Prof. Dr. J. Böhmig**  
für die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie

**Dr. Christian Weismann**  
für die Österreichische Röntgengesellschaft

---

**Prof. Dr. F. Sedlmayer**  
für die Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie,  
Radiobiologie und Medizinische Radiophysik

**Prof. Dr. G. Gastl, Prof. Dr. H. Samonigg**  
für die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und  
Onkologie

---

**Prof. Dr. H. Popper**  
für die Österreichische Gesellschaft für Pathologie

**PD Dr. A. Becherer**  
für die Österreichische Gesellschaft für Nuklearmedizin

---

**Prof. Dr. Chr. Marth, PD Dr. W. Neunteufel**  
für die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und  
Geburtshilfe

## Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Hollandstrasse 14, A-1020 Wien, Tel: +43-(0)1-533 35 42, Fax: +43-(0)1-533 35 42-19  
E-mail: [chirurgie@aon.at](mailto:chirurgie@aon.at), URL: [www.chirurgie.or.at](http://www.chirurgie.or.at), [www.böc.at](http://www.böc.at)

### Präsidium

Präsident	S. Roka, Wien	<a href="mailto:sebastian.roka@meduniwien.ac.at">sebastian.roka@meduniwien.ac.at</a>
Vizepräsident	R. Maier, Baden	<a href="mailto:richard.maier@baden.lknoe.at">richard.maier@baden.lknoe.at</a>
Generalsekretär und Schriftführer	A. Salat, Wien	<a href="mailto:andreas.salat@meduniwien.ac.at">andreas.salat@meduniwien.ac.at</a>
Finanzreferent	R. Bauer, Mödling	<a href="mailto:rainer_bauer@aon.at">rainer_bauer@aon.at</a>
Vertreter der angestellten Chirurgen	A. Shamiyeh, Linz	<a href="mailto:andreas.shamiyeh@akh.linz.at">andreas.shamiyeh@akh.linz.at</a>
Leiter der BÖC-Akademie	R. Fortelny, Wien	<a href="mailto:rene.fortelny@wienkav.at">rene.fortelny@wienkav.at</a>
Referent für NL Chirurgen	F.A. Weiser, Wien	<a href="mailto:dr.weiser@medway.at">dr.weiser@medway.at</a>
Referent für Univ.-Kliniken	F. Aigner, Innsbruck	<a href="mailto:felix.aigner@i-med.ac.at">felix.aigner@i-med.ac.at</a>
Abgesandter zur UEMS	J. Pfeifer, Graz	<a href="mailto:johann.pfeifer@meduni-graz.at">johann.pfeifer@meduni-graz.at</a>
Bundesfachgruppenobfrau	P. Lugger, Innsbruck	<a href="mailto:chirurgie@dr-lugger.at">chirurgie@dr-lugger.at</a>
Generalsekretär der ÖGC	R. Roka, Wien	<a href="mailto:rudolf.roka@wienkav.at">rudolf.roka@wienkav.at</a>
Vertreter des BDC	J. Ansorg, Berlin	<a href="mailto:ansorg@bdc.de">ansorg@bdc.de</a>
Vertreter aus Gremien der ÖÄK	S. Kastner, Innsbruck	<a href="mailto:stefan.kastner@aon.at">stefan.kastner@aon.at</a>
Vertreter aus Gremien der ÖÄK	W. Brunner, Salzburg	<a href="mailto:walter.brunner@bbsalz.at">walter.brunner@bbsalz.at</a>

## Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Frankgasse 8 (Billroth-Haus), 1096 Wien, Pf. 80, Fon 01/4087920, Fax 01/4081328

E-Mail: [chirurgie@billrothhaus.at](mailto:chirurgie@billrothhaus.at), Websites: [www.chirurgie-ges.at](http://www.chirurgie-ges.at) und [www.chirurgenkongress.at](http://www.chirurgenkongress.at)

### Präsidium 2009/10

Präsident:	F. Mühlbacher, Wien	<a href="mailto:ferdinand.muehlbacher@meduniwien.ac.at">ferdinand.muehlbacher@meduniwien.ac.at</a>
Past President:	A. Tuchmann, Wien	<a href="mailto:albert.tuchmann@wienkav.at">albert.tuchmann@wienkav.at</a>
President Elect:	R. Roka, Wien	<a href="mailto:rudolf.roka@wienkav.at">rudolf.roka@wienkav.at</a>
Generalsekretär:	R. Roka, Wien	<a href="mailto:rudolf.roka@wienkav.at">rudolf.roka@wienkav.at</a>
1.Kassenverwalter:	H. Mächler, Graz	<a href="mailto:heinrich.maechler@medunigratz.at">heinrich.maechler@medunigratz.at</a>
Vorsitz Aktionskomitee:	H. J. Mischinger, Graz	<a href="mailto:hans.mischinger@medunigratz.at">hans.mischinger@medunigratz.at</a>
Vorsitz Fortbildungsakademie:	H. W. Waclawiczek, Salzburg	<a href="mailto:h.w.waclawiczek@salk.at">h.w.waclawiczek@salk.at</a>

### Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2010:

ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE):	Ch. Scheuba, Wien	<a href="mailto:christian.scheuba@meduniwien.ac.at">christian.scheuba@meduniwien.ac.at</a>
ARGE für Coloproctologie (ACP):	J. Pfeifer, Graz	<a href="mailto:johann.pfeifer@medunigratz.at">johann.pfeifer@medunigratz.at</a>
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC) :	J. Karner-Hanusch, Wien	<a href="mailto:judith.karner-hanusch@meduniwien.ac.at">judith.karner-hanusch@meduniwien.ac.at</a>
ARGE für Hernienchirurgie (AHC):	Ch. Hollinsky, Wien	<a href="mailto:hollinsky@aon.at">hollinsky@aon.at</a>
ARGE für Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	J. Zacherl, Wien	<a href="mailto:johannes.zacherl@meduniwien.ac.at">johannes.zacherl@meduniwien.ac.at</a>
ARGE für Osteosynthesefragen (AOÖ):	M. Blauth, Innsbruck	<a href="mailto:michael.blauth@i-med.ac.at">michael.blauth@i-med.ac.at</a>
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	F. Stöger, Tulln	<a href="mailto:chir.ord.stoeger@aon.at">chir.ord.stoeger@aon.at</a>
Gesellschaft der Chirurgen in Wien:	F. Längle, Wr. Neustadt	<a href="mailto:friedrich.laengle@wienerneustadt.lknoe.at">friedrich.laengle@wienerneustadt.lknoe.at</a>
Ges. für Implantologie und gewebeIntegrierte Prothetik (GIGIP)	M. Ogon, Wien	<a href="mailto:michael.ogon@oss.at">michael.ogon@oss.at</a>
I.S.D.S. (Int. Society for Digestive Surgery) /österr. Sektion	K. Glaser, Wien	<a href="mailto:karl.glaser@wienkav.at">karl.glaser@wienkav.at</a>
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie:	K. Miller, Hallein	<a href="mailto:karl.miller@kh-hallein.at">karl.miller@kh-hallein.at</a>
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung:	Th. Wekerle, Wien	<a href="mailto:thomas.wekerle@meduniwien.ac.at">thomas.wekerle@meduniwien.ac.at</a>
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO):	D. Öfner-Velano, Salzburg	<a href="mailto:d.oefner@salk.at">d.oefner@salk.at</a>
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG):	W. Hofmann, Feldkirch	<a href="mailto:wolfgang.hofmann@lkhf.at">wolfgang.hofmann@lkhf.at</a>
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖGH):	H. Piza, Wien	<a href="mailto:piza@aon.at">piza@aon.at</a>
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG):	F. M. Chiari, Klagenfurt	<a href="mailto:friedrich.chiari@kabeg.at">friedrich.chiari@kabeg.at</a>
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie:	G. Fasching, Klagenfurt	<a href="mailto:guenter.fasching@kabeg.at">guenter.fasching@kabeg.at</a>
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie:	M. Hermann, Wien	<a href="mailto:michael.hermann@wienkav.at">michael.hermann@wienkav.at</a>
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC):	K. Ungersböck, St. Pölten	<a href="mailto:karl.ungersboeck@stpoelten.lknoe.at">karl.ungersboeck@stpoelten.lknoe.at</a>
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO):	J. Hochreiter, Linz	<a href="mailto:josef.hochreiter@bhs.at">josef.hochreiter@bhs.at</a>
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie:	H. Hoflehner, Laßnitzhöhe	<a href="mailto:hoflehner@schwarzl-tagesklinik.at">hoflehner@schwarzl-tagesklinik.at</a>
Österr. Ges. f. Thorax- und Herzchirurgie:	A. Maier, Graz	<a href="mailto:alf.maier@medunigratz.at">alf.maier@medunigratz.at</a>
Österr. Ges. f. Unfallchirurgie (ÖGU):	O. Kwasny, Linz	<a href="mailto:oskar.kwasny@akh.linz.at">oskar.kwasny@akh.linz.at</a>



**INNOVATION  
DELIVERED**

## Endo GIA™ Ladeeinheiten mit Tri-Staple™ Technologie

### **Klammernaht-Technologie neu definiert**

- Bestimmt zur Verwendung über ein breites Spektrum an Gewebedicke
- Erhöhter Berstdruck (als Ergebnis von Labortests)\*
- Reduziert die Gewebedruckbelastung an der äußeren KLN-Reihe im Vergleich mit Endo-GIA™ Universal Rotikulator und geraden Ladeeinheiten

---

### **Stärkere und schlankere, fixierte Andruckplatte**

- Zielgerichtete, einfachere Handhabung am Situs
- Erhöhter Gewebeklemmdruck

### **Magazinoberfläche, 3-fach gestuft**

- Ermöglicht die kontrollierte laterale Verdrängung von Gewebsflüssigkeit

\*Das Ergebnis von Labortests muss keine direkte Auswirkung auf klinische Ergebnisse haben.

COVIDIEN, Covidien logo and "positive results for life" are U.S. and/or internationally registered trademarks of Covidien AG. © 2009 Covidien AG or its affiliate. All rights reserved. AT 04-10



**COVIDIEN**

*positive results for life™*