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

Chirurgie

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

Benigne Pankreastumore

Gynäkomastie

Soft Skills in der Chirurgie

1|2013

Mehr als
Haftpflichversicherungen!

Wir von ärzteservice haben die Nase vorn bei Haftpflichtversicherungen für Ärzte und solche, die es noch werden wollen. Beherzen Sie unseren Rat und überzeugen Sie sich von unserer umfassenden Beratung in Versicherungsangelegenheiten! 7000 Mediziner vertrauen bereits auf Produkte und Leistungen von ärzteservice.

- Rechtsschutzversicherungen
- Praxisgründung
- Ordinations-, Technikkasko inklusive Inhaltsversicherungen
- Betriebsunterbrechungsversicherungen
- Unfallversicherungen
- Pensionsmanagement

TOP Service und Beratung

ärzte$service

ärzteservice Dienstleistung GmbH
Telefon: 01 402 68 34 | office@aerzteservice.com
www.facebook.com/aerzteservice
www.twitter.com/aerzteserviceAT

www.aerzteservice.com

4 **Editorial**

5 **Benigne Pankreastumore – Diagnostik**
Autor: R. Schöfl, Linz

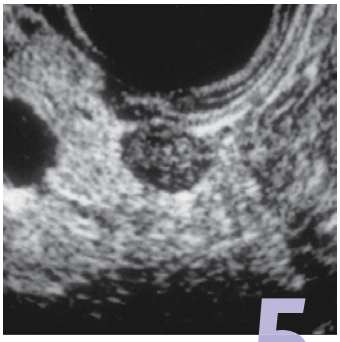
7 **Zystische und seltene solide Pankreastumore – Differentialdiagnostik und chirurgische Therapie**
Autoren: R. Függer, O. Gangl, U. Fröschl; Linz

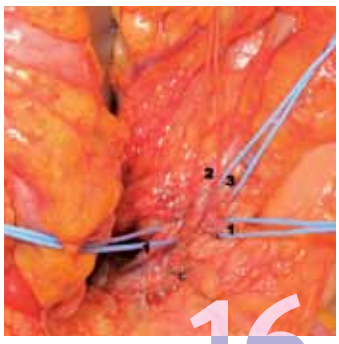
9 **Gynäkomastie**
Autor: P. Schrenk, Linz

12 **Pioniertaten in der Chirurgie: Die Entwicklung der Cholezystektomie**
Autor: W. Wayand, Linz

14 **Themen der Zeit: Soft Skills**
Autoren: S. Kriwanek, C. Kunz; Wien

16 **How I do it: Hemikolektomie rechts beim Karzinom**
Autoren: C.-T. Germer, J. Dörfer; Würzburg
B. Teleky, Wien





ÖGC

20 **Einladung zur Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie**

22 **10 Jahre Gesellschaft für Implantologie und Gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP) Interdisziplinarität als Grundkonzept modernen chirurgischen Fortschritts**
Autor: K. Vinzenz, Wien

26 **Nachruf: Hofrat Primarius i.R. Univ.-Prof. DDr. Fritz Judmaier**

BÖC Akademie

28 **BÖC Akademie & Termine 2013**

29 **3. Interdisziplinärer Beckenbodenkurs der ACP und 6. Innsbrucker Coloproktologie Wintertagung**
Autor: A.o. Univ.-Prof. Dr. Felix Aigner, EBSQ coloproctology

Service

30 **Ärzteservice**

31 **Personalia**

32 **Terminkalender**

34 **Impressum**

35 **Ansprechpartner**

Gedruckt nach der Richtlinie des Österreichischen Umweltzeichens „Druckerzeugnisse“

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wo sind denn nur die Wutärzt_innen?

Verschiedenste seriöse Institutionen warnen vor einem drohenden Ärzt_innenmangel. Abwanderung heißt eine Überschrift, Abwanderung ins innergemeinschaftliche Ausland, in dem österreichische Mediziner_innen gern gesehen, wert geschätzt, adäquat entlohnt und gefördert sind. Schöner Erfolg so meine ich, denn das spricht für das Ausbildungsniveau unserer jungen Kolleg_innen an den Medunis, die diese Leistung trotz des aktuellen Prinzips „Totsparen der Universitäten“ erbringen. Schlecht, so meine ich für die Basisversorgung z.B. in Landregionen, in denen Planposten jeglicher Position aufgrund der fehlenden Attraktivität kaum bis nur mühsam zu besetzen sind.

Fast ein Drittel der Wiener Jungärzt_innen würde aufgrund der minderwertigen Ausbildungs- und Karrieresituation nicht mehr dieses Studium wählen. Damit entscheiden sie sich übrigens richtig, wenn sie nicht in Zukunft zu jenen Burn-out gefährdeten 50% der Ärzt_innen mutieren wollen mit einer (gefühlt) enorm hohen Scheidungsrate. Universitätskrankenhäuser, an denen aufgrund der Unmöglichkeit der Flexibilisierung von Dienstverträgen und/oder Dienstzeiten (und aus Gehaltstechnischen Gründen) mancherorts immer noch 48-Stunden-Dienste geschoben werden. Ich persönlich möchte übrigens – sofern von mir beeinflussbar – niemals von Kolleg_innen in der 48ten Stunde behandelt werden müssen. Die Politiker_innen aller Couleurs wahrscheinlich auch nicht.

Viele dieser wahllos herausgepickten Missstände werden von der weit (zurück?)-blickenden Politik eher gleichgültig aufgenommen denn wahrgenommen, verinnerlicht und folgerichtig zu Konsequenzen verarbeitet, die dann als spürbare Verbesserungen im Gesundheitssystem (meist nebenbei auch ökonomisch) schlagend würden. Raus kommen bestenfalls Lösungsrülpser wie Wünsche nach einer medizinischen-Universität für Linz oder wo auch immer. Mein Vorschlag übrigens wäre eine medizinische Universität für Wolfsberg, denn im Fußball sind die sogar besser als die Linzer.

Meist aber werden wir – wie auch von unseren Kammerpolitikern – nur mit den in den politischen Akademien auswendig gelernten Standardfloskeln bekräftigt mit antrainierten Körperhaltungen abgespeist.

Traurig….., meint Ihr

Univ.-Prof. Dr. Andreas Salat
BÖC Generalsekretär und Schriftführer
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
URL: www.boec.at

Benigne Pankreastumore – Diagnostik

Einleitung

Benigne Pankreastumore gelten als selten im Vergleich zum duktalen Adenokarzinom der Bauchspeicheldrüse. Die Entität ist schlecht definiert und abgegrenzt, da im klinischen Alltag auch eine Reihe von entzündlichen Erkrankungen sich in der Bildgebung zum Verwechseln ähnlich präsentieren. Der Begriff „benign" geht schwimmend über in prämaligne und niedrig-maligne Veränderungen. Klinisch manifestieren sich manche dieser „Tumore" als obstruktiver Ikterus oder akute oder chronische Pankreatitis, manche als Zufallsbefund in bildgebenden Verfahren und wieder andere über ihre hormonellen Produkte und deren bunte Symptome. Jede Darstellung benigner Pankreastumore kann sich nicht ganz dem häufigeren Adenokarzinom verschließen, weil schon die Bezeichnung sich aus der Abgrenzung ableitet und Diagnose, Gewebsentnahme und Überwachung immer von Angst vor Verwechslung begleitet sind.

Systematik

Eigentliche Tumore (aus exokrinen Zellen, duktalen Epithelien oder hormonproduzierenden Zellen):

Papillenadenom:

Es handelt sich meist um blumenkohlartige Tumore mit oder ohne Obstruktionszeichen an den biliopankreatischen Gangsystemen, sie treten meist spontan auf, sind aber auch als Teil einer FAP (familiäre adenomatöse Polypose) möglich. Eine endoskopische Abtragung mit einer Schlinge („Papillektomie") ist alternativ zur Operation möglich, weniger invasiv und weniger riskant.

Adenom des intrapankreatischen Gallengangs:

Es stellt die seltene benigne Vorstufe eines Gallengangskarzinoms dar, das im distalen Drittel des Hepatocholedochus wie ein Pankreastumor wirkt und praktisch immer durch die Cholestase auffällt. In der Cholangioskopie sieht es einem IPMN (s.u.) ähnlich, die Tumorzotten flottieren bei Wasserfüllung im Lumen.

Solid pseudopapillärer Tumor (Frantz-Tumor):

Der Tumor tritt meist bei jüngeren Frauen auf, ist rund und gut abgegrenzt, aufgebaut aus soliden und zystischen Anteilen mit Einblutungen in variabler Verteilung. Es handelt sich um einen niedrig malignen Tumor mit einer Metastasierungs-Wahrscheinlichkeit um 10%.

Neuroendokrine Neoplasien (NEN):

Im Pankreas findet man Insulinome, Gastrinome, Glukagonome, Somatostatinome, VIPome u.a.m.. Sie treten solitär, multipel oder im Rahmen einer multiplen endokrinen Neoplasie (MEN Typ 1) auf. Sie können sich als hormonaktive Tumore über bunte klinische Bilder oder bei fehlender Hormonabgabe durch Metastasen, lokale Verdrängung oder als Zufall bei Bildgebung aus anderen Gründen manifestieren. Bekannte Hormonsyndrome sind die Hypoglykämie des Insulinoms, das Zollinger-Ellison-Syndrom mit Ulcera und Diarrhoe bei Gastrinom, die pankreatische Cholera mit profusen Durchfällen, Hypokaliämie und Achlorhydrie (Akronym WDHA) bei VIPom oder die Hyperglykämien, der Gewichtsverlust und die Hautveränderungen im Rahmen des Glukagonomsyndroms.

Zysten:

Kongenitale Zysten:
harmlose Zysten, wenig gekämmert, ohne rasche Wachstumstendenz, niedriger Gehalt an Pankreasenzymen und CEA.

Pseudozysten:
Sie sind Folge akuter oder chronischer Pankreatitiden. Sie können mit oder ohne Symptome (Schmerzen, Verdrängung und Obstruktion von Duodenum oder Gallengang) auftreten, akute Pseudozysten haben eine erhebliche spontane Rückbildungstendenz. Bekannte Komplikationen sind Infektion und Einblutung. Symptomatische große Zysten werden heute bevorzugt endosonographisch gezielt durch die Wand von Magen oder Duodenum mit mehreren parallelen Plastikstents abgeleitet, Rezidive oder Komplikationen werden vorzugsweise operativ behandelt.

Muzinöses Zystadenom:
Es tritt meist bei Frauen im mittleren Lebensalter auf. Der zystische Tumor ist aus wenigen größeren (›2cm) Kammern aufgebaut, hat eine Kapsel und keinen Anschluss ans Gangsystem. Die Hohlräume sind ausgekleidet von Zylinderepithel und gefüllt mit viskösem Schleim, der reich an CEA ist (›200ng/ml). Zuerst ist das muzinöse Zystadenom immer benign, aber etwa die Hälfte der Tumore werden im Laufe des Lebens zu einem Zystadenokarzinom entarten.

Seröses Zystadenom:
Typischerweise findet man diesen zystischen Tumor bei älteren Frauen, er ist aus vielen kleinen Kammern aufgebaut und sitzt bevorzugt im Kopf der Bauchspeicheldrüse. Typisch wäre eine zentrale Narbe, evtl. auch Verkalkungen, flache Epithelauskleidung, niedriger CEA-Gehalt und kein Anschluss ans Gangsystem. Dieser zystische Tumor entartet fast nie.

Intraduktale papilläre muzinbildende Neoplasie (IPMN) des Pankreas:
Das Epithel des Pankreasgangs proliferiert, dadurch entsteht eine intraepitheliale Neoplasie, die allmählich Dysplasien ausbilden (PanIn 1–3) und zum Karzinom werden kann. Das maligne Potential von Seitenast-IPMNs ist niedriger wie jenes von Hauptgang-IPMNs (20% vs. 80%), im Moment der Entdeckung ist immer unklar, wie weit dieser Prozess schon fortgeschritten ist. Bis zu 2cm große Seitenast-IPMNs ohne Symptome und ohne solide Anteile können engmaschig überwacht werden. Die IPMNs können multipel auftreten, was ihr malignes Potential erhöht. Typisch sind im Punktat ein erhöhtes CEA und hohe Pankreasenzyme als Ausdruck der Gangkommunikation.

R . Schöfl, Linz

Autor:
R. Schöfl, Linz

Abbildung 1: EUS-FNA einer zystischen tumorösen Veränderung. Endosonographiebild der Zysten mit der Punktionsnadel

Entzündung, Abszess, Lymphadenitis

Es gibt pseudotumoröse Formen von chronischer Pankreatitis, insbesondere bei der Autoimmunpankreatitis, die eher wie ein Tumor aussehen. Hier lohnt möglicherweise vor einer Operation eine Probetherapie mit Glukokortikoiden. Hinweise auf eine autoimmune Genese wären vermehrte Immunglobuline, insbesondere der Unterklasse IgG4, ein erhöhter ANA-Titer oder unspezifische Entzündungszeichen wie BSG oder CRP.

Raritäten wie Tuberkulome, Gummen oder Ecchinokokkose sollen nur erwähnt werden.

Die Grenzen zwischen den Gruppen und einzelnen Entitäten verschwimmen, wenn ein zystischer Tumor solide Anteile ausbildet, ein solider Tumor zystische Areale entwickelt oder eine Entzündung zur Zystenbildung führt.

Klinik

Die Symptome sind vielgestaltig und kaum richtungsweisend, Schmerzen können ganz im Vordergrund stehen oder völlig fehlen, ebenso Ikterus, Malabsorption oder Diabetes. Trotzdem kann man zwei große Pfade zur Entdeckung dieser Tumore erkennen: einerseits über die Raumforderung in einem bildgebenden Verfahren, andererseits über das hormonelle Syndrom als Produkt eines neuroendokrinen Tumors.

Bildgebende Verfahren

Sonographie, Kontrast-Sonographie, Endosonographie, CT, MR, MRCP, PET-CT, Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie haben alle ihre Stärken und Schwächen, wenn man sie anhand von Sensitivität und Spezifität für ein Malignom, von Verfügbarkeit, Reproduzierbarkeit und Kosten bewertet. Für Details verweise ich auf die einschlägige Literatur.

Abbildung 2: Neuroendokriner Tumor (Insulinom, 12mm) in der Endosonographie nach biochemischer Beweisführung im Hungerversuch

Gewebsentnahme

Das Pankreas kann sonographisch oder CT-gezielt von außen oder endosonographisch gezielt von innen durch die Wand von Magen oder Duodenum punktiert werden. Feinnadeln liefern meist nur zytologisches Material, während Nadeln nach dem Truecut-Prinzip oft histologisch verwertbares Gewebe gewinnen lassen. Die Sensitivität für Malignome soll heute über 80%, die Spezifität nahe 100% liegen, um „gute Qualität“ zu liefern. Im Fall einer unklaren zystischen Veränderung werden sowohl Zystensaft aus den Hohlräumen als auch Gewebe von eventuellen soliden Anteilen gewonnen. Aus dem Zystensaft werden Amylase und Lipase, CEA und die Zytologie analysiert. CEA-Werte über 200 ng/ml sind typisch für muzinöse Zystadenome und IPMNs, hohe Enzymwerte typisch für Pseudozysten und IPMNs. Seröse Zystadenome und kongenitale Zysten zeigen weder hohe Enzym- noch hohe CEA-Werte.

Prinzipiell kann auch im Rahmen einer ERCP mit Zange und Bürste Material aus Pankreas- und Gallengang gewonnen werden, doch rechtfertigt die alleinige Gewebsentnahme selten den Aufwand und das Risiko einer ERCP und wird nur dann ausgeführt, wenn aus anderen Gründen ohnehin eine ERCP indiziert ist; Die Sensitivität für Malignome liegt mit 60% deutlich niedriger.

Bildgebend nachgewiesene Tumore des Pankreas werden dann punktiert, wenn die Hinweise auf eine benigne Ursache substantiell sind und eine negative Histologie oder Zytologie ein konservatives Vorgehen ausreichend sicher erscheinen lassen, also z.B. beim Nachweis von Plasmazellen vom Typ IgG4, wie sie für die Autoimmunpankreatitis typisch wären oder bei Verdacht auf einen neuroendokrinen Tumor. Zystische Veränderungen sind oft nicht neoplastisch, wie die relativ häufigen Pseudozysten, oder (noch) nicht malign, wie Zystadenome oder IPMNs. Hier hilft die Punktion entscheidend in der Unterscheidung der Entitäten, der Einschätzung der Prognose und auch dem Ausschluss bereits eingetretener Malignisierung. Immer notwendig ist die Punktion vor Einleitung neo-adjuvanter Therapiekonzepte bei malignen Prozessen, sinnvoll auch dann, wenn die Risiken der Operation hoch und nur bei bewiesener Malignität akzeptabel wären.

Gänzlich verzichtet man bei Insulinomen mit typischem Fastenversuch auf die Gewebsentnahme und geht nach Lokalisation direkt auf die Operation mit intraoperativer Sonographie zu.

Auch Zysten, die sich im Anschluss an eine akute Pankreatitis ausbilden, verfolgt man vorerst klinisch und mit bildgebenden Verfahren, da sich viele von ihnen spontan innerhalb weniger Monate zurückbilden. Zysten ohne klare Pankreatitis in der Vorgeschichte brauchen eine Abklärung mittels Punktion, symptomatische Pseudozysten auch eine permanente Ableitung, um die Beschwerden zu lindern.

Beobachtung

Beobachtung über Wochen und Monate als Entscheidungshilfe versuchen wir heute weitgehend zu vermeiden, um im Falle von Malignität keine Zeit zu verlieren. Mit zunehmender Reduktion des Risikos operiert man im Zweifel lieber rasch.

Schlussfolgerung

Benigne Tumore des Pankreas und Zysten unklarer Provenienz wecken gerne Zweifel an der Dignität und Prognose. Früheres abwartendes Verhalten hat einer aktiven Abklärung mit Gewebsentnahme und Analyse von Zystenflüssigkeit Platz gemacht, um rasch eine möglichst klare Zuordnung zu den vorgestellten Entitäten zu erreichen. So kann man Patienten mit Pseudozysten, serösen Zystadenomen, Autoimmun- und anderen chronischen Pankreatitiden oft einen operativen Eingriff ersparen. Bleiben Zweifel an der Dignität, so wird rasch operiert. ■

Korrespondenzadresse
Univ.-Prof. Dr. Rainer Schöfl – Leiter der Abteilung für Innere Medizin 4 mit Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechsel, Ernährungsmedizin und Endokrinologie, Krankenhaus der Elisabethinen Linz GmbH
Fadingerstr. 1, A-4020 Linz, Tel.: +43 (0)732 7676 - 4441, Fax: +43 (0)732 7676 - 4446, E-Mail: rainer.schoefl@elisabethinen.or.at

Zystische und seltene solide Pankreastumore – Differentialdiagnostik und chirurgische Therapie

Diese Diagnosen wurden als „benigne Pankreastumore“ bezeichnet, eine inhomogene, nicht klar definierte Gruppe von Pankreasläsionen. Gemeinsam haben diese Tumore, dass sie sich in erster Linie in der Abgrenzung und Differentialdiagnose zum Pankreaskarzinom definieren. Klinisch ist die Unterscheidung benigner und maligner Pankreastumore oft nicht möglich, erst die Histologie des Operationspräparates kann die Diagnose klären. Nach der Morphologie können solide oder zystische, nach der Anamnese symptomatische oder asymptomatische Veränderungen unterschieden werden. Vor allem die offene Differentialdiagnose zum duktalen Pankreaskarzinom, zu neuroendokrinen Tumoren und das Malignitätsrisko von zystischen Tumoren prägen entscheidend die Diagnostik und chirurgische Indikationsstellung. Der Begriff „benigne Pankreastumore“ ist daher in der chirurgischen Literatur in den Hintergrund getreten. Nach dem klinischen Erscheinungsbild von Pankreastumoren ist die Einteilung in Pankreasadenokarzinom, neuroendokrine Tumore, zystische Tumore und seltene sonstige Tumore gebräuchlicher. Als zusätzliche Entität können noch die entzündlichen Tumore, vor allem bei chronischer Pankreatitis, ergänzt werden.

Diese Übersicht konzentriert sich auf die Differentialdiagnose zystischer und seltener solider Pankreastumore sowie auf das Problem der zufällig entdeckten, asymptomatischen Pankreasläsion, das in dem Zusammenhang stark zugenommen hat.

Diagnostik

Die Diagnostik jeder Pankreasläsion ist weitgehend unabhängig von der letztlich dann gestellten Diagnose. Sie umfasst die Anamnese (Pankreatitis?), Labor mit Amylase, Lipase,CA 19 – 9,CEA, CT oder MR (inkl MRCP) mit speziellem Pankreasprotokoll und Endosonografie. Bei zystischen Tumoren ist eine endosonografische Punktion mit Analyse des Zysteninhalts hilfreich für die Diagnose. Die Abdomensonografie hat maximal eine Screeningfunktion. Offene Differentialdiagnosen zur chronischen Pankreatitis (ERCP)oder neuroendokrinen Tumoren (Pet-CT, Chromogranin A u.a.) erfordern eine weitere Abklärung.

Zystische Tumore

1 – 2% aller Abdominal-CTs zeigen Pankreaszysten, damit wird diese Diagnose zunehmend und oft zufällig gestellt. Tab. 1 zeigt einen Überblick über die Häufigkeit der einzelnen zystischen Tumore inkl der Pseudozyste und der Kombination von Zyste und Adenokarzinom (1,2). Letztere ist mit 21% aller zystischen Läsionen häufig und kann zu diagnostischen Problemen führen. Ursache dafür ist ein duktales Karzinom, das den Pankreasgang stenosiert und damit zu einer zystischen Raumforderung führt. Bei der Diagnostik steht die Zyste im Vordergrund und das manchmal noch sehr kleine Karzinom wird nicht oder erst später entdeckt.

Die endosonografische Punktion mit Analyse des Zysteninhalts ist entscheidend in der Differentialdiagnose und für die chirurgische Indikation. Weniger die Zytologie, sondern Amylase und CEA in der Zystenflüssigkeit sind das Kriterium. Tab 2 zeigt die Differentialdiagnose. Ein CEA ›200 ng/ml wird bei muzinös zystischer Neoplasie und IPMN als hochgradig verdächtig für Malignität gesehen (4).

Serös zystische Neoplasie

Meist mikrozystisch, seltener makrozystisch ist diese Neoplasie als benigne einzustufen. Im CT zeigen diese Neoplasien oft eine charakteristische sternförmige Narbe im Zentrum. In der Literatur gibt es anekdotische Berichte über maligne Formen, die aber aus heutiger Sicht kritisch zu hinterfragen sind. Die Operationsindikation ergibt sich bei symptomatischen Läsionen (Ikterus, Verdrängung), unklarer Differentialdiagnose oder einer Größe über 4 cm (3).

Muzinös zystische Neoplasien

6 – 36% dieser Tumore sind bei der Operation bereits maligne. Die Diagnose einer muzinös zystischen Neoplasie stellt daher eine klare Operationsindikation dar.

Intraduktale papillär muzinöse Neoplasie (IPMN)

Seit den 90er Jahren steht diese Neoplasie zunehmend im Zentrum der Pankreaschirurgie. Nach heutiger Meinung ist eine IPMN eine potentielle Präkanzerose, sodass sich häufig eine Operationsindikation ergibt. Nach dem Ausgangspunkt unterscheidet man Hauptgangs-IPMN mit invasiver Malignität oder Carcinoma in situ in 57 – 92% und Seitenast-IPMN mit malignen Veränderungen in 6 – 46% (3,6,7). IPMN können multifokal auftreten. Die Operationsindikation folgt in der Literatur vorwiegend den Empfehlungen einer internationalen Konsensuskonferenz (Sendai-Kriterien) aus 2006 (8). Während sie beim Hauptgangs-IPMN unstrittig ist, wird nach den Sendai-Kriterien die Pankreasresektion bei Seitenast-IPMN

R. Függer, Linz

Autoren:
R. Függer, O. Gangl, U. Fröschl; Linz

Tab. 1

Zystische Tumore	Seltene solide Tumore
Pseudozysten 34 %	Teratom
IPMN 24 %	Hämangiom
Zystisch duktales Ca. 21 %	Hamartom
Serös zystische Neoplasie 10 %	Sarkoidose
Muzinös zystische Neoplasie 8 %	Nebenmilz, intrapankreatisch
Solid pseudopapilläre Neoplasie 3 %	Fokale Pankreatitis Lymphom Metastase

Tab. 2

Differentialdiagnose zystischer Läsionen

	Amylase	CEA
Pseudozyste	erhöht	nieder
Serös zystische Npl	normal	nieder
Muzinös zystische Npl	normal	erhöht
IPMN	erhöht	erhöht
Serös pseudopapilläre Npl	normal	nieder

Lit 3,4
Grenzwerte Amylase 250 U/l
CEA 5 ng/ml

dann empfohlen, wenn diese über 3 cm groß sind oder, bei einer Größe ‹3cm, morphologische Zeichen für Malignität aufweisen (wandständige Knoten, Gangdilatation, CEA Erhöhung)oder symptomatisch sind (8). Die Beobachtung von Seitenast-IPMN ‹3cm und ohne fassbare Malignitätskriterien wird allerdings kontrovers beurteilt. In zwei rezenten Studien wurde gezeigt, dass sich bei Seitenast-IPMN ohne Risikofaktoren nach der Sendai-Klassifikation in 24% ein Carcinoma in situ oder bereits ein invasives Karzinom im Resektionspräparat fand. Wandständige Knoten ›5mm oder ein CEA im Pankreassekret ›30ng/ml zeigten in 100% Malignität an (9,10). Die Operationsindikation bei Seitenast-IPMN ist daher sehr sorgfältig nach individueller Risikostratifizierung abzuwägen und setzt eine penible Diagnostik voraus.

Unabhängig von der Kontroverse bei der Therapie von Seitenast-IPMN zeigt Abb. 1 einen Algorithmus zur Therapie serös zystischer, muzinös zystischer und intraduktal papillär-muzinöser Neoplasien (nach Katz et al, 3).

Solid pseudopapilläre Neoplasien

Dieser eher seltene zystische Tumor ist auch als Frantz-Tumor bekannt und kommt fast ausschließlich bei jüngeren Frauen vor. Er wird als benigne klassifiziert, hat aber malignes Potential. In ca. 10% sind Metastasen beschrieben.

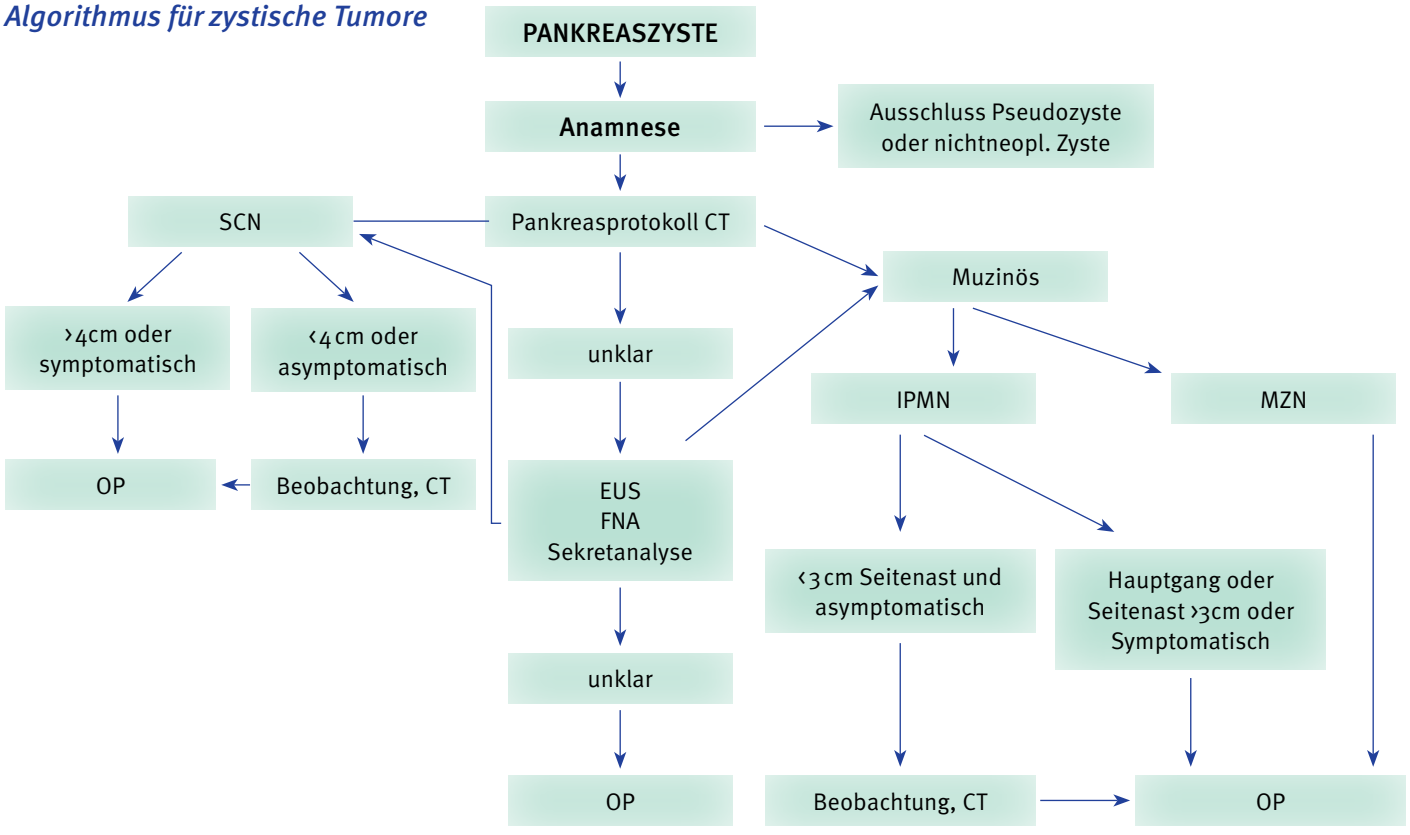
Seltene solide Tumore

Darunter wird eine völlig inhomogene Gruppe von soliden Läsionen verstanden, die vor allem in Differentialdiagnose zum Adenokarzinom stehen. Die einzelnen Diagnosen sind in Tab 1 angeführt. Neben benignen Tumoren sind seltene maligne Raumforderungen wie Metastasen (z.B. Nierenzellkarzinom, Melanom) aber auch die fokale Pankreatitis enthalten. Die Differentialdiagnose kann häufig nicht präoperativ geklärt werden. Die Gewinnung von Gewebe zur histologischen Untersuchung kann hilfreich sein, eine negative Punktion ist allerdings kein Argument gegen eine Operation.

Wahl des Resektionsverfahrens

Während bei serös zystischen Neoplasien und, je nach tatsächlicher Dignität, bei den seltenen soliden Tumoren eingeschränkte Resektionen wie die zentrale Resektion, milzerhaltende Resektion oder Enukleation möglich sind, gelten sonst die Regeln der onkologischen Pankreaschirurgie. Insbesondere muzinös zystische Neoplasien und IPMN werden wie Karzinome mit Duodenopankreatektomie (vorzugsweise pyloruserhaltend) oder Linksresektion einschließlich Standardlymphadenektomie operiert. Eine intraoperative Schnellschnittuntersuchung zur Klärung des Pankreasresektionsrandes ist unbedingt nötig. Sollte bei IPMN der Resektionsrand eine hochgradige Dysplasie oder ein Karzinom aufweisen, kann nachreseziert werden. Bei neuerlich positivem Rand und bei primär multifokaler IPMN ist die totale Pankreatektomie indiziert. Mit diesem Vorgehen bei IPMN beträgt die Rate an totalen Pankreatektomien 19,2%, ein freier

Algorithmus für zystische Tumore



nach: Katz, J Am Coll Surg 2008

R. Függer

Abb. 1: Algorithmus für zystische Tumore

Resektionsrand wird in 89% erreicht (11). Bei nicht invasiver IPMN ist das Überleben exzellent mit ›95% nach 10 Jahren, bei invasivem Karzinom gleicht sich das Überleben dem Adenokarzinom an. Bei nichtinvasiven IPMN ist eine engmaschige Überwachung indiziert. Es kommt in 10% zu einem Rezidiv im Restpankreas (6,11). Pankreasresektionen bei zystischen Tumoren und IPMN sind an Zentren mit geringer Mortalität durchführbar. Auch wenn für benigne Tumore in der Literatur teils eine höhere Komplikationsrate, insbesondere Fistelrate als bei Pankreaskarzinom und chronischer Pankreatitis angegeben wird, waren in einer eigenen Analyse weder Mortalität noch komplikationsbedingte ungeplante Revisionen häufiger (12).

Asymptomatische Pankreasläsion – Inzidentalom

Zufällig entdeckte, asymptomatische Pankreasläsionen, deren Dignität schwer einschätzbar ist, sind eine wachsende klinische Herausforderung. Die häufigeren soliden Inzidentalome weisen einen höheren Anteil an letztlich malignen Tumoren auf. Je nach Selektion, machen asymptomatische Pankreasläsionen bereits bis zu 25% der Resektionen aus, wobei der Anteil maligner, vorwiegend solider Raumforderungen mit 24% angegeben wird (13). Bei zufällig entdeckten zystischen Läsionen, bei denen primär eine Operationsindikation gestellt wurde, wiesen 11% ein invasives Malignom auf (4). Patienten, die mit zystischen Läsionen nach sorgfältiger Selektion beobachtet wurden, mussten in 6,5% im weiteren Verlauf operiert werden. Bei ihnen war der Anteil an Malignomen mit 1,7% etwa so hoch wie die zu erwartende Operationsmortalität (14). Dies zeigt, dass auch bei Inzidentalomen, eine sorgfältige Diagnostik mit individueller Einschätzung des Malignom- und Operationsrisikos gefordert ist. ■

Literatur

1. *Kosmahl M. et al.(2005): Pathologe 26(1):22-30*
2. *Kersting S. et al.(2012): JOP 13(3):268-77*
3. *Katz M. et al.(2008): J Am Coll Surg 207(1):106-20*
4. *Ferrone C. et al.(2009): Arch Surg 144(5):448-54*
5. *Fritz S. et al.(2009): Oncologist 14(2):125-36*
6. *Fritz S. et al.(2012): Chirurg 83(2):130-5*
7. *Grützmann R. et al.(2010): Chirurg 81(8):755-69*
8. *Tanaka M. et al.(2006): Pancreatology 6(1):17-32*
9. *Hirono S et al.(2012): Ann Surg 255(3):517-22*
10. *Fritz S. et al.(2012): Ann Surg 256(2):313-20*
11. *Schnelldorfer T. et al.(2008): Arch Surg 143(7):639-46*
12. *Gangl O. et al.(2011): World J Surg 35(10):2306-14*
13. *Sachs T. et al.(2009): J Gastrointest Surg 13(3):405-15*
14. *Gaujoux S.et al.(2011):J Am Coll Surg 212(4):590-600*

Korrespondenzadresse

Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Függer
Abt. für Allgemein-, Viszeral-, Gefäss-, Thorax- und Transplantationschirurgie, KH der Elisabethinen
Fadingerstrasse 1, 4020 Linz,
E-Mail: reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at

Gynäkomastie

Defintion

Unter **Gynäkomastie** versteht man die ein- oder beidseitige Vergrößerung der männlichen Brust durch Drüsengewebe. Davon zu unterscheiden ist die **Pseudogynäkomastie** als eine reine Vergrößerung durch Fettgewebe (=Fettbrust). Selten befundet der Pathologe einen Knoten der Frau als „Gynäkomastie like lesion“ – eine benigne Erkrankung, die histologisch der Gynäkomastie entspricht.

Ursachen

Ursächlich für die Gynäkomastie ist ein Östrogen/ Androgen Ungleichgewicht, mit vermindertem Testosteronspiegel, erhöhtem Östrogenspiegel durch vermehrte Produktion oder vermehrte extragonadale Umwandlung von Androgenen in Östrogene (z.B. Adipositas) oder verändertes Ansprechen der Rezeptoren am Gewebe.
Die physiologische Gynäkomastie ist die häufigste Form und betrifft 90% der Neugeborenen (mütterliches Östrogen) und bis 60% der Knaben in der Pubertät (Aromataseüberaktivität). Beide Formen bilden sich in der Mehr-

Tabelle 1: Ursachen der Gynäkomastie

Tabelle 1:
Ursachen der Gynäkomastie

1. **Physiologische Gynäkomastie**
   - Neonatal
   - in der Pubertät
   - Involutionsgynäkomastie des älteren Mannes
2. **Idiopathisch**
3. **Pathologische Gynäkomastie**
   - Endokrin: prim./sek. Hypogonadismus, Hyperthyreose, Nebennierenhyperplasie
   - Tumore: Hodentumor, Lebertumor, ektope beta-HCG Produktion, Bronchuskarzinom
   - Lebercirrhose, Niereninsuffizienz, LAS
4. **Medikamentös indiziert**
   - Östrogene, Testosteron, Anabolika
   - Antiandrogene (Behandlung des Prostatakarzinoms)
   - Antibiotika: z.B. Metronidazol
   - Chemotherapeutika: alkylierende Substanzen, Methotrexat
   - Spironolacton
   - H2 Blocker: Cimetidin, Ranitidine, Omeprazol,
   - ACE Hemmer, Calcium Kanalblocker, Digitalis
   - Tricyclische Antidepressiva, Diazepam
   - antivirale Therapie bei LAS
5. **Übergewicht, Alkohol, Drogen: Marihuana, Heroin, Kosmetika**

P. Schrenk, Linz

Autor:
P. Schrenk, Linz

zahl spontan innerhalb von Monaten oder 1 bis 2 Jahren zurück. Dies ist nicht so bei der physiologischen Gynäkomastie des älteren Mannes (bis 70%, Testosteron sinkt im Alter, Adipositas). Die Ursachen einer pathologischen Gynäkomastie sind mannigfaltig (Tabelle 1). Bei der idiopathischen Form bleibt die Ursache unbekannt.

Diagnose

Unser Vorgehen bei Gynäkomastie zeigt Abbildung 1. Die klinische Untersuchung unterscheidet die echte Gynäkomastie von der Pseudogynäkomastie. Die physiologische Gynäkomastie bedarf keiner weiteren Abklärung. Liegt keine physiologische Gynäkomastie vor, sollte gezielt nach früheren Erkrankungen wie z.B. Mumps (Mumpsorchitis), Hodenkrankheiten/Traumata, Leber-, Schilddrüsenkrankheiten, Ernährungsgewohnheiten, Medikamenten und Drogen gefragt werden. Laborchemische Untersuchungen (Leber-, Nierenparameter, Hormonstatus: LH, Testosteron, Östradiol, DHEA, Prolaktin, TSH, T3, T4 und Tumormarker: beta-HCG, AFP) können die Ursache einer Gynäkomastie eingrenzen und bedingen weitere bildgebende Untersuchungen (z.B. Sonografie von Hoden und Leber; Schädel MRI, Thorax-, Abdomen-CT).

Klinisch findet sich bei der Gynäkomastie ein subareolär gelegener, praller, gut verschieblicher und meistens beidseitig auftretender Knoten. Nur bei klinischem Verdacht auf Mammakarzinom (einseitiger, derber, oft schlecht verschieblicher, schmerzloser Knoten, der retroareolär aber auch in den übrigen Mammaquadranten sein kann, ev. Infiltration der Haut/Mamilla, blutige Mamillensekretion, axilläre Lymphadenopathie) ist eine Mammografie/Mammasonografie indiziert, eine Core Stanze (seltener operative Biopsie) bestätigt oder schließt histologisch ein Malignom aus. Die Feinnadelbiopsie ist nicht aussagekräftig.

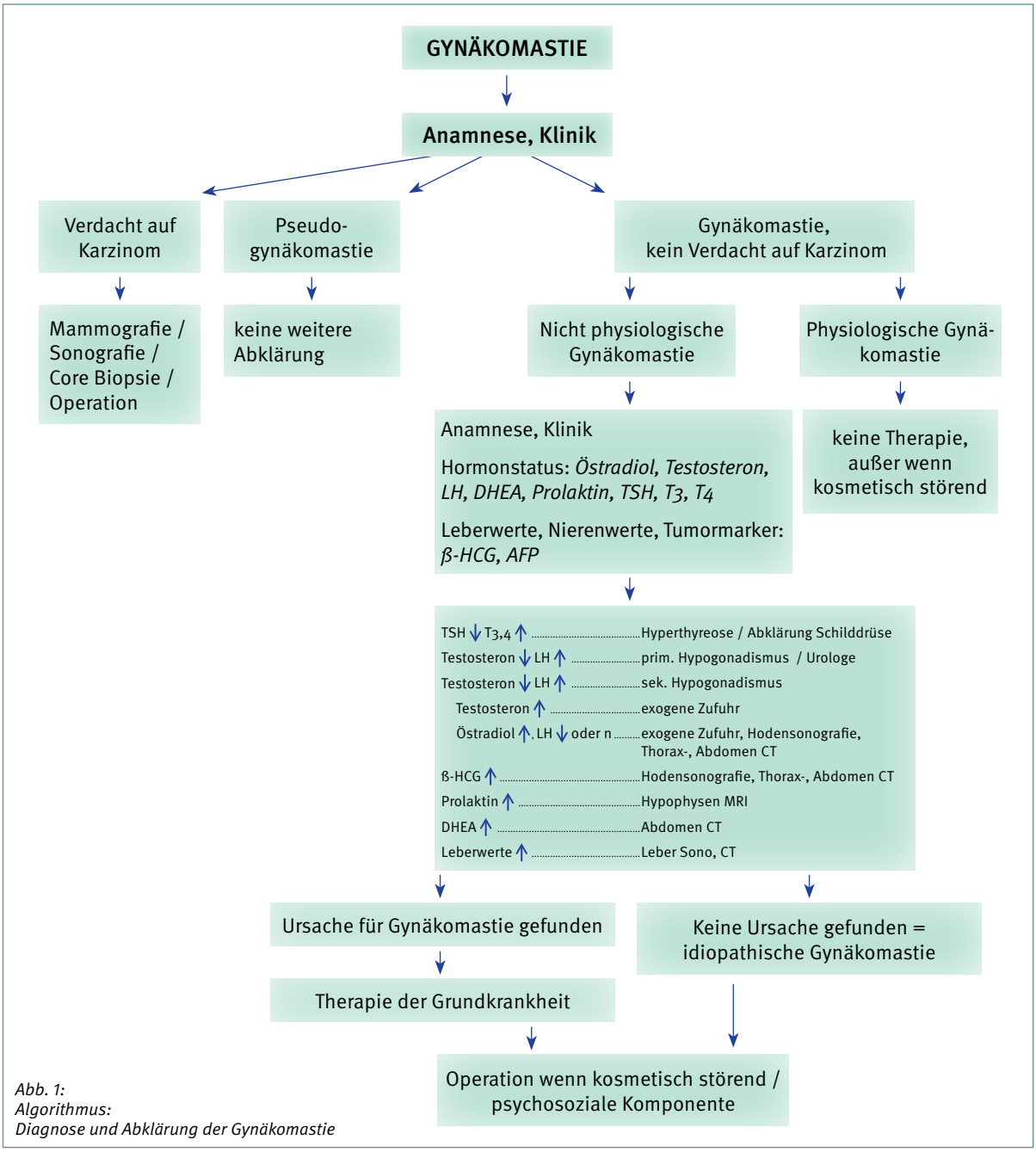


Abb. 1:
Algorithmus:
Diagnose und Abklärung der Gynäkomastie

Differentialdiagnose

Ein Mammakarzinom wird klinisch oder durch eine Stanzbiopsie ausgeschlossen. Als Rarität finden sich Metastasen oder Lymphome in der Brust, letztere können im Rahmen des LAS auftreten. Die Mastodynie (Schmerzen im Brustbereich), die vertebragen bedingt sein kann, oft aber ohne erkennbare Ursache bleibt und symptomatisch behandelt wird, lässt sich schon durch die typische Klinik und dem Fehlen eines tastbaren Knotens von der Gynäkomastie unterscheiden.

Therapie

Die physiologisch bedingte Gynäkomastie des Neugeborenen und pubertierenden Mannes zeigt eine hohe spontane Remission. Somit steht die Beruhigung des Patienten/der Angehörigen ohne weitere Therapie im Vordergrund.

Fallstudien zeigen einen begrenzten Nutzen einer **medikamentösen Therapie** (Tamoxifen, Clomiphen, Danazol, Anastrozol). Zudem ist ein Erfolg nur in der floriden Phase der ersten Monate möglich, eine Unterscheidung einer medikamentöser Wirkung von der in dieser Frühphase auftretenden spontanen Remission schwierig. In der anschließenden Phase mit zunehmender Fibrosierung des Gewebes haben Medikamente keinen Stellenwert.

- Akute Schmerztherapie der floriden Gynäkomastie mit lokaler Anwendung von Topfen, schmerzstillender Salbe
- Medikamentös bedingte Gynäkomastie: **Absetzen / Umstellen der Medikation** (aber oft nur unzureichende Rückbildung) (Abb. 2)
- **Behandlung der der Gynäkomastie zugrunde liegenden Ursache**

Operative Therapie

Diese stellt wie oft die erfolgversprechendste Behandlung dar. Indikation zur Operation sind:

- Persistenz einer physiologischen Gynäkomastie nach Abschluss der Pubertät mit entsprechendem psychosozialem Leidensdruck
- Keine Verbesserung trotz Therapie der zugrundeliegenden Ursache
- kosmetisches Problem (Fettbrust ist keine Kassenindikation !)
- Verdacht auf Karzinom

Stehen Schmerzen im Vordergrund (v.a. mit lokaler Berührungsempfindlichkeit der Mamilla), sollte vor Operation eine eingehende Aufklärung erfolgen, da hier durch eine Operation oft keine wesentliche Besserung zu erwarten ist.

Bei Pseudogynäkomastie wird eine **Liposuction** (örtliche Betäubung – Tumeszenzlösung, oder Allgemeinnarkose) durchgeführt. (Abbildung 3a, b)

Das operative Vorgehen bei echter Gynäkomastie wird von der Größe des Knotens und dem vorhandenen Hautüberschuss bestimmt. Als Operation wird eine subcutane Mastektomie durchgeführt. Dabei wird definitionsgemäß das gesamte Brustgewebe (nicht lediglich der Knoten) entfernt, der Mamillenkomplex und die Pektoralisfaszie erhalten. Die Schnittführung ist am unteren Areolenrand, seltener ein Bardenheuerscher Schnitt in der Brustumschlagfalte (bei Entfernung größerer Volumina, größere Fettbrust, die nicht per Liposuction entfernt wird). Bei vorhandenem oder postoperativ zu erwartendem Hautüberschuss erfolgt eine circumareoläre Schnittführung mit Mastopexie und subcutaner Mastektomie über diesen Zugangsweg.

Findet sich neben der Gynäkomastie zusätzlich eine Fettbrust, wird das Drüsengewebe excidiert und per Liposuction das Fettgewebe entfernt. Die alleinige Liposuction einer echten Gynäkomastie lässt Drüsengewebe zurück (Restgynäkomastie ! Rezidive !) und erlaubt zudem keine **histologische Untersuchung** des Drüsengewebes.

Besteht intraoperativ der Verdacht auf Karzinom sollte ein Gefrierschnitt und davon abhängig die weitere operative Sanierung in gleicher Sitzung erfolgen (Mastektomie und Sentinel Lymphnoten). Dies setzt eine entsprechende Aufklärung des Patienten voraus.

Postoperative Komplikationen sind: Rezidive, Nachblutung, Wundinfekte, Serome, persistierende Schmerzen, sowie ein kosmetisch für den Patienten nicht zufriedenstellendes Ergebnis durch Einziehung von Haut/Brustwarze. ■

Abbildung 2: Medikamentös bedingte Gynäkomastie (Spironolacton)

Abb. 3a: Pseudogynäkomastie vor Operation

Abb. 3b: Pseudogynäkomastie nach Liposuction

Literatur
kann bei Verfasser angefordert werden

Korrespondenzadresse
Univ.-Doz. Dr. P. Schrenk, Brustkompetenz Zentrum AKH – LFKK, Chirurgie 2, AKH Linz
Krankenhausstr. 9, 4020 Linz, E-Mail: Peter.schrenk@akh.linz.at

Pioniertaten in der Chirurgie: Die Entwicklung der Cholezystektomie

W. Wayand, Linz

Autor:
W. Wayand, Linz

Laparoskopische Cholezystektomie – Wie es begann

Der erste Bericht über eine Laparoskopie stammt von **G. Kelling** (Dresden), experimentell beim Hund 1901 durchgeführt. Die nachweisliche erste Laparoskopie am Menschen wurde 1910 von **H. C. Jakobeus** in Stockholm durchgeführt.

In den weiteren Dezennien wurde die Laparoskopie vorwiegend aus diagnostischen Gründen von Internisten, ab den 40er Jahren auch von Gynäkologen durchgeführt. Technische Weiterentwicklungen von Instrumenten (Gasinsulfflatoren, Optiken etc.) ermöglichten eine allmähliche Weiterentwicklung von der diagnostischen zur operativen Laparoskopie. Protagonist war hier besonders der Gynäkologe **K. Semm** (Kiel), der beim deutschen Chirurgenkongress 1981 in München in der großen Bayernhalle die Möglichkeit der laparoskopischen Appendektomie dem staunenden Chirurgenvolk präsentierte. Als Augen- und Ohrenzeuge kann ich mich an den dadurch entstandenen Rumor erinnern. Es war ein Sakrileg, dass sich ein Gynäkologe an dem ihnen so lieben Organ und noch dazu auf so eine unchirurgische Weise vergriff! Die Reaktionen waren negativ, gefolgt von zwei Anzeigen an den Operateur. Die operativen Möglichkeiten der Laparoskopie faszinierten mich sofort, allerdings weniger das Anwendungsgebiet „Appendix“, ich dachte sofort an die Möglichkeit auf diesem Wege die Cholezystektomie durchzuführen. „Nichts ist so stark wie eine Idee, deren Zeit gekommen ist“ (Victor Hugo).

K. Semm

E. Mühe (ehemals leitender Oberarzt in Erlangen), führte weltweit als Erster, am 12.09.1985 in Böblingen, eine laparoskopische Cholezystektomie (LCHE), durch ein von ihm aus einem Fahrradrahmen gebauten „Galloskop“, durch. (E. Mühe, begeisterter Radrennfahrer, gewann Ärzte-Radweltmeisterschaften und verunglückte 2005 bei einem Fahrradunfall tödlich!) Nach 6 LCHE durch einen transumbilicalen Zugang (Single-Port!), führte er weitere 88 LCHE mit mehrfachen Zugängen aus. Es handelte sich aus seiner Sicht um eine logische Weiterentwicklung von Single- zu Multi-Port! Mühe wurde von der deutschen Chirurgie bestenfalls belächelt und nicht als Pionier anerkannt. Nach einem Todesfall, der nicht der Methode, aber einer verspäteten Revisionsoperation anzulasten war, wurde ihm vom Gericht die weitere Anwendung dieser operativen Technik untersagt.

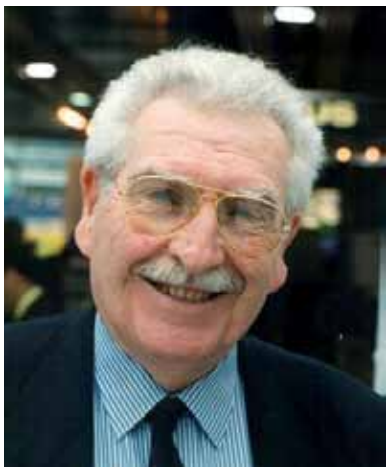
Im März 1987 führte **Ph. Mouret** (Lyon) in einem Privatspital eine gynäkologische Operation durch. Er wurde von der Operationsschwester darauf aufmerksam gemacht, dass das prall gefüllte, sichtbehindernde Organ die Gallenblase sei, und ob man sie nicht operativ entfernen könnte. Mouret mobilisierte die Gallenblase, verlagerte sie extrakorporal und trug sie ab. Seine Operationsschwester übersiedelte bald danach nach Paris und kam an die Klinik von **F. Dubois**. Dieser war für seine Minilaparotomien bei CHE bekannt und war überrascht, dass die ihm assistierende Schwester wissen ließ, dass sie den Eingriff schon wesentlich weniger invasiv in Lyon gesehen hätte. Er traf sich darauf mit dem ihn bis dahin nicht bekannten Mouret und begann ab Mai 1988 mit der LCHE.

J. Perissat (Bordeaux) beschäftigte sich in dieser Zeit mit der Gallensteinlithotrypsie und versuchte diese per Laparoskopie zu optimieren. Nachdem er bei Dubois eine LCHe sah, begann er im November 1988 damit.

Im Juni 1989 organisierte **H. Groitl** (+ 2004) in Erlangen ein Symposium, bei dem **J. Perissat** den deutschsprachigen Chirurgen erstmals in einem Film eine LCHE vorführte. Wir alle im Auditorium hatten den Eindruck, bei einem historischen Ereignis dabei zu sein. Jetzt wurde die Idee allmählich in ganz Europa aufgegriffen. Besonders extrauniversitäre Kliniken reagierten rasch. Chirurgische Ordinarii belächelten die Methode („Micky Maus Chirurgie, und ähnliches“) **H. Troidl** (Köln-Merheim) war der erste deutschsprachige Ordinarius, der im Herbst 1989 mit der LCHE begann.

Die freundschaftlichen Kontakte zu allen Genannten (und vielen weiteren Kollegen) haben nicht nur mein berufliches Leben bereichert. J. Perissat, Ehrenmitglied unserer Gesellschaft dachte immer europäisch und gründete als Pendant zur amerikanischen SAGES die EAES (European Associations of Endoscopic Surgery) wir waren 35 Protagonisten, die am 4. Oktober 1990 in Paris zur Gründung zusammenkamen.

Ich habe im November 1988 in New York tierexperimentell bei Beagles LCHE durchgeführt (Assistenz von **W. Egli**, AMI), klinisch haben wir in Linz im November 1989 mit laparoskopischen Explorativa begonnen und am 20.03.1990 mit Ass. R. Woisetschläger die erste LCHE durchgeführt.



J. Perissat

Die Reaktion aus der österreichischen Chirurgenzunft war nicht ermunternd. Auch in Österreich wurde die Idee in nicht-universitären Häusern rascher umgesetzt. Es spricht für die Geschicklichkeit und Motivationskraft der österreichischen Chirurgen, dass in insgesamt 24 Häusern bis Ende 1990 mit laparoskopischen Cholezystek-

tomien begonnen wurde, obwohl die Kosten zur Implementierung der neuen Technik nicht unerheblich waren. (In diesen ökonomischen noch günstigeren Zeiten war das offensichtlich leichter als jetzt.) Gemeinsam mit Ass. R. Woisetschläger konnte ich in diesen Pionierjahren in vielen Operationssäle im In-und Ausland Hilfe geben, die Laparoskopie zu etablieren (u.a. in Belgien, Südtirol, Tschechei, Griechenland, Syrien).

Das Indikationsspektrum wurde schrittweise ausgeweitet, weltweilt ist praktisch fast jeder Eingriff bereits minimal invasiv durchgeführt worden. Der chirurgische Erfindungsgeist sucht jedoch nach neuen Wegen, Operationen möglichst narbenfrei durchzuführen. Die eingeschrittenen Wege sind teilweise exotisch bis skurril. Psychologisch auffällig ist, dass auch gegenüber risikoreichen Zugangswegen (transgastrisch, transrektal etc.) kaum offizielle kritische Stimmen zu vernehmen sind. Das resultiert offensichtlich aus der Angst, wie vor 20 Jahren beim Beginn der Laparoskopie neuerlich mit der Prognose so gründlich danebenzuliegen.

Die Laparoskopie hat weltweit Einzug in die Operationssäle gehalten. Unsere tägliche chirurgische Technik hat sich in einem nicht für möglich gehaltenen Ausmaß geändert. Für Millionen von Patienten hat diese Operationsmethode ein geringeres Operationstrauma, raschere Mobilisierbarkeit, kürzere Spitalsaufenthalte, weniger Schmerzen und Narben gebracht.

Es muss aber daran erinnert werden, dass die Wahl der Operationsmethode mit jeden Patienten individuell besprochen werden muss. Es geht nicht um die Anwendung einer bestimmten Technik aus Prestige- und Marketingüberlegungen, sondern um das Wohl der uns anvertrauten Patienten!

Korrespondenzadresse
Univ.-Prof. Dr. W.U. Wayand
Starhembergstraße 20, 4020 Linz, E-Mail: wolfgang.wayand@liwest.at

MedMedia
Verlags Ges.m.b.H.
Part of Medical Opinion Network

Gelesen. Gespeichert.

Das MEDIZINPRODUKT goes online!

Alle Beiträge jetzt auch online unter
www.das-medizinprodukt.at

Themen der Zeit: Soft Skills

Hintergrund

Von der Antike bis ins 19. Jahrhundert wurde die Chirurgie (wörtlich: Handarbeit) als eine handwerkliche medizinische Tätigkeit angesehen. Dementsprechend waren die vom Chirurgen geforderten Eigenschaften Geschicklichkeit und vor der Ära der Narkose Schnelligkeit und Nervenstärke im Umgang mit schmerzgeplagten Patienten. Mit der Entwicklung der chirurgischen Wissenschaft nach 1850 kamen dann andere Aspekte wie die korrekte präoperative Diagnostik und Einschätzung des Zustandes der Patienten, die exakte Vorbereitung und Planung von operativen Eingriffen und die umsichtige postoperative Betreuung hinzu.

„Non-technical Skills"

Die Rolle von nicht technischen Fähigkeiten („non technical skills" oder auch „soft skills") im Rahmen operativer Eingriffe ist in ihrer Bedeutung für die Patientensicherheit erst in den letzten 15 Jahren erkannt worden (1–4). Die Analyse der ACS Claims Study (2) hat gezeigt, dass Schäden in über sechzig Prozent durch ein Versagen von „non tech skills" wie der intraoperativen Vigilanz und Entscheidungsfindung oder einer effektiven Kommunikation bedingt waren.

In Situationen mit unerwarteten Verläufen, die zu hohem Stress für den Operateur führen, sind es in hohem Ausmaß die „soft skills" die darüber entscheiden, in wie weit es gelingt, Risken zu minimieren (5,6).

Folgende „soft skills" wurden beschrieben (3):

Interpersonelle Skills:
Kommunikation, Leadership, Teamarbeit, Planung und Vorbereitung, Resourcen Management, Umgang mit Stress und Müdigkeit

Kognitive Skills
Mentale Bereitschaft, richtige Einschätzung der Situation (awareness), korrekte Einschätzung von Risken, Antizipation von Problemen, Entscheidungsfindung, Flexibilität.

Der Begriff des „Leadership" – am ehesten mit Führungsverhalten zu übersetzen – hat in der Bewertung des korrekten Ablaufs einer Operation eine große Bedeutung gewonnen (7). „Leadership" umfasst viele Aspekte des Managements (Einhaltung von Standards und Resourceneinsatz) und der Führung (Entscheidungsfindung, Unterstützung und Coaching) im Rahmen eines operativen Eingriffs

Die Bedeutung der „non-technical skills" für eine erfolgreiche chirurgische Tätigkeit hat dazu geführt, dass der Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) im Jahre 1999 die interpersonellen und Kommunikationsfähigkeiten als Kernkompetenzen für alle Ärzte festgelegt hat (8). Dementsprechend müssen diese Skills auch im Rahmen der Ausbildung erlernt und im Rahmen der Graduierung evaluiert werden.

Die englische Gruppe um Charles Vincent und Ara Darzi haben Methoden entwickelt, mit deren Hilfe „Soft Skills" unter simulierten Bedingungen erlernt und evaluiert werden können (9,10). Trainees hatten die Aufgabe in einem simulierten Operationssaal eine im Rahmen der Dissektion der Vena saphena magna aufgetretene starke Blutung aus der Vena femoralis unter Kontrolle zu bringen. Die Operation wurde aufgezeichnet und retrospektiv in Hinblick auf technische und nicht-technische Qualitäten beurteilt. Für die Evaluation der „Soft Skills" kam der NOTECHS Score zum Einsatz. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass erfahrene Chirurgen bessere technische Qualitäten im Vergleich zu Ausbildungsassistenten zeigten; bei den „non-technical skills" fanden sich keine Unterschiede.

Wesentlich für die Ausbildung von „Soft Skills" im Rahmen von Notfällen ist das Training von Situationsadäquaten Verhaltensweisen. Da es in der Chirurgie derzeit keine Modelle gibt, die die massive intraoperative Blutung wie z.B. aus der Vena cava inferior simulieren können, ist es entscheidend die korrekten Maßnahmen mental zu bearbeiten. Die Notfallskonzepte von „Stop, think, act" und „ Slowing down when you should" (11) werden dabei von den Trainees eingeübt.

Eine weitere Möglichkeit den operativen Ablauf zu verbessern stellt das mentale Training dar (12,13). Dabei werden die entscheidenden Passagen einer Operation (Knotenpunkte) visualisiert und im Beisein eines Trainers verbalisiert. In 2 Studien konnte nachgewiesen werden, dass das Mentale Training den intraoperativen Stress der Chirurgen verminderte und und die operative Performance verbesserte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass „Soft Skills" für den effektiven Ablauf eines operativen Eingriffs eine relevante Rolle spielen. Von entscheidender Bedeutung für die Sicherheit der Patienten werden diese Skills in Notfallssituationen (14). Im Rahmen der Ausbildung muss darauf Wert gelegt werden, dass junge Chirurgen und Chirurginnen die Möglichkeiten haben diese Fähigkeiten zu erwerben. ■

S. Kriwanek, Wien

Autoren:
S. Kriwanek,
C. Kunz; Wien

Literatur

1. *Gawande A, Zinner M, Studdet D Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery 2003;133:614*
2. *Rogers R, Gawande A, Kwaan M Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. Surgery 2006;140:25*
3. *Yule S, Paterson-Brown S, Maran N Non-techical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. Surgery 2006;139:140*
4. *Rhodes R Patients safety in surgical care: a systems approach. In ACS Surgery 2007 Web MD*
5. *Wetzel C The effect on stress on surgical performance. Am J Surg 2006;191:5*
6. *Arora S, Hull L, Sevdalis N Factors compromising safety in surgery: stressful events in the operating room. Am J Surg 2010;199:60*
7. *Henrickson S, Yule S, Flin F. Surgeons leadership in the operating room: an observational study. Am J Surg 2012;204:347*
8. *Sidhu R, Grober D, Reznick R Assessing competency in surgery: where to begin? Surgery 2004;135:6*
9. *Moorthy K, Nunz Y Forrest D et al Surgical crisis management skills training and assessment. Ann Surg 2006;244:139*
10. *Hull L, Arora S, Nicholas R Training faculty in nontechnical skill assessment. Ann Surg 2012; e-pub*
11. *Moulton C, Regehr G, Lingard L „Slowing down when you should": initiators and influences of the transition from the routine to the effortful. J Gastrointest Surg 2010;14:1019*
12. *Arora S, Aggarwal R, Moran A et al Mental practice: effective stress management training for novice surgeons. J Am Coll Surg 2011;212:225*
13. *Immenroth M, Bürger T, Brenner J et al Mental training in surgical education. Ann Surg 2007;245:385*
14. *Chunzi J, Martimianakis A, Kitto S Pressures to „measure up" in surgery. Ann Surg 2012;256:989*

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof.
Dr. Stephan Kriwanek
Chirurgische Abteilung,
Donauspital Wien
E-Mail: stefan.kriwanek@wienkav.at

How I do it: Hemikolektomie rechts beim Karzinom

C.-T. Germer, Würzburg

Autoren:
C.-T. Germer, J. Dörfer; Würzburg

Indikation und Hintergrund:

Bei Malignomen oder Malignomverdacht im rechts-seitigen Hemikolon (Coecum und Colon ascendens) wird als Standardeingriff eine Hemikolektomie rechts unter onkologischen Gesichtspunkten durchgeführt.

Neben den allgemeinen Prinzipien der onkologischen Chirurgie erfolgt hier eine standardisierte Lymphadenektomie durch zentrale Ligatur der Vv. ileocolica et colica dextra sowie eine radikuläre (abgangsnahe) Ligatur der Aa. ileocolica et colica dextra, wodurch eine komplette rechts-seitige mesocolische Exzision (CME) und somit eine radikale Lymphknotendissektion gewährleitet werden können.

Bei Kolonkarzinomen wird das Resektionsausmaß nicht durch die primäre Tumorlokalisation bestimmt.

Hier muss vielmehr der potentielle Metastasierungsweg entlang der Lymphknotenstationen berücksichtigt werden. Die Metastasierung erfolgt zunächst in die colonnahen Lymphknoten (paracolisch), wobei ein maximaler Abstand der Metastasen zum Tumor von 5 cm nach oral und 7,5 cm nach aboral beschrieben ist. Im Weiteren folgt die Metastasierung dem Verlauf der versorgenden Gefäße im Mesocolon nach zentral (Intermediärlymphknoten). Der sogenannte Stammlymphknoten liegt am Abgang des versorgenden Hauptgefäßes, im rechten Hemicolon am Abgang der A. ileocolica aus der A. mesenterica superior.

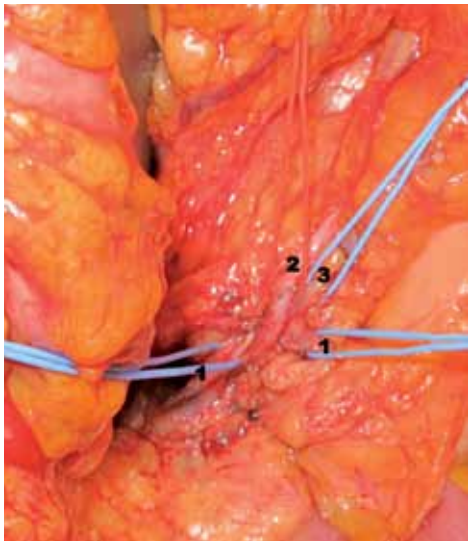


Bild A: OP Situs von rechts lateral

Ein weiterer möglicher Metastasierungsweg verläuft entlang der A. colica dextra. Diese ist nach Literaturangaben nur in 10–15 % der Fälle angelegt.

Präoperativer Standard:

Die präoperative Diagnostik erfolgt gemäß den S3-Leitlinien der Fachgesellschaften.

Schnittführung:

Als Standardzugang für die onkologische Hemikolektomie rechts dient eine rechts-mediane supraumbilikale Querlaparotomie.

Operative Präparation:

Zunächst erfolgt eine inspektorische und palpatorische Exploration des Adomens zur Befundverifizierung und zum Ausschluss von Fernmetastasen oder Zweitbefunden.

Die Präparation beginnt nach entsprechender Wundrandumlage und Einsetzen eines Ringspreitzers in der Regel von lateral und distal.

Nun erfolgt eine Inzision des Peritoneums lateral mit anschließender schichtgerechter Mobilisation der Mesenterialwurzel des rechten Hemikolons, wobei das dorsale Blatt der mesocolischen Faszie und die Gerota'sche Faszie als dorsale Begrenzung respektiert werden.

Die Intaktheit der Faszienblätter ist hier als Ausdruck der chirurgisch-onkologischen Qualität anzusehen und gewährleistet eine sichere Schonung der retroperitonealen Strukturen und eine Vermeidung von Tumorzelldissemination.

Die Präparation erfolgt scharf im embryonal angelegten, in der Regel avaskulären Raum.

Hierdurch wird eine Mobilisation der gesamten Mesenterialwurzel von lateral nach medial gewährleistet.

Die Präparation erfolgt über die rechte Flexur und den ileozoekalen Übergang hinaus.

Von lateral werden die zentralen Gefäße (A. et V. mesenterica superior) dargestellt. Nach entsprechender Präparation werden zunächst die V. ileocolica zentral und die A. ileocolica radikulär unter proximaler und distaler Ligatur (jeweils 3–0 Vicryl) abgesetzt, wobei hier in der Regel die A. ileocolica die V. mesenterica superior dorsal unterkreuzt.

Bei angelegten Vasa colica dextra erfolgt hier ein gleiches Vorgehen.

Nach intraoperativem Befund müssen ggf. die rechtsseitigen Äste der Vasa colica media ebenfalls abgesetzt werden.

Beim Absetzen der Gefäße muss strikt auf eine Schonung der A. mesenterica superior geachtet werden, um eine Schädigung des vegetativen Plexus zu vermeiden.

Nach Festlegung der Resektionsgrenzen Setzen von weichen Darmklemmen nach oral bzw. aboral sowie harten Darmklemmen zum Resektat.

Durchtrennung von Ileum und Colon transversum mit der Darmschere.

Anschließend Skelettierung des Mesocolons nach zentral auf die Gefäßabsetzungsebene unter schrittweiser Ligatur. Die komplette mesocolische Exzision (CME) und damit die radikale systematische Lymphadenektomie werden hierdurch vervollständigt.

Üblicherweise erfolgt kein intraoperativer Schnellschnitt.

Anastomosierung:

Die Passage wird durch spannungsfreie termino-terminale Ileotransversostomie wieder hergestellt. Die Anastomose wird in Einzelknopftechnik mit 4–0 Vicryl in Gambé-Technik angefertigt. Nach Überprüfung von Dichtigkeit, Durchblutung und Durchgängigkeit der Anastomose abschließende Naht des Mesocolonschlitzes.

Andere Anastomosenkonfigurationen oder Anastomosentechniken kommen nur in Ausnahmefällen zur Anwendung.

OP-Abschluss:

Abdominelle Lavage mit temperierter 0,9-prozentiger NaCl-Lösung. Auf eine intraabdominelle Drainageneinlage wird üblicherweise verzichtet. Einreihiger Faszienverschluss fortlaufend mit einer Monomax-Schlinge (Stärke 1) in small-bite-Technik. Wundspülung epifaszial / subcutan. Redondrainage subcutan und Hautverschluss mit 3–0 Prolene in Einzelknopf-Technik nach Donati.

Variationen:

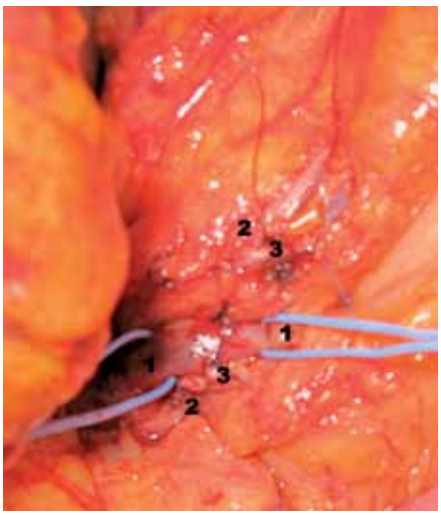
Die onkologische Hemikolektomie rechts kann in selektierten Fällen unter Wahrung der oben beschriebenen onkologischen Operationskriterien auch laparoskopisch assistiert durchgeführt werden. Bei bereits stattgehabter Laparotomie wird wenn möglich auf die bestehende Schnittführung zurückgegriffen.

Postoperativer Standard:

Nach anästhesiologischer Nüchterngrenze erfolgt ein zügiger Kostaufbau (fast track). Das postoperative Therapieregime (z.B. adjuvante Chemotherapie) und die Tumornachsorge erfolgen leitliniengerecht nach den S3-Standards. ■

Bild B: OP Situs nach Absetzen der A. ileocolica

Bild C: OP Situs nach Absetzen der V. ileocolica



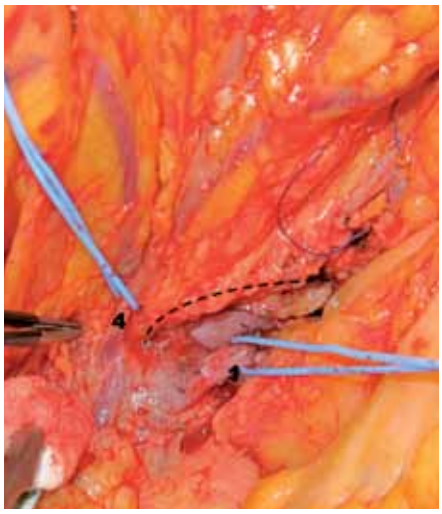


Bild D: Resektionsebene CME

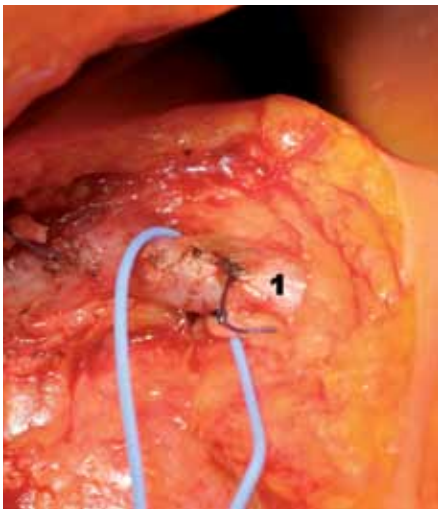


Bild E: OP Situs nach Resektion

Literatur:

1. Hohenberger W et al. (2009): Colorectal Disease, 11(4):354–365
2. Weber K et al. (2012): Der Chirurg, 83:487–500
3. Schmiegel W et al. (2008): Z Gastroenterol, 46:1-73
4. West NP et al. (2010): Journal of Clinical Oncology, 28(2):272-8
5. Golligher JC (Hrsg.) (1984): Surgery of the anus, rectum and colon, 445

Bildlegende:

1 Vena mesenterica sup.
2 Arteria ileocolica
3 Vena ileocolica
4 Vena colica media (rechter Ast)
----- Resektionsebene der CME

Korrespondenzadresse
Univ.-Prof. Dr. med. C.-T. Germer
Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie; Universitätsklinikum Würzburg
Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg
Tel. +49 (0)931 201 31 000, E-mail: germer_c@chirurgie.uni-wuerzburg.de, Website: www.zom-wuerzburg.de

How I do it: Hemikolektomie rechts beim Karzinom

B. Teleky, Wien

Autor:
B. Teleky, Wien

Handelt es sich um ein Karzinom des Coecums oder des Colon ascendens, so ist die Regeloperation die rechtsseitige Hemikolektomie mit Durchtrennung der A.colica dextra und der A.ileocolica am Stamm. Die A.colica dextra weist viele Variationen auf und entspringt meistens aus der A.colica media oder aus der A.mesenterica superior und ist nur in etwa 10–15 % vorhanden. Der rechte Ast der A.colica media wird zentral durchtrennt während der Stamm der A.colica media erhalten bleibt. Unter Beachtung der onkologischen Grundsätze der Tumorchirurgie des Colonkarzinoms erfolgt die radikuläre Entfernung des Lymphabflussgebietes. Das Omentum majus wird bis Mitte Colon transversum entfernt. Anderes verhält es sich beim Karzinom der rechten Flexur und des proximalen Colon transversums. Hier ist an eine erweiterte Hemikolektomie rechts zu denken, wobei die A.colica media zentral ligiert wird. Als erster Schritt wird das Peritoneum lateral vom Coekalpol und des Colon ascendens inzidiert und entsprechend den embryonalen Schichten folgend von der Told'schen Fascie aus dem Retroperitoneum losgelöst. Danach erfolgt die Mobilisierung des Colon ascendens mit Durchtrennung des Lig. hepatocolicum. Ein wichtiger Schritt scheint mir in der Durchtrennung des Lig.duodenocolicums zu sein, da erst dadurch die Freipräparation vom Pankreaskopf die komplette Mobilisierung des Mesocolons ascendens und der Mesenterialwurzel möglich ist. Nun wird die Bursa omentalis eröffnet und das Lig. gastricolicum unter Schonung des Hauptstammes der A. und V. gastroepiploica dextra durchtrennt. Dann wird das Omentum majus von der großen Magenkurvatur bis zur Mitte Colon transversum abpräpariert oder bei der erweiterten rechtsseitigen Hemikolektomie entsprechend der Lage des Karzinoms partiell oder komplett mitreseziert. Besondere Beachtung gilt dem Ablösen des medialen Duodenalrandes um eine Verletzung der A. und V. pancreaticaduodenalis anterior inferior zu verhindern.

Ganz entscheidend erscheint mir bei der rechtsseitigen Hemikolektomie die „Complete Mesocolic Excision" (CME), die seit nunmehr 10 Jahren eingeführt ist und aus einer Präparation entlang der embryonalen Schichten besteht (1). Ähnlich wie beim Mesorektum wird das Mesocolon im tumortragenden Abschnitt und dem Lymphabflussgebiet reseziert (2). Auf alle Fälle wird nach CME ähnlich wie beim TME des Rektumkarzinoms das Präparat durch den Pathologen beurteilt und entsprechend vermessen (3). Unbedingt sollte die Verletzung der Hüllen direkt am Karzinom vermieden werden, da man dann zwangsläufig mit höheren Lokalrezidivraten rechnen muss. Nach Lymphadenektomie am Pankreaskopf erfolgt schließlich die selektive Durchtrennung – wenn vorhanden – der A.colica dextra und des rechten Astes der A.colica media unter Zuhilfe der Diaphanie. Als nächster Schritt werden die Resektionsgrenzen festgesetzt, einerseits etwa 15–20 cm, proximal der Valvula Bauhini und andererseits am Übergang laterales zum mittleren Drittel des Colon transversums. Nach kompletter CME lässt sich nun das gesamte Hemicolon mit dem terminalen Ileum wie ein Segel vor die Bauchdecke ausbreiten. Nach Inzision des Mesocolons bzw. des Mesenterums wird als letzter Schritt die A.ileocolica mit der Begleitvene am Stamm ligiert, das Colon transversum bzw. das terminale Ileum durchtrennt und das Präparat geborgen. Nach der Resektionsphase erfolgt der zweite Akt, nämlich die Rekonstruktionsphase, die in einer Ileotransversostomie besteht: entweder manuell (End-zu-End, End-zu-Seit oder Seit-zu-Seit) oder maschinell zumeist mit zwei Magazinen eines GIA-Staplers Seit zu Seit, sodass funktionell eine End-zu-End Anastomose entsteht. Nicht vergessen sollte man auf die Mesenterialnaht, in dem das Mesenterium an das Mesocolon transversum refixiert wird, entweder mit Einzelknopf- oder mit einer fortlaufenden Naht.

Abschließend werden zwei Easyflow-drains vom rechten Mittelbauch aus zur Anastomose bzw. zum ehemaligen Colon-Ascendensgebiet platziert. Der Wundverschluss erfolgt mit zwei PDS Schlingen.

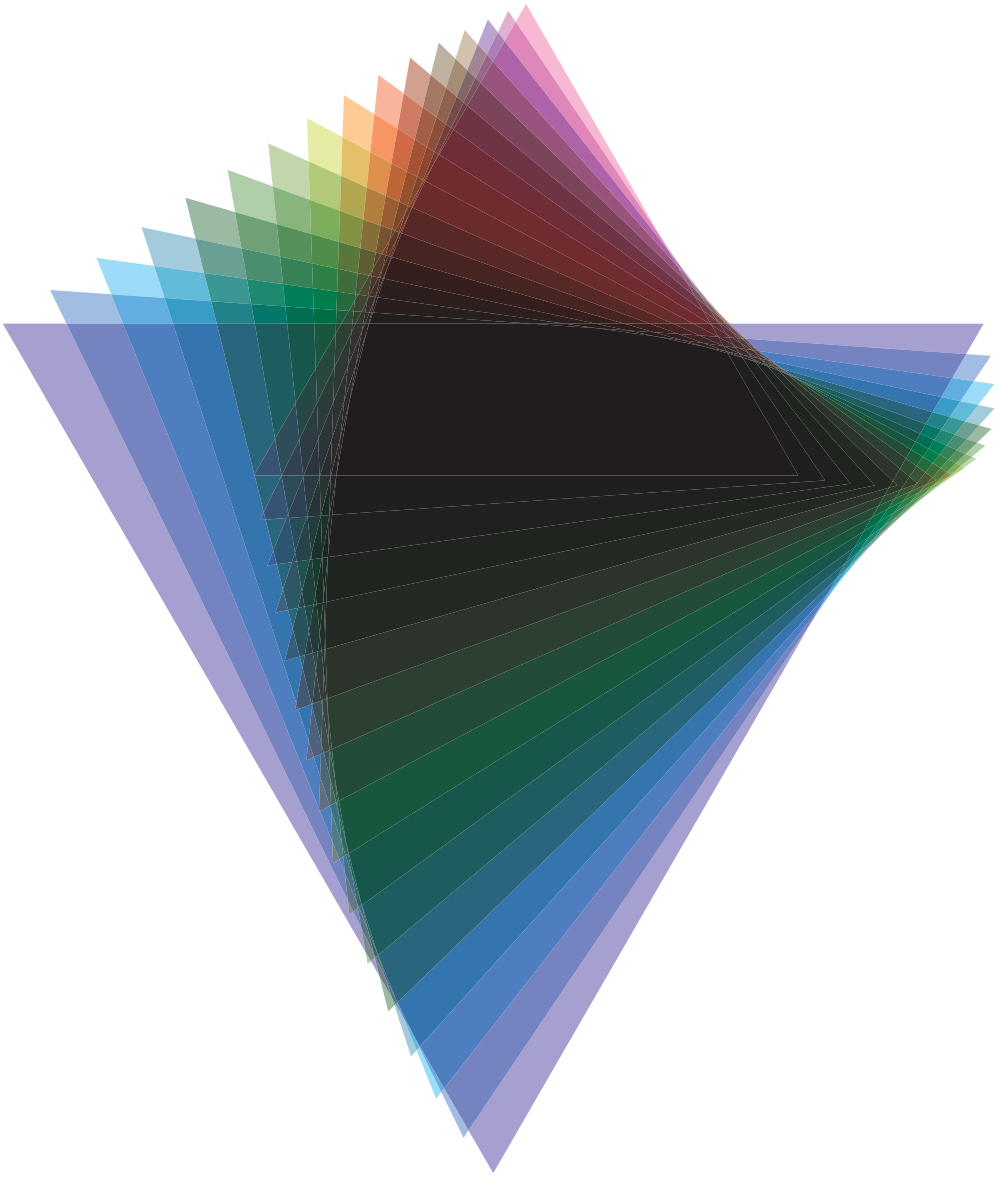
Der definitive Stellenwert der laparoskopischen Colonresektion bei der rechtsseitigen Hemikolektomie ist noch immer nicht geklärt. Auf alle Fälle müssen sowohl für die offene als auch für laparoskopische rechtsseitige Hemikolektomie dieselben chirurgischen Richtlinien und Grundsätze gelten. Bei kleinen Karzinomen mit gleichen onkologischen Standards (CME Anzahl der Lymphknoten), sind die Ergebnisse durchaus ähnlich. Wie immer besteht der Vorteil des laparoskopischen Vorgehens in einem kürzeren Krankenhausaufenthalt und in einem geringeren Analgetikabedarf. Andererseits können nicht zuletzt durch die Bedachtnahme des Fast-Track-konzepts auch ähnliche Kurzzeitergebnisse in der offenen Chirurgie gesehen werden. Nach wie vor offen ist die Bewertung der Langzeitergebnisse der Laparoskopie, wobei eine Patientenselektion mitberücksichtigt werden muss. Auf alle Fälle beeinflusst die Konversion zur offenen Chirurgie die Komplikationsrate und die onkologischen Überlebensraten negativ. ■

Literatur:
1. W. Hohenberger et al. Colorectal Disease 2009
2. N. West, Lancet Oncology 2008
3. N. West et al Journal of Clinical Oncology 2010

Korrespondenzadresse
Univ.-Prof. Dr. Béla Teleky
Universitätsklinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, E-Mail: bela.teleky@meduniwien.ac.at

54. Österreichischer Chirurgenkongress

30. Mai - 1. Juni 2013, Messe Wien



Funktionserhalt und Rekonstruktion fachbezogen und als interdisziplinäre Aufgabe

Kongresspräsident

o.Univ.-Prof. Dr. Manfred Frey

KongresssekretärInnen

ao.Univ.-Prof. Dr. Thomas Rath
Dr. Hugo Kitzinger
Dr. Julia Roka-Palkovits

www.chirurgenkongress.at

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
IN VNIONE SALVS
1958

Einladung zur Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

am Freitag, dem 31. Mai 2013, von 12:30 bis 14:30 Uhr,
im Saal Strauss 2, Messe Wien, Congress Center,
Messeplatz 1, 1020 Wien
(im Rahmen des 54.Österreichischen Chirurgenkongresses)

Tagesordnung (Stand bei Drucklegung, Änderungen und Ergänzungen vorbehalten)

Begrüßung und Eröffnung der Vollversammlung durch den Präsidenten – *M. Frey*

1. Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Bericht des Präsidenten – *M. Frey*
3. Bericht des Generalsekretärs – *R. Roka*
4. Bericht des Kassenverwalters – *H. Mächler*, Festsetzung der Beiträge 2014
5. Bericht der Rechnungsprüfer, Entlastung des Kassenverwalters und des Vorstandes
6. Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie – *H.W. Waclawiczek*
7. Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees – *H.J .Mischinger*
8. Bericht des Schriftleiters der „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“ – *M. Riegler*
9. Bericht des Assistentenvertreters – *C. Sperker*
10. Bericht der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung – *S. Roka*
11. Studienzentrum – *A. Salat, S.Roka*
12. **Wahl des 2. stv. Präsidenten 2013/14 und 2014/15, d.h. Präsidenten der Kongresse 2015 und 2016,** Neu- oder Wiederwahl von Vorstandsmitgliedern

13. Gedenken der verstorbenen Mitglieder

14. Neuaufnahme von Mitgliedern

15. Allfälliges

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

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

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

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

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

Zur Teilnahme an Abstimmungen ist der Nachweis der Mitgliedschaft erforderlich (Mitgliedsausweis = Zahlungsabschnitt des Jahresbeitrages, Statuten § 6/Abs.6)

Wir bitten um zahlreiches Erscheinen.

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Roka
Generalsekretär

Univ.-Prof. Dr. Manfred Frey
Präsident

10 Jahre Gesellschaft für Implantologie und Gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP)

Interdisziplinarität als Grundkonzept modernen chirurgischen Fortschritts

K. Vinzenz, Wien

Abb 1: Prof. Jürgen Holle und Dr. Herbert Haider bei der Gründungskonferenz im Billrothhaus

Autor:
K. Vinzenz, Wien

Die Gründung erfolgte am 16. April 2002 aufgrund bislang unbefriedigender klinischer Ergebnisse bei der Behandlung von Missbildungen und tumorbedingten Defekten des Gesichtes als Gemeinschaftsaktion von MKG-Chirurgen, plastischen Chirurgen und Zahnärzten auf Initiative von J. Holle und K. Vinzenz in Folge des Internationalen Symposiums "Art of Reconstructive and Aesthetic Surgery of the Face and Skull" in Wien am 09. Februar 2002.

Die jahrelange wissenschaftlich-chirurgische Auseinandersetzung mit diesem Thema führte zum Konzept der „Komplexen Osteoplastischen Chirurgie des Gesichtes" als eine Kombination von zum Großteil in Top-Journalen erstbeschriebenen Operationstechniken wie etwa der Transplantatvorfertigung für die Gesichtsrekonstruktion.
Der wissenschaftliche Gründungsgedanke der Interdisziplinarität führte am 20.06.2003 per einstimmigem Beschluss der Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) in erweiterter Form zur Aufnahme als assoziierte Gesellschaft unter der Mentorenschaft von R. Schiessel.
Die Arbeitsgruppen wurden aufgeteilt in Kopf-Hals, Thorax, Abdomen und Bewegungsapparat.

Abb. 2: Senator Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schiessel

Abb. 3: Pressekonferenz am 16.06.2003 im Billrothhaus: Senator Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schiessel, Gründungspräsident der GIGIP Univ.- Prof. Dr. Kurt Vinzenz und Senator Univ.-Prof. Dr. Gerhard Szinicz als Präsident der ÖGC 2003 (vlnr.)

Sämtlichen vier Arbeitsgruppen gelang es in diesen 10 Jahren ein international akzeptiertes Leistungsprofil im Rahmen nationaler und internationaler Veranstaltungen zu präsentieren:

Nachfolgend eine detaillierte Liste

Internationale Veranstaltungen

- Krems, November 11th 2011; Audimax der Donau-Universität Krems
  Internationales Symposium: Möglichkeiten und Gefahren der Ästhetischen Medizin
- Vienna, June 15./16. 2007; Holiday Inn Vienna South
  Esthetics follows Function – Meet the Professionals
  International Conference of Facial Esthetics (ICFE)
- Vienna, March 25th 2006; "Billrothhaus"
  NOMA – Reconstruction of the Face of Poverty 25.03.2006
- Vienna, May 15th 2004; Intercontinental Hotel
  ART 2 of Reconstructive and Aesthetic Surgery of the Face and Skull – Distraction Osteogenesis
- Vienna, February 8th 2002; "Evangelisches Krankenhaus Wien"
  ART of Reconstructive and Aesthetic Surgery of the Face and Skull – Satellite Meeting – Oral Surgery
- Vienna, October 5th 2002; "Billrothhaus"
  GIGIP: Satellite Symposium FDI World Dental Congress Vienna 2002

Nationale Veranstaltungen

A) Österreichische Gesellschaft für Chirurgie

- Wien 30.05. – 01.06. 2013
  54. Österreichischer Chirurgenkongress 2013
  Präsident: M. Frey
  - Exzellenzprofile ästhetischer und plastisch-rekonstruktiver Gesichtschirurgie
- Salzburg 07. – 09 Juni 2012
  53. Österreichischer Chirurgenkongress 2012
  Präsident: HW. Waclawiczek
  - Ästhetische Chirurgie (Vorsitz: R. Koller, K. Vinzenz)
- Wien 23. – 25. Juni 2011
  52. Österreichischer Chirurgenkongress 2011
  Präsident: R. Roka
  GIGIP gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft für Hernienchirurgie
  - Biologische Verträglichkeit und Effizienz von Herniennetzen (Vorsitz: R. Koller, H. Plenk)
- Wien 02. – 04. Juni 2010
  51. Österreichischer Chirurgenkongress 2010
  Präsident: F. Mühlbacher
  - Interdisziplinäre Chirurgie der Wirbelsäule (Vorsitz: M. Ogon)
- Wien 18. – 20. Juni 2009
  50. Österreichischer Chirurgenkongress 2009
  Präsident: A. Tuchmann
  GIGIP gemeinsam mit der österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie
  - Esthetics follows function in der Gesichtschirurgie 1 (Vorsitz: H. Hoflehner, Laßnitzhöhe; Y. Levy, Holzkirchen/Krems)
  - Esthetics follows function in der Gesichtschirurgie 2 (Vorsitz: K. Vinzenz, Wien/Krems; J. Umschaden, Laßnitzhöhe)
- Innsbruck 21. – 23. Mai 2008
  49. Österreichischer Chirurgenkongress 2008
  Agieren statt Reagieren. Präsident: Günther Laufer
  - „Form follows Function" – Exzellenz rekonstruktiver Gesichtschirurgie (Vorsitz: K. Vinzenz, Wien; M. Ninkovic, München)
  - Ästhetik in der rekonstruktiven Chirurgie (Vorsitz: M. Deutinger; Wien, Y. Levy, Garmisch Partenkirchen/München)
- Graz 07. – 09. Juni 2007
  48. Österreichischer Chirurgenkongress 2007
  ....aus der Tradition offen für das Neue. Präsident: H. J. Mischinger
  - Visionäre Ideen und Anwendungen für Implantate (Vorsitz: G. Wieselthaler, Wien)
- Wien 15. – 17. Juni 2006
  47. Österreichischer Chirurgenkongress 2006
  Evidence-based surgery and beyond.... Präsident: R. Jakesz
  - „Schönheit durch Silikon?" (Vorsitz: H. Hoflehner, Lassnitzhöhe; G. Zöch, Wien)
- Wien 26. – 28. Mai 2005
  46. Österreichischer Chirurgenkongress 2005
  Machbares und Sinnvolles, Präsident: R. Kotz
  - Wiederherstellung von Form und Funktion durch Implantate „Machbares und Sinnvolles" (Vorsitz: M. Frey, Wien; K. Vinzenz)
  - Rekonstruktion der Bauchdecke (Vorsitz R. Schiessel, W.Yeganehfar; Wien)
- Klagenfurt 10. – 12. Juni 2004
  45. Österreichischer Chirurgenkongress 2004
  Perioperatives Management, Präsident: M. Starlinger
  - „Infektionsprophylaxe in der Implantologie I und II" (Vorsitz: S. Breyer, Wien; K.Vinzenz, Wien)
  - Hernienchirurgie II – gemeinsam mit der AG Hernienchirurgie (Vorsitz: R. Schiessel, Wien; Ch. Hollinsky, Wien)
- Bregenz 19. – 21. Juni 2003
  44. Österreichischer Chirurgenkongress 2003
  Neue Techniken – Alte Qualitäten: Präsident: G. Szinicz
  - Aufnahme der GIGIP als assoziierte Fachgesellschaft am 20. Juni 2003
  - Implantologie I (Vorsitz: R. Koller, Wien; K.Vinzenz, Wien)
  - „Zukunftsperspektiven in der Implantatchirurgie: Neue Techniken – Alte Qualtiäten"
  - Implantologie II (Vorsitz: R. Schiessel, Wien; G. Szinicz, Bregenz) „Gewebeintegrierte Sensorgesteuerte Prothetik"

B) Österreichisch Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde

- Eisenstadt/Rust 22. – 24. September 2004
  25. Österreichischen Zahnärztekongress (ÖZK)
  - Wissenschaftliche Gesamtleitung (Prof. Kurt Vinzenz – GIGIP Präsident 2002 – 2004) gemeinsam mit der ÖGZMK – Zweigverein Burgenland; erstmals internationale Beteiligung bei einem österreichischen Zahnärztekongress. Präsident: Prof. Dr. Herbert Haider

Die Kurzfassungen über die Leistungen der Arbeitsgruppen erfolgen entsprechend der Reihung der GIGIP Präsidentschaften.

Arbeitsgruppe Kopf-Hals: *K. Vinzenz 2002–2004 und 2012–2013*

Die gleichzeitige Wiederherstellung von Ästhetik und Funktion von Patienten

mit Gesichtsentstellungen im Spektrum von Gesichtsdefekten bis hin zu ästhetischen Defiziten im Sinne einer umfassenden restorativen Gesichtschirurgie stellte das anfängliche Vorzeigeprojekt interdisziplinärer Kooperation der GIGIP mit breiter Evidenzbasis und überregionaler Akzeptanz dar.
Das deutsche Nachrichtenmagazin der „SPIEGEL“ berichtete nach eingehender internationaler Recherche im Jahre 2012 darüber. ***
Basierend auf die Grundsätze form – und gewebeidenter wiederherstellender Chirurgie wurden komplex vorgefertigte Transplantate – „to restore like with like“ auf Basis der „3 ID's“, der Identität von Größe, Form und Mikroanatomie entwickelt, mit der Formkorrektur des Gesichtes durch die Distraktionsosteogenese kombiniert und im Zuge weiterer implantologischer Eingriffe zur osteoplastischen Chirurgie des Gesichtes fusioniert.
Zusätzlich konnte der wissenschaftliche Beweis für die Nachhaltigkeit dieser Operationstechniken erbracht werden.
Die spaltchirurgischen Ergebnisse ebenso wie jene bei der Noma – Erkrankung stellen international akzeptierte chirurgische Letztstandsvarianten dar. Publikationen erfolgten in der Eur Surg (2011) 43/5:270-283; J.Cran Max Fac Surg 1996, PlastReconstrSurg 1996, 2001, 2001, 2004, 2008, JOMI 2006.
Aus oralchirurgischer Sicht kamen dabei nahezu sämtliche Implantatsysteme zur Anwendung. Die diesbezüglich erste wissenschaftliche Sitzung erfolgte am 05.10.2002 als Satellitenveranstaltung des FDI-Zahnärzteweltkongresses in Wien.
Der Gründungsvizepräsident der GIGIP Dr. Herbert Haider konnte auf Basis dieser Leistungen 2004 den 25. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Zahn- Mund-Kieferheilkunde (ÖGZMK) in Eisenstadt/Rust veranstalten und wurde 2012 zum Präsidenten der ÖGZMK gewählt.
Die Vielzahl der internationalen und nationalen Veranstaltungen zu den Themensind in der Abb4 aufgelistet.
Das diesjährigeThema zum Chirurgenkongress lautet „Exzellenzprofile ästhetischer und plastisch-rekonstruktiver Gesichtschirurgie“
Anlässlich des 10-jährigen Jubiläums der GIGIP soll eine Übersicht über den bisherigen Leistungsquerschnitt in diesem Bereich geboten werden.

Arbeitsgruppe Abdomen: *R.Schiessel 2004–2006*

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schiessel, seit 1992 Vorstand der chirurgischen Abteilung im Donauspital, konzentrierte sich auf die Forschung der Schließmuskelerhaltung beim Rektumkarzinom und die Wiederherstellung des Schließmuskels nach Trauma und Rektumamputation. Es gelang ihm durch eine Modifikation der Grazilisplastik, der sogenannten Split-Sling Technik eine zufriedenstellende Kontinenzfunktion sogar nach Rektumamputation zu erzielen.
Mit der intersphinktären Rektumresektion wurde eine Methode entwickelt mit der auch bei tiefsitzenden Rektumtumoren eine Erhaltung des Schließmuskels möglich wird. Es konnte in Langzeitstudien bewiesen werden, dass diese Methode onkologisch und funktionell zu ausgezeichneten Resultaten führt. Die intersphinktäre Rektumresektion wird heute weltweit angewendet. Die Methode wurde vor kurzem in dem von Ihm herausgegebenen Buch Intersphincteric Resection of Low Rectal Tumors Springer-Verlag Wien New York 2012, ausführlich dargestellt. ****
Insgesamt hat Prof. Schiessel 262 Publikationen veröffentlicht. Darunter in Nature, Am. J. Physiology, Cancer, GUT, Gastroenterology, Brit. J. Surgery, J. Clin. Invest., J. Clin. Oncol., und Dis. Colon Rectum. Er war visiting professor in Georgetown University in Washington,und den Universitäten in Seoul, Teheran, Bagdad, Tripolis, Sao Paulo und Fukuoka.
Anlässlich der Gründung der GIGIP am 16. April 2002 hielt Prof. Schiessel das Hauptreferat „Implantate in der Chirurgie“ und leitete zwei Sitzungen zur Rekonstruktion der Bauchdecke und Hernienchirurgie II – gemeinsam mit der AG Hernienchirurgie – anlässlich der 45 und 46. Jahrestagung der ÖGC.

Arbeitsgruppe Thorax: *G. Wieselthaler 2006–2008*

Univ.-Prof. Dr. Georg Wieselthaler, seit dem Jahre 2000 Leiter des Bereichs „Kunstherz“ an der Abteilung für Herz-Thoraxchirurgie an der Meduni Wien, veranstaltete anlässlich des 48. Österreichischen Chirurgenkongresses 2007 in Graz vom 07. – 09. Juni 2007 die Sitzung „Visionäre Ideen und Anwendungen für Implantate“.
Als einer der weltweit führenden Experten in der mechanischen Kreislaufunterstützung für end-stage Patienten mit Herzinsuffizienz wurde er 2008 zum Direktor des Herztransplantationsprogrammes und mechanische Kreislaufunterstützung am UCSF – Heart and Vascular Center in San Francisco ernannt. Er verfügt über eine umfassende Expertise bei der Implantation Herzunterstützungssysteme (VAD)
Wieselthaler war maßgeblich bei der Entwicklung von ventrikulären Unterstützungskraftpumpen und dem Kunstherz involviert. Er hat zahlreiche Artikel in Fachzeitschriften veröffentlicht und bildete weltweit Chirurgen bei der Implantation und Verwendung von VADs aus.
Er ist Mitglied in nationalen und internationalen Fachgesellschaften und designierter Präsident der International Gesellschaft für Rotationsblutpumpen.
Er ist Mitglied des Vorstandes der European Society for Artificial Organs und ehemaliger Präsident der Gesellschaft für Implantologie und Gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP) von 2006–2008.
Im April 2011 wurde er zum Präsident der International Society for Heart and Lung Transplantation ernannt.

*** Der Schädelspalter – Bildhauer am lebenden Gesicht . DER SPIEGEL 47/2012

**** Abbildung zum Buch: http://www.amazon.de/Intersphincteric-Resection-Low-Rectal-Tumors/dp/3709109280

Arbeitsgruppe Bewegungsapparat: M. Ogon 2010–2011

Univ.-Prof. Dr. Michael Ogon, Vorstand der **III. Orthopädischen Abteilung – am Orthopädisches Spital Speising** (OSS) leitete die Sitzung Interdisziplinäre Chirurgie der Wirbelsäule anlässlich des 51. Österreichischen Chirurgenkongresses 2010 am 04. Juni 2010. Es wurde dabei das gesamte Spektrum der Wirbelsäulenchirurgie, ausgehend von der minimalinvasiven Chirurgie über die Versteifungsoperationen bis hin zur Anwendung der künstlichen Bandscheibe thematisiert.
Prof. Ogon veranstaltete in diesem Zeitraum als Vorstandsmitglied der EuroSpine – the Spine Society of Europe (SSE) ihren bislang größten Kongress EUROSPINE 2010 mit 2200 Wirbelsäulenexperten und Fachärzten aus 85 Ländern am 25.–27. Sept. 2010 in Wien.
Neben der engen Interdisziplinarität aller für die Wirbelsäule wichtiger Fachbereiche wie Orthopädie, Unfallchirurgie und Neurochirurgie, ist eine vertiefende postgraduelle Ausbildung vorrangige Zielsetzung, indem Wirbelsäulenspezialisten europaweit von einem einheitlichen, bestmöglichen Ausbildungsstandard profitieren, um Patienten optimal behandeln zu können.
Das deutschsprachige Modul wird als EUROPEAN SPINE DIPLOMA gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie, als Basiskurs, sowie Aufbaukurs des „European Spine Course Diploma“ vom 21.6. – 23.6. 2012 im Hotel der France in Wien veranstaltet.
Prof. Ogon entfaltet seine wissenschaftlichen Aktivitäten vorrangig als derzeitiger Präsident der österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie. ■

Korrespondenzadresse:
Prim.Univ.-Prof.DDr.Kurt Vinzenz
GIGIP-Präsident, Evangelisches Krankenhaus Wien, Abteilung für MKG-Chirurgie
Hans-Sachs-Gasse 10–12, A-1180 Wien, E-Mail: kurt.vinzenz@aon.at

CHIRURGIE MIT LEIDENSCHAFT & AUGENMAß

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

30. April - 3. Mai 2013
ICM - München

Präsident: Prof. Dr. Karl-Walter Jauch

www.chirurgie2013.de

130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

15. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Präsident: Prof. Dr. med. Stefan Post

51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
Tagungspräsident: Prof. Dr. med. Udo Rolle

1. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin
Präsident: Prof. Dr. Eike Sebastian Debus

Thementage
- Die demographische Herausforderung – Chirurgie im hohen Alter
- Arbeitsplatz Chirurgie
- Zukunftssicherung durch Innovation
- Patientensicherheit, Leitlinien und personalisierte Chirurgie

Präsident DGAV
Prof. Dr. med. Stefan Post
☎ 0621 / 383-2225, FAX 0621 / 383-3809
E-Mail: Stefan.Post@umm.de, Internet: www.dgav.de

Tagungspräsident DGKCH
Prof. Dr. med. Udo Rolle
☎ 069 / 6301-6659, FAX 069 / 6301-7936
E-Mail: Udo.Rolle@kgu.de, Internet: www.dgkch.de

Kongress-Sekretär
Prof. Dr. med. Wolfgang Thasler
☎ 089 / 7095-2791, FAX 089 / 7095-8893
E-Mail: Wolfgang.Thasler@med.uni-muenchen.de, Internet: www.chirurgie2013.de

Information und Organisation
MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
☎ 0911 / 39316-16, FAX 0911 / 39316-56
E-Mail: dgc@mcnag.info, Internet: www.mcn-nuernberg.de

Nachruf:

Hofrat Primarius i.R. Univ.-Prof. DDr. Fritz Judmaier

Hofrat Primarius i.R. Univ.-Prof. DDr. Fritz Judmaier

Am 8. Jänner 2013 verstarb Professor Fritz Judmaier nach langem chronischem Leiden in seinem 97. Lebensjahr in Klagenfurt. Er war eine der großen Persönlichkeiten der österreichischen Chirurgie der frühen Jahre nach dem 2. Weltkrieg.

Am 12. Juli 1916 in Leoben, Steiermark, geboren, wuchs Fritz Judmaier seit frühester Kindheit in Tirol auf, wo er auch die Schule besuchte und 1940 in Innsbruck sein Medizinstudium abschloss. Nach einer an der Ostfront erlittenen Kriegsverletzung kam er 1943 zur Behandlung an die von Burghard Breitner geführte Innsbrucker Chirurgische Klinik, an der er dann auch – mit kriegsbedingten Unterbrechungen – seine chirurgische Ausbildung erhielt.

Auf Anregung Burghard Breitners begann er sich intensiv mit der Problematik der an der Ostfront so häufigen, schweren Erfrierungen und insbesondere mit den damit verbundenen peripheren arteriellen Gefäßveränderungen („Kälteangiitis") und deren Behandlung zu beschäftigen. Seine nächsten Schritte waren die Schaffung einer Gefäßbank für gefriergetrocknete, von Leichen entnommene homologe Arterien sowie die Eröffnung einer Gefäßambulanz. Und 1952 führte er bereits eine Gefäßrekonstruktion am Oberschenkel mit autologer Vene durch. Damit war der Weg zu einer umfassenden Gefäßmedizin eröffnet und so kann man Fritz Judmaier mit Fug und Recht als Vorläufer und frühen Pionier der Angiologie und Gefäßchirurgie in Österreich – er selbst sprach von deren „prähistorischer Zeit" – bezeichnen. Nach seinem Abgang von Innsbruck, im Jahr 1961, baute dann sein erster Mitarbeiter und Schüler, Gerhard Flora, die rekonstruktive Gefäßchirurgie an der Innsbrucker Klinik weiter aus und begründete später eine eigenständige Klinische Abteilung für Gefäßchirurgie. Nach all dem war es folgerichtig, dass Fritz Judmaier – nach Rene Fontaine, Jean Kunlin, Robert Linton und Renee van Dongen – als erster Österreicher zum Ehrenmitglied der Österreicischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie ernannt worden ist.

Mit 1. Juli 1961 wurde Fritz Judmaier – Universitätsdozent seit 1954 – zum Primarius der Chirurgischen Abteilung des Landeskrankenhauses Klagenfurt ernannt, als Nachfolger des Eiselsbergschülers Adolf Winkelbauer. Als Vorstand einer der größten chirurgischen Abteilungen Österreichs hatte er sich nun mehr der gesamten Allgemeinchirurgie zuzuwenden. Zugleich förderte er frühzeitig die Spezialisierung in der Chirurgie und aus seiner Chirurgie gingen u.a. eine Neurochirurgische Abteilung und ein Department für Herz- und Thoraxchirurgie hervor. Neun seiner Schüler erlangten ein Chirurgisches Primariat. 1981 trat er in den Ruhestand.

Fritz Judmaier war durch viele Jahre auch im Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie aktiv tätig und hat so wichtige Entscheidungen jener Jahre mitgetragen. Als deren Präsident 1967/68 gestaltete er die 9. Jahrestagung in Klagenfurt und von 1961 bis 1971 war er der erste Vorsitzende des Aktionkomitees, einer Art Thinktank der Gesellschaft. Besondere Anliegen waren ihm die Förderung und eine verbesserte Ausbildung des Chirurgennachwuchses. 1987 wurde Fritz Judmaier zum Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ernannt.

Fritz Judmaier war als Mensch und als Chirurg eine charismatische Persönlichkeit. Er hat die Chirurgie seiner Zeit mitgeprägt.

Prof. Dr. Hans Jörg Böhmig, Linz

Berufsverband Österreichischer Chirurgen

BÖC Akademie

VORANKÜNDIGUNG

13. Österreichischer **Chirurgentag**

Thema: Proktologie

15. und 16. November 2013

Congress Casino Baden

sowie

16. November 2013

3. Forum Niedergelassener Chirurgen

gemeinsam mit:

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

www.boec.at

BÖC Akademie & Termine 2013

Veranstaltung	Termine 2013	Ort
BÖC 3. Stammtisch Niedergelassener Chirurgen	13.04.2013	Wien
BÖC Varizen Workshop	19.04.2013	Wien
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische OP Techniken	19. – 20.04.2013	Innsbruck
BÖC Nahtkurs Gefäßchirurgie	25.04.2013	Wien
BÖC Nahtkurs Viszeralchirurgie	25.04.2013	Wien
3. Grazer anatomisch-chirurgische Woche	03. – 07.06.2013	Graz
BÖC 4. Stammtisch Niedergelassener Chirurgen	15.06.2013	Salzburg
BÖC Einsteigerseminar für Chirurgieanfänger	25. – 27.09.2013	Wien
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische OP Techniken	18. – 19.10.2013	Innsbruck
BÖC Medientraining	19.10.2013	Wien
BÖC Nahtkurs Gefäßchirurgie	13.11.2013	Wien
BÖC Nahtkurs Viszeralchirurgie	13.11.2013	Wien
ACP Grundkurs: Proktologische Dermatologie / STD / Onkologie	13. – 14.11.2013	Wien

Mehr dazu unter **www.boec.at**

3. Interdisziplinärer Beckenbodenkurs der ACP und 6. Innsbrucker Coloproktologie Wintertagung

Im Rahmen des Ausbildungspasses der Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (ACP) fand am 30. und 31.1.2013 in Innsbruck der bereits **3. Interdisziplinäre Beckenbodenkurs** unter der Leitung von ao. Univ.-Prof. Dr. Felix Aigner an der Univ.-Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck statt. Seit März 2009 stellt die ACP Ausbildungspässe aus. Diese sollen für koloproktologisch interessierte Kolleginnen und Kollegen eine vertiefte Ausbildung in Koloproktologie an verschiedenen Zentren in Österreich anbieten. Die darin enthaltenen Kurse sind DFP approbiert sowie der absolvierte Ausbildungspass als Grundlage für die Akkreditierung der Europäischen Facharztprüfung für Koloproktologie (EBSQ Coloproctology) anrechenbar. Voraussetzung dafür ist eine Mitgliedschaft in der ACP. Beitrittsformulare können über die Sekretärin der ACP angefordert werden (irmgard.kronberger@i-med.ac.at). Die Ausbildung umfasst neben Grundkursen über unterschiedliche Themen und Randbereiche der Koloproktologie (z.B. Anatomie, Physiologie etc.) auch Visitationen in koloproktolgischen Zentren bzw. Ambulanzen und einen Operations- und Interventionskatalog. Am dritten interdisziplinären Beckenbodenkurs konnten wiederum acht Teilnehmer theoretische Kenntnisse über das interdisziplinäre Management (Proktologie, Neurourologie, Gynäkologie, Plastische Chirurgie, Urologie, Physiotherapie) von Patienten mit komplexen Beckenbodenfunktionsstörungen erwerben sowie verschiedenen Untersuchungstechniken am Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Innsbruck und am zweiten Tag Operationen am Beckenboden beiwohnen (z.B. Rektumprolapsoperationen, sakrale Nervenstimulation, Rectocelenoperation und verschiedene Bandplastiken zur Behandlung von Sekungsbeschwerden bei der Frau).
Im Anschluß an den Beckenbodenkurs lud die Univ.-Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck in Zusammenarbeit mit der ACP ebenso unter der wissenschaftlichen Leitung von ao. Univ.-Prof. Dr. Felix Aigner und ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Oberwalder zur bereits **6. Innsbrucker Coloproktologie** Wintertagung nach Seefeld ein. Namhafte Vertreter und Experten aus dem Bereich der Koloproktologie aus der Schweiz, Deutschland und Österreich diskutierten über Themen wie Innovationen in der Koloproktologie, Lebensqualität nach Rektumkarzinom und Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen. Als ACP-Stipendiat im Rahmen der Schweiz-Österreich Kollaboration der koloproktologischen Gesellschaften konnte Herr Dr. Martin Hübner aus Lausanne über das Thema „Keys to a successful implementation of an enhanced recovery program“ referieren. Die Veranstalter waren durch die rege Teilmnahme an den wissenschaftlichen Sitzungen und die konstruktiven Diskussionen zur Planung einer 7. Wintertagung in zwei Jahren bestätigt. Auf diesem Wege gebührt mein Dank der großzügigen und keinesfalls selbstverständlichen Unterstützung der Industrie. ■

A.o. Univ.-Prof. Dr. Felix Aigner, EBSQ coloproctology

Autor:
A.o. Univ.Prof. Dr. Felix Aigner, EBSQ coloproctology

Abb. 1: OP Hospitation im Rahmen des 3. Interdisziplinären Beckenbodenkurs

Abb. 2: Die Veranstalter der 6. Innsbrucker Coloproktologie Wintertagung, ao. Univ.-Prof. Dr. Felix Aigner (im Bild rechts) sowie Univ.-Prof. Dr. Johann Pratschke, Direktor der Univ.-Klinik für Visceral-, Transplantations- u. Thoraxchirurgie (links), und die designierte Rektorin der Medizinischen Universität Innsbruck, o. Univ.-Prof. Dr. Helga Fritsch, Direktorin des Departments für Anatomie, Histologie und Embryologie der Medizinischen Universität Innsbruck (Mitte)

ärzteservice
ÄrzteService Dienstleistung GmbH
Ferstelgasse 6 | 1090 Wien | T: 01 402 68 34 | F: 01 402 68 34 25

www.aerzteservice.com | office@aerzteservice.com
www.facebook.com/aerzteservice | www.twitter.com/aerzteserviceAT

Die Rekonstruktion der weiblichen Brust nach kompletter oder teilweise Entfernung ist fester Bestandteil des Therapiekonzeptes bei Brustkrebs. Die Kosten dafür sind nun fester Bestandteil der Deckung der ÄrzteService Gruppen-Unfallversicherung.

Jährlich werden ca. 5000 Neuerkrankungen von Brustkrebs diagnostiziert. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Obwohl heute die brusterhaltende Chirurgie in der Mehrzahl der Fälle möglich ist, muss dennoch bei vielen Frauen die betroffene Brust teilweise oder vollständig entfernt werden. Die Rekonstruktion der weiblichen Brust nach kompletter oder Teilentfernung ist fester Bestandteil des Therapiekonzeptes.

Deshalb sind ab sofort für alle Versicherten in der ÄrzteService Gruppen-Unfallversicherung die Kosten für Brustrekonstruktionen auch nach krankheitsbedingter, teilweiser oder vollständiger Brustoperation im Rahmen der Heilkosten gedeckt. Diese prämienfreie Deckungserweiterung gilt selbstverständlich rückwirkend für alle versicherten Personen. ÄrzteService macht damit erstmalig in der Unfallversicherung dieses wesentliche Deckungselement allen Ärztinnen zugänglich.

Doch nicht nur die Kosten für Brustrekonstruktionen nach krankheitsbedingter, teilweiser oder vollständiger Brustoperation, sondern weitere wichtige Deckungserweiterungen sind Bestandteil der ÄrzteService Gruppen-Unfallversicherung:

- Entschädigung bis 300% der Versicherungssumme
- Bei einer Berufsunfähigkeit ab 50% leistet die Unfallversicherung bereits 200 % der vereinbarten Versicherungssumme, unabhängig vom Grad der Invalidität
- Das Infektionsrisiko ist mitversichert
- Erhöhte Gliedertaxe
- Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen und UV-Strahlen sind mitversichert
- Die Tätigkeit als Flugretter ist mitversichert
- Entschädigung bei Knochenbruch
- Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen und UV-Strahlen sind mitversichert
- HIV-Infektionsrisiken im Rahmen der Berufsausübung sind mitversichert
- Vergiftungen sind mitversichert
- Ehe- und LebenspartnerInnen, Kinder können mitversichert werden

Warum ist für Chirurgen und Chirurginnen eine spezielle Unfallversicherung sinnvoll?

Die Vorsorge vor den finanziellen Folgen eines Unfalles (jährlich passieren in Österreich über 800.000 Unfälle) ist für Ihre hochqualifizierte Berufsgruppe enorm wichtig. Verletzungen der Arbeitshand, aber auch eine Beeinträchtigungen der Sinnesorgane und des Gleichgewichtssinnes oder des Bewegungsapparates können im Extremfall zur dauernden Berufsunfähigkeit führen. Um im Fall des Falles entsprechende Versicherungsleistungen bieten zu können, hat ÄrzteService eine Gruppen-Unfallversicherung entwickelt, die exklusiv folgende Leistungsmerkmale enthält:

- eine erhöhte Gliedertaxe
- Progressive Leistung bei Invaliditätsgraden über 25%
- Entschädigung bis 300%
- Leistung auch bei Berufsunfähigkeit

Durch das Zusammenwirken von erhöhter Gliedertaxe und Progression ergeben sich gegenüber herkömmlichen Unfallversicherungen im Leistungsfall deutlich höhere Entschädigungsleistungen.

Ein Beispiel:

Ohne spezielle Gliedertaxe bedeutet z.B. die völlige Funktionsunfähigkeit eines Zeigefingers infolge eines Unfalles eine Entschädigung in Höhe von 15% der Versicherungssumme. Die ÄrzteService Gruppen-Unfallversicherung leistet im gleichen Fall 300% der Versicherungssumme.

Informationen erhalten Sie von:

ÄrzteService
Ferstelgasse 6
1090 Wien
Tel.: 01/402 68 34
Fax.: 01/402 68 34 -25
office@aerzteservice.com
www.aerzteservice.com

Wir gratulieren/Personalia:

Prim.Priv.-Doz. Dr.Christoph Ausch

An den Landeskrankenhäusern Steyr und Kirchdorf/Krems wurde die Leitung der Abteilung für Chirurgie mit **Prim. Priv.-Doz. Dr. Christoph AUSCH** neu besetzt. Prim.Ausch folgte am 1. Februar 2013 Primar Fred Pressl am LKH Steyr und per 1. März 2013 Primaria Gertraut Grenzfurtner am LKH Kirchdorf/Krems, die beide ihren wohlverdienten Ruhestand angetreten haben.

Univ.Prof.Dr. Stefan Nehrer

Univ.-Prof. Dr. Stefan NEHRER, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Dekan der Fakultät für Gesundheit und Medizin sowie Leiter des Zentrums für Regenerative Medizin und Orthopädie der Donau-Universität Krems, wurde das **Große Silberne Ehrenzeichen der Ärztekammer für Niederösterreich** für seine Verdienste um die medizinische Forschung und Lehre verliehen.

spitäler schaffhausen

Die Spitäler Schaffhausen umfassen das Kantonsspital, das Pflegezentrum sowie das Psychiatriezentrum und gehören mit über 1'500 Mitarbeitenden zu den grössten Arbeitgebern im Kanton. Unser Leistungsangebot stellt die erweiterte medizinische und pflegerische Grundversorgung für die Bevölkerung der Region Schaffhausen sicher.

Für unsere **Chirurgische Klinik** suchen wir per 1. August 2013 oder nach Vereinbarung eine/einen

Leitende Ärztin/Leitenden Arzt Chirurgie

Pensum 100%

Sie führen selbständig viszeralchirurgische Eingriffe durch und sind verantwortlich für die Anleitung sowie Instruktion der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Zudem führen Sie eine eigene Sprechstunde. Zu Ihren weiteren Aufgaben gehört die gute Zusammenarbeit mit unseren niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Sie verfügen über einen Facharzttitel Chirurgie mit **Schwerpunkt Viszeralchirurgie**. Ihr Interesse liegt vor allem in der **Laparoskopischen Chirurgie** aber auch an der **Bariatrischen Chirurgie**. Wir erwarten eine teamfäige, zuverlässige und integrative Persönlichkeit mit hoher Fach- und Sozialkompetenz. Ferner verfügen Sie über Führungserfahrung und haben Freude an der interdisziplinären Zusammenarbeit. Wir legen Wert auf Teamfähigkeit und erwarten von Ihnen Interesse und aktive Teilnahme am Geschehen innerhalb der Chirurgischen Klinik sowie des Gesamtspitals.

Informationen zu den Spitälern Schaffhausen und der Klinik finden Sie unter www.spitaeler-sh.ch. Bei Fragen oder für weitere Informationen steht Ihnen PD Dr. Franc Hetzer, Chefarzt Chirurgische Klinik, Telefon +41 (0) 52 634 87 14, gerne zur Verfügung.

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:

Spitäler Schaffhausen
Human Resource Management
Ursula Buchs, Leiterin HRM
Geissbergstrasse 81
CH-8208 Schaffhausen
hrm@spitaeler-sh.ch

ÖGC-VERANSTALTUNGEN & ASSOZIIERTE FACHGESELLSCHAFTEN/ ARBEITSGEMEINSCHAFTEN

Fortbildungsakademie der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)
Die Fortbildungsseminare werden den Mitgliedern der ÖGC kostenlos angeboten. Jedes Seminar ist mit 11 DFP-Punkten approbiert, keine Voranmeldung erforderlich!
Kostenlos auch für Studenten (mit Ausweis).
Veranstaltungsort: Salzburg, Hörsaalzentrum der Universitätskliniken (PMU), Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg

Info: Sekretariat der ÖGC, Frankgasse 8, Billroth-Haus, A-1096 Wien,
Fon +43 1 408 79 20
E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at
Web: www.chirurgie-ges.at

Termine und Themen:

■ 27. und 28. September 2013
114. Fortbildungsseminar der ÖGC
Themen: Refluxkrankheit,
Update in der minimal invasiven Chirurgie

■ 13. und 14. Dezember 2013
115. Fortbildungsseminar der ÖGC
Themen: Infektiologie, chirurgisch relevante Infektionen, Pankreaschirurgie

---

■ 18. bis 25. Mai 2013
14. Mediterrane Tagung der International Society for Digestive Surgery (ISDS)/Österr. Sektion
Ort: Kreta
Info: www.isds.at

■ 30. Mai bis 01. Juni 2013
54. Österreichischer Chirurgenkongress (ÖGC-Jahrestagung)
Leitthema: Funktionserhalt und Rekonstruktion fachbezogen und als interdisziplinäre Aufgabe
Ort: Wien, Messe, Congress Center
Kongresspräsident: o.Univ.Prof.Dr.Manfred Frey
Info: Wiener Medizinische Akademie, Bianca Theuer, Alser Straße 4, A-1090 Wien,
Fon +43 1 405 13 83 12
E-Mail: bianca.theuer@medacad.org
Web: www.chirurgenkongress.at

■ 12. bis 14. September 2013
ÖGO-Kongress 2013 – Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Thema: Orthopädie OK
Ort: Krems
Kongresspräsident:
Univ.Prof.Dr.Stefan Nehrer
Web: www.orthopaedics.or.at

■ 02. bis 05. Oktober 2013
51. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie (ÖGPÄRC)
Ort: Velden
Kongresspräsident:
Prim.Priv.Doz.Dr.Matthias Rab
Info: www.plastischechirurgie.org

■ 03. bis 05. Oktober 2013
30. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)
Thema: Metastasenchirurgie
Ort: St.Wolfgang
Kongresspräsidenten: Univ.Prof.Dr.Thomas Bachleitner-Hofmann, Univ.Prof.Dr.Thomas Grünberger
Info: www.aco-asso.at/jahrestagung2013

■ 03. bis 05. Oktober 2013
49. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)
Thema: Verletzungen der Hand- und Fußwurzel
Ort: Salzburg
Info: www.unfallchirurgen.at

■ 10. bis 12. Oktober 2013
49. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Neurochirurgie (ÖGNC)
Thema: Funktionserhalt
Ort: Innsbruck
Kongresspräsident: Univ.Prof.Dr.Claudius Thomé
Info: www.oegnc-jahrestagung.at

■ 14. November 2013
7. Badener Herniensymposium
Ort: Baden, Congress Casino
Info: www.boec.at
Fon +43 1 533 35 42
E-Mail: chirurgie@aon.at

■ 15. bis 16. November 2013
13. Österreichischer Chirurgentag
Ort: Baden, Congress Casino
Kongresspräsident:
a.o.Univ.Prof.Dr.Sebastian Roka
Info: www.boec.at
Fon +43 1 533 35 42
E-Mail: chirurgie@aon.at

■ 16. November 2013
3. Forum Niedergelassener Chirurgen
Ort: Baden, Congress Casino
Leiter: OA Dr.Karl Franz Wollein
Info: www.boec.at
Fon +43 1 533 35 42
E-Mail: chirurgie@aon.at

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

■ 22. bis 23. April 2013
Standards in der Leber- und Gallenwegschirurgie
Ort: Graz
Info: karin.domittner@klinikum-graz.at

■ 24. bis 26. April 2013
BioSpine 4 – 4th International Congress Biotechnologies of Spinal Surgery
Ort: Wien
Info: www.biospine4.org

■ 25. bis 27. April 2013
8th International Congress on Vascular Access
Ort: Prag
Info: www.vas2013.org

■ 26. bis 27. April 2013
Endoskopie 2013 – 40 Jahre EPT
Ort: Berlin
Info: www.endoskopie-live-berlin.de

■ 26. bis 27. April 2013
4. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Tumororthopädie (AMSOS)
Ort: Wien
Info: www.amsos.at

■ 27. April bis 01. Mai 2013
Annual Scientific Meeting of the American Society of Colon & Rectal Surgeons (ASCRS 2013)
Ort: Phoenix, USA
Info: www.fascrs.org

■ 30. April bis 03. Mai 2013
130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Ort: München
Info: www.chirurgie2013.de

■ 02. bis 03. Mai 2013
3. Hamburger Beckenkurs 2013
Ort: Hamburg
Info: www.hamburger-beckenkurs.de

■ 02. bis 04. Mai 2013
54. Symposium der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH)
Ort: Nürnberg
Info: www.dah.at

■ 02. bis 05. Mai 2013
14th Annual Meeting of the American Society of Breast Surgeons
Ort: Chicago
Info: www.breastsurgeons.org

■ 02. bis 05. Mai 2013
44th Annual Meeting of the American Pediatric Surgical Association (APSA)
Ort: Marco Island, FL, USA
Info: www.eapsa.org

■ 04. bis 07. Mai 2013
14th European Congress of Trauma & Emergency Surgery
Ort: Lyon
Info: www.estesonline.org

■ 04. bis 08. Mai 2013
Annual Meeting of the American Association for Thoracic Surgery (AATS)
Ort: Minneapolis
Info: www.aats.org

■ 05. bis 08. Mai 2013
10th International Congress on Ambulatory Surgery
Ort: Budapest
Info: www.iaas2013congress.com

■ 06. bis 08. Mai 2013
16. Interdisziplinärer Workshop: Kontrastmittel in der Gefäß- und Abdomensonographie
Ort: München
Info: www.sono2013.org

■ 08. bis 10. Mai 2013
XIII. Frühjahrsakademie der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC)
Ort: Kassel
Info: www.vdaepc-kongress.de

■ 08. bis 11. Mai 2013
26th European Congress on Surgical Infection
Ort: Prag
Info: www.sis-prague2013.eu

■ 12. bis 15. Mai 2013
20th European Congress on Obesity (ECO 2013)
Ort: Liverpool
Info: www.eco2013.org

■ 12. bis 15. Mai 2013
35th International Congress of the European Hernia Society (EHS 2013)
Ort: Gdansk, Polen
Info: www.ehs2013.eu

■ 15. bis 17. Mai 2013
23rd Conference of the European Wound Management Association (EWMA)
Ort: Kopenhagen
Info: www.ewma2013.org

■ 15. bis 17. Mai 2013
8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Biomechanik
Ort: Ulm
Info: www.biomechanik-kongress.de

■ 18. bis 22. Mai 2013
American Transplant Congress (ATC) – Annual Meeting of the American Society of Transplant Surgeons
Ort: Seattle
Info: www.atcmeeting.org

■ 18. bis 25. Mai 2013
Senologie 2013 – 13. Internationaler Maritimer Kongress
Ort: Belek, Türkei
Info: www.maritimerkongress.org

■ 22. bis 25. Mai 2013
63. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Ort: Essen
Info: www.mkg-chirurgie.de

■ 23. bis 25. Mai 2013
5th Workshop of the European Society of Endocrine Surgeons (ESES)
Ort: Berlin
Info: www.eses-workshop-berlin2013.de

■ 26. bis 29. Mai 2013
21st European Conference on General Thoracic Surgery
Ort: Birmingham
Info: www.estsmeetings.org

■ 26. bis 29. Mai 2013
64th Annual Meeting of the German Society of Neurosurgery (DGNC)
Ort: Düsseldorf
Info: dgnc.de/2013

■ 29. Mai bis 01. Juni 2013
18th Congress of the Federation of the European Societies for Surgery of the Hand (FESSH)
Ort: Antalya
Info: www.fessh2013.com

■ 29. Mai bis 01. Juni 2013
48th Congress of the European Society for Surgical Research (ESSR)
Ort: Istanbul
Info: www.essr13.org

■ 05. bis 08. Juni 2013
14th Congress of the European Paediatric Surgeons' Association (EUPSA)
Ort: Leipzig
Info: www.eupsa2013.org

■ 05. bis 08. Juni 2013
26. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP 2013)
Ort: Murnau
Info: www.dmgp-kongress.de

■ 06. bis 09. Juni 2013
Paediatric Cancer Research at the INTERFACE
Ort: Wien
Info: www.interface2013.at

■ 07. bis 08. Juni 2013
11. Jahrestagung der Deutschen Herniengesellschaft (DHG)
Ort: Cottbus
Info: www.dhg-jahrestagung.de

■ 12. bis 14. Juni 2013
100. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie
Ort: Bern
Info: www.chirurgiekongress.ch

■ 13. bis 15. Juni 2013
46. Jahrestagung mit 24. Fortbildungskurs der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)
Ort: Graz
Info: www.oeggh.at

■ 13. bis 15. Juni 2013
62. Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung (NOUV 2013)
Ort: Hamburg
Info: www.nouv-kongress.de

■ 19. bis 22. Juni 2013
4th European Conference on Interventional Oncology (ECIO 2013)
Ort: Budapest
Info: www.ecio.org

■ 19. bis 22. Juni 2013
21st International Congress of the European Association of Endoscopic Surgery (EAES)
Ort: Wien
Info: www.eaes.eu

■ 20. bis 22. Juni 2013
DVSE 2013 – 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schulter- und Ellenbogenchirurgie
Ort: Würzburg
Info: www.dvse-kongress.de

■ 26. bis 29. Juni 2013
CARS 2013 – Computer Assisted Radiology and Surgery – 27th International Congress and Exhibition
Ort: Heidelberg
Info: www.cars-int.org

■ 26. bis 29. Juni 2013
45th Annual Meeting of the European Pancreatic Club (EPC)
Ort: Zürich
Info: www.epc2013.com

■ 27. bis 29. Juni 2013
33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie
Ort: München
Info: www.senologiekongress.de

■ 28. bis 29. Juni 2013
8. Saale-Unstrut-Symposium für Klinische Chirurgie (SUS 2013)
Ort: Freyburg/Unstrut
Info: www.saale-unstrut-symposium.de

■ 11. bis 14. Juli 2013
World Congress of the World Society for Reconstructive Microsurgery (WRSM)
Ort: Chicago
Info: www.wrsm2013.org

■ 13. bis 16. Juli 2013
7th Congress of the International Pediatric Transplant Association (IPTA)
Ort: Warschau
Info: www.iptaonline.org

■ 24. bis 26. Juli 2013
90. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V.
Ort: Altötting
Info: www.vbc2013.de

■ 25. bis 29. August 2013
International Surgical Week (ISW 2013)
Ort: Helsinki
Info: www.isw2013.org

■ 28. bis 31. August 2013
15th European Burns Association Congress (EBA)
Ort: Wien
Info: www.eba2013.org

■ 29. August bis 01. Sept. 2013
IFSO 13 – 18th World Congress of the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders
Ort: Istanbul
Info: www.ifso2013.com

■ 04. bis 07. September 2013
VASCMED 2013: Dreiländertagung der Österreichischen, Deutschen und Schweizerischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie
Ort: Linz
Info: www.dreilaendertagung2013.at

■ 08. bis 11. September 2013
16th Congress of the European Society for Organ Transplantation (ESOT)
Ort: Wien
Info: www.esot.org

■ 08. bis 13. September 2013
15th World Congress of the World Federation of Neurosurgical Societies (WFNS 2013)
Ort: Seoul
Info: www.wfns2013.org

■ 11. bis 14. September 2013
Viszeralmedizin 2013 (DGVS, DGAV)
Ort: Nürnberg
Info: www.viszeralmedizin.com

■ 12. bis 13. September 2013
2nd World Congress of Clinical Safety
Ort: Heidelberg
Info: www.iarmm.org

■ 12. bis 14. September 2013
44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
Ort: Münster
Info: www.dgpraec-tagung.de

■ 18. bis 21. September 2013
XXVII. Annual Meeting of the European Society for Vascular Surgery (ESVS)
Ort: Budapest
Info: www.esvs.org

■ 18. bis 21. September 2013
23rd World Congress of the International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO)
Ort: Bukarest
Info: www.iasgo.org

■ 25. bis 27. September 2013
8th Scientific Annual Meeting to the European Society of Coloproctology (ESCP)
Ort: Belgrad
Info: www.escp.eu.com

■ 26. bis 28. September 2013
31. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Senologie
Ort: Velden
Info: www.senologie.at

■ 27. Sept. bis 01. Okt. 2013
European Cancer Congress
Ort: Amsterdam
Info: www.ecco-org.eu

■ 29. Sept. bis 03. Okt. 2013
41st Annual Meeting of the International Society for Pediatric Neurosurgery (ISPN 2013)
Ort: Mainz
Info: www.ispn2013.org

■ 02. bis 04. Oktober 2013
EuroSpine 2013
Ort: Liverpool
Info: www.eurospine2013.eu

■ 06. bis 10. Oktober 2013
99th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons
Ort: Washington
Info: www.facs.org

■ 10. bis 11. Oktober 2013
Eurotransplant Annual Meeting
Ort: Leiden, Niederlande
Info: www.eurotransplant.org

■ 10. bis 12. Oktober 2013
1. Wund – D-A-CH Dreiländerkongress
Ort: Friedrichshafen
Info: www.wund-dach.org

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
BÖC Geschäftsstelle:
Mag. (MA.) Manuela Leitgeb
Sonja Niederkofler, BA

REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
Zeitschrift „Chirurgie“
c/o vereint: Vereins- und Konferenzmanagement GmbH
Hollandstraße 14/Mezzanin · A – 1020 Wien
Tel: +43 (1) 533 35 42 · Fax: +43 (1) 533 35 42 19
E-Mail: chirurgie@aon.at · URL: www.boec.at

REDAKTIONSTEAM
Prim. Univ.-Prof. Dr. Stefan Kriwanek
SMZO Donauspital, Wien

A.o. Univ. Prof. Dr. Franz Martin Riegler
Medizinische Universität, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Roka,
Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien

Ao. Univ. Prof. Dr. Sebastian Roka,
Medizinische Universität, Wien

Ao. Univ. Prof. Dr. Andreas Salat,
Medizinische Universität, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann,
SMZ Floridsdorf, Wien

Univ.-Prof. Dr. Selman Uranüs,
Medizinische Universität, Graz

Univ.-Prof. Dr. Hans Werner Waclawiczek,
Univ.-Klinik für Chirurgie, Salzburg

BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT
vereint: Vereins- und Konferenzmanagement GmbH
Hollandstraße 14/Mezzanin · A – 1020 Wien
Tel: +43 (1) 533 35 42 · Fax: +43 (1) 533 35 42 19
E-Mail: office@vereint.com · URL: www.vereint.com

vereint GmbH ist Lizenznehmer des Österreichischen Umweltzeichens für „Green Meetings und Green Events“

GRAFIK
kreativ Mag. Evelyne Sacher
Linzer Straße 358a/1/7 · A – 1140 Wien
Tel: +43 (1) 416 52 27 · Fax: +43 (1) 416 85 26
E-Mail: office@kreativ-sacher.at
URL: www.kreativ-sacher.at

DRUCK
Laber-Druck GmbH
Michael-Rottmayr-Straße 46
A – 5110 Oberndorf bei Salzburg
Tel: +43 (1) 6272 7135 0
Fax: +43 (1) 6272 7135 499
URL: www.laberdruck.at

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

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, URL: www.chirurgie.or.at, www.boec.at

Geschäftsführendes Präsidium		
Präsident	S. Roka, Wien	sebastian.roka@meduniwien.ac.at
Vizepräsident	R. Maier, Baden	maier.richard@aon.at
Generalsekretär und Schriftführer	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
Finanzreferent	C. Ausch, Wien	christoph.ausch@gespag.at
Leiter der BÖC Akademie	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@akh.linz.at
Referent für NL Chirurgen	K. Wollein, Wien	karl.wollein@khgh.at

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

Frankgasse 8 (Billroth-Haus), 1096 Wien, Pf. 80, Fon 01/4087920, Fax 01/4081328
E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at, Websites: www.chirurgie-ges.at und www.chirurgenkongress.at

Präsidium 2012/13		
Präsident:	M.Frey, Wien	manfred.frey@meduniwien.ac.at
Past President:	H.W.Waclawiczek, Salzburg	h.w.waclawiczek@salk.at
President Elect:	F.-M.Smolle-Jüttner, Graz	freya.smolle@medunigraz.at
Generalsekretär:	R. Roka, Wien	rudolf.roka@wienkav.at
1.Kassenverwalter:	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
Vorsitz Aktionskomitee:	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie:	H. W. Waclawiczek, Salzburg	h.w.waclawiczek@salk.at

Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2013:		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE):	Ch. Scheuba, Wien	christian.scheuba@meduniwien.ac.at
ARGE für Coloproctologie (ACP):	A. Salat, Wien	andreas.salat@meduniwien.ac.at
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC) :	C.Profanter, Innsbruck	christoph.profanter@i-med.ac.at
ARGE für Hernienchirurgie (AHC):	R. Fortelny, Wien	rene.fortelny@wienkav.at
ARGE für Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	H. Weiss, Salzburg	helmut.weiss@bbsalz.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AOTrauma Austria):	M.Wagner, Wien	michael.wagner@wienkav.at
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@meduniwien.ac.at
Gesellschaft der Chirurgen in Wien:	I.Huk, Wien	igor.huk@meduniwien.ac.at
Ges. für Implantologie und gewebeIntegrierte Prothetik (GIGIP)	K.Vinzenz, Wien	kurt.vinzenz@aon.at
I.S.D.S.(Int.Society for Digestive Surgery)/österr. Sektion	K. Glaser, Wien	karl.glaser@wienkav.at
Österr.Ges.f.Adipositaschirurgie:	K. Miller, Hallein	karl.miller@kh-hallein.at
Österr.Ges.f.Chirurgische Forschung:	M.Bergmann, Wien	michael.bergmann@meduniwien.ac.at
Österr.Ges.f.Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO):	Th. Grünberger, Wien	thomas.gruenberger@meduniwien.ac.at
Österr.Ges.f.Gefäßchirurgie (ÖGG):	F.Hinterreiter, Linz	franz.hinterreiter@aon.at
Österr.Ges.f.Handchirurgie (ÖGH):	M.Leixnering, Wien	m.leixnering@aon.at
Österr.Ges.f.Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG):	I. Watzke, Wien	ingeborg.watzke@wienkav.at
Österr.Ges.f.Kinder- und Jugendchirurgie:	J.Schalamon, Graz	johannes.schalamon@medunigraz.at
Österr.Ges.f.Medizinische Videographie:	M. Hermann, Wien	michael.hermann@wienkav.at
Österr.Ges.f.Neurochirurgie (ÖGNC):	M.Mühlbauer, Wien	manfred.muehlbauer@wienkav.at
Österr.Ges.f.Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO):	S. Nehrer, Krems	stefan.nehrer@donau-uni.ac.at
Österr.Ges.f.Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie:	Th. Hintringer, Linz	thomas.hintringer@bhs.at
Österr.Ges.f.Thorax- und Herzchirurgie:	W. Wandschneider, Klagenfurt	wolfgang.wandschneider@kabeg.at
Österr.Ges.f.Unfallchirurgie (ÖGU):	A. Pachucki, Amstetten	andreas.pachucki@amstetten.lknoe.at
Österr.Ges.f.Wirbelsäulenchirurgie	M.Ogon, Wien	michael.ogon@oss.at

Now in surgical stapling

GREATER PRECISION, CONSISTENCY AND CONTROL

[AT YOUR FINGERTIP]

Introducing the Covidien iDrive™ Ultra Powered Stapling System

Powered,
push-button
performance

The first and only reusable fully powered endostapler is here.

Compatible with Covidien's market-leading portfolio of Tri-Staple™ technology reloads, the new iDrive™ Ultra powered handle offers one-handed, push-button operation that eliminates manual firing force and improves maneuverability. And that means greater precision, consistency and control for every procedure.

COVIDIEN, COVIDIEN with logo and Covidien logo are U.S. and internationally registered trademarks of Covidien AG.
Other brands are trademarks of a Covidien company. © 2012 Covidien. - M120311 GB

COVIDIEN