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

Chirurgie

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

Postoperativer Hypoparthyroidismus

Professional Development

Spezialisierung in der Chirurgie

3|2015

Gruppen-Sonderklasse Ärztekrankenversicherung

Mit bester Versorgung gesund werden!

NEU! Die umfassendste und kostengünstigste Sonderklasse Krankenversicherung für Ärzte, Zahnärzte und Ihre Familien. Nach einem unabhängigen Vergleich das beste Angebot am Markt.

- **Keine Gesundheitsprüfung**
- **Sonderklasse Einbettzimmer ist Standard**
- **Österreichdeckung ist Standard**
- **Beitritt unabhängig von der Ärztekammer/Zahnärztekammer, bei der Sie ordentliches Mitglied sind**
- **Wechsel der Ärztekammer/Zahnärztekammer hat keinen Einfluss auf Vertrag**

ärzte$ervice

Telefon: 01/402 68 34 · krankenversicherung@aerzteservice.com

www.aerzteservice.com/krankenversicherung

Inhalt

4 Editorial

5 Optimaler Operationszeitpunkt bei Morbus Crohn – aus Sicht des Chirurgen
Autor: A. Stift, Wien

7 How I do it:
Wie verhindere ich den Hypoparathyreoidismus bei der Thyreoidektomie
AutorInnen:

7 *R. Roka, Wien*

9 *C. Vorländer, Frankfurt am Main*

11 *E. Bareck, Wiener Neustadt*

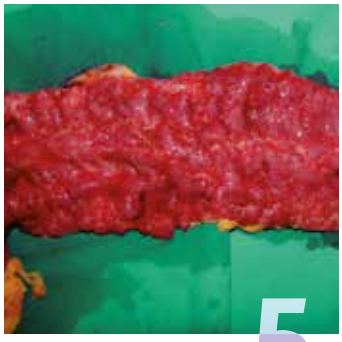
13 *R. Prommegger, Innsbruck*

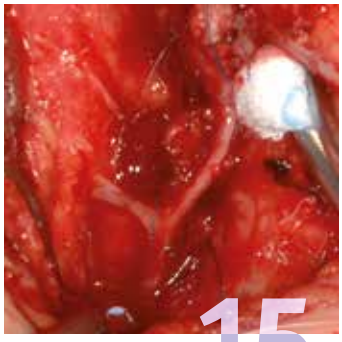
14 *G. Wolf, Graz*

16 Radikalitätsprinzipien:
Therapie des zentralen Gallengangskarzinoms (Klatskin-Tumor) – Chirurgische Prinzipien
Autor: S. Fichtner-Feigl, Regensburg

18 Junge Chirurgie:
Professional Development
Autor: M. Siebolds. Köln

21 Themen der Zeit:
Spezialisierung der Chirurgie in Europa – Teil 2
Autor: W. Feil, Wien





ÖGC

24 Das war der Chirurgenkongress 2015 in Linz

26 Protokoll der Vollversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

31 Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

32 Hospitationsbericht Dr. Birgit Reinisch

BÖC Akademie

29 BÖC Akademie & Termine 2015

Service

33 Impressum

34 Personalia:

In Memoriam
Univ.-Prof. Dr. Peter Satter

In Memoriam
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Sebening

36 ÄrzteService Dienstleistung GmbH

37 Terminkalender

39 Ansprechpartner

Gedruckt nach der Richtlinie des Österreichischen Umweltzeichens „Druckerzeugnisse“

S. Roka, Wien

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Aus Sicht des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen nähert sich das Jahr erneut dem Höhepunkt – bis zum nächsten Österreichischen Chirurgentag sind es weniger als zwei Monate.
Die Vorbereitungen dazu laufen auf Hochtouren. Für den Vorstand des Berufsverbandes Österreichischer Chirurgen ist die diesjährige Tagung eine ganz besondere Herausforderung, da es sich um das 15-jährige Jubiläum des Österreichischen Chirurgentages handelt.

Der Österreichische Chirurgentag wurde 2001 vom damaligen Präsidenten des Berufsverbandes Franz Stöger erstmals veranstaltet. Ziel der Tagung war es immer Fortbildung kompakt und themenzentriert auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu bieten. Wir sind dieser Idee treu geblieben und haben versucht den Chirurgentag immer wieder zu verbessern.

Das 15-jährige Jubiläum ist nun neuerlich eine Ansporn wieder neue Akzente zu setzen.
In den vergangenen Monaten haben wir daher überlegt, wie wir den Chirurgentag und Ihr individuelles Kongresserlebnis weiter verbessern können. Nach eingehenden Diskussionen war klar, dass wir den Chirurgentag interaktiver gestalten müssen, den Zuhörern mehr Möglichkeiten bieten müssen, sich einzubringen und das Geschehen aktiv zu gestalten. Der Austausch und das Teilen von Meinungen bieten die Gelegenheit die eigene Praxis zu hinterfragen und neue Anregungen für den Arbeitsalltag mitzunehmen. Damit aus dem diesjährigen Motto „How to do it“ für den Zuhörer ein „How I do it“ wird.

Um diesem Ziel gerecht zu werden, haben wir uns in der Vorbereitung des Chirurgentages professionell begleiten lassen. Zwei Sitzungen wurden in einer komplett neuen Form konzipiert. Auch wenn der Chirurgentag äußerlich verändert erscheint, bleiben wir dem Konzept treu, Ihnen kompakte Fortbildung auf aktuellem Wissensstand zu vermitteln.

Gemeinsam mit dem Vorstand des Beurfsverbandes freue ich mich darauf, Sie im November in Baden begrüßen zu dürfen.

Ihr

Sebastian Roka

Ao. Univ.-Prof. Dr. Sebastian Roka
Präsident 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.boec.at

Optimaler Operationszeitpunkt bei Morbus Crohn – aus Sicht des Chirurgen

Einleitung

Obgleich in den vergangenen Jahren zahlreiche Fragen der pathologischen Veränderungen beim M. Crohn beantwortetet werden konnten ist die Ätiologie dieser chronisch entzündlichen Darmerkrankung bis dato ungeklärt. Ein Konsens unter allen beteiligten Disziplinen besteht hinsichtlich der wahrscheinlich multifaktoriellen Genese dieses komplexen Krankheitsbildes, welches den gesamten Intestinaltrakt von der Mundhöhle bis zum perianalen Gewebe aber auch extraintestinale Gewebe betreffen kann.
Neue konservative Behandlungsmethoden haben die Chirurgie in den letzten 10 Jahren in den Hintergrund gedrängt. Trotzdem sind nach wie vor 70-90% aller CED Patienten zumindest einmal während ihres Lebens von einer chirurgischen Intervention betroffen.
Grundsätzlich ist die Chirurgie beim M. Crohn der „Komplikationsbehandler" sodass der optimale Operationszeitpunkt beim M. Crohn, bei optimaler medikamentös-konservativer Therapie aus Sicht des Chirurgen- gar nicht existieren sollte.
Die Vermeidung der chirurgischen Intervention und der damit häufig verbundene Darmverlust stellt eine der Prämissen in der Behandlung der CEDs dar.

A. Stift, Wien

Dünndarmbefall:

Das Versagen der medikamentösen Therapie erfordert meistens eine chirurgische Intervention. Dieses Versagen konservativer Maßnahmen kann verschiedenste Ausprägungen haben und beinhaltet den Verlust der Symptomkontrolle, toxische Nebenwirkungen der Therapie, unzureichende Compliance aber auch extraintestinale Manifestation.

Eine der häufigsten chirurgisch interventionspflichtigen Manifestation stellt die Darmobstruktion dar. Diese kann schleichend über Monate hinweg beginnen aber auch akut behandlungspflichtig auftreten. Eine Ileusymptomatik aber auch chronisch rezidivierende Krampfanfälle stellen eine absolute OP Indikation dar.
Komplexe intestinale Fisteln oder enterokutane Fistelbildungen mit Abszessformationen stellen ebenfalls eine OP-Indikation dar.

Um das Resektionsausmaß zu beschränken, sind bei diesen Patienten eine intensive antibiotische Vortherapie sowie eine interventionelle Abszessdrainage sinnvoll. Erst nach Abklingen der akuten Entzündungsphase sollte ein operatives Vorgehen erfolgen.

Kontrovers diskutiert werden – hinsichtlich einer OP Indikation – nach wie vor jene Patienten mit radiomorphologisch nachgewiesenen enteroenteralen Fisteln ohne jegliche klinische Symptomatik. Bei diesen Patienten sind eine genaue klinische Untersuchung und Anamnese sowie kurzfristige Follow-Up-Untersuchungen mit Bestimmung der Entzündungsparameter sinnvoll.

Dickdarmbefall:

Etwa 25% aller Crohn Patienten entwickeln eine Crohncolitits. Eine chirurgische Interventionspflicht besteht wie auch beim Dünndarmbefall bei Nichtansprechen auf medikamentöse Therapien und bei Komplikationen, wie zum Beispiel der toxischen Kolitis. Anders als beim Dünndarm werden Obstruktionen beim Dickdarm häufig nicht mittels Strikturplastik behandelt und sollten vor einem operativen Eingriff jedenfalls biopsiert werden. Immerhin finden sich in bis zu 10% der Dickdarmstrikturen bereits hochgradige Dysplasien sowie Karzinome, sodass jedenfalls Segmentresektionen empfohlen werden.

Hinsichtlich des Zeitpunktes einer Operation ist auch beim Dickdarmbefall der klinische Status des Patienten entscheidend. Eine Ausnahme stellt ein positiver Biopsie-Befund dar, der zu einer zeitnahen Operation führen sollte.

Perianaler/analer Befall

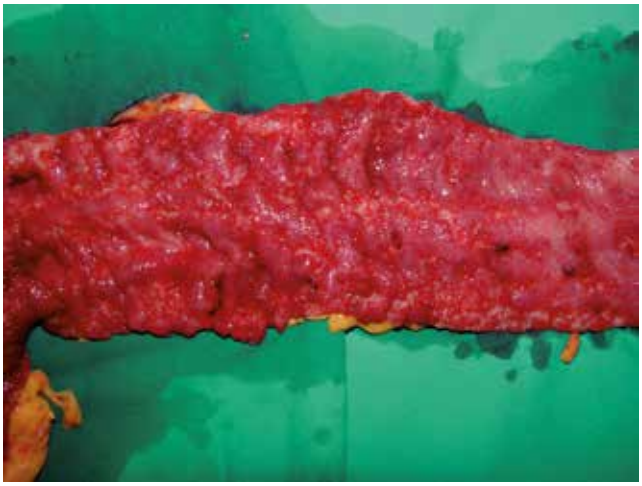
Der perianale Crohnbefall betrifft bis zu 45% aller M. Crohn Patienten.
Die Grundsätze der Behandlung haben sich trotz der Einführung neuer Medikamente in den vergangenen 100 Jahren nicht geändert. Nach wie vor gilt es die perianale Sepsis zu kontrollieren, die mit dem Befall verbundenen Symptome für die Betroffenen gering zu halten, die Kontinenz zu erhalten und damit ein permanentes Stoma zu verhindern.

Eine zwingende akute OP-Indikation stellt der akut aufgetretene Abszess dar. Wenn möglich sollten intraoperativ vor einem Unroofing mittels H2O2 mögliche Fistelbildungen diagnostiziert und gegebenenfalls endlosdrainiert werden.

Simple Fisteln können dabei auch gespalten werden.
Chronische Abszesse können auch im Intervall bei entsprechender Beschwerdesymptomatik mittels unroofing und Fisteldrainage versorgt werden.

Rekonstruktionsversuche welcher Art auch immer zeigen beim M. Crohn schlechte Ergebnisse und sollten nach Abklingen entzündlicher Veränderungen durchgeführt werden.

Abb.: Einschussfistel bei M. Crohn



Zusammenfassung:

Bezugnehmend auf den Titel des Beitrages gibt es beim M. Crohn, wie bereits oben angeführt, keinen optimalen Operationszeitpunkt. Das Optimum ist nach wie vor die Operationsvermeidung.

Zwingende akute Operationen stellen Perforationen, Blutungen, eine Stenose/Ileussymptoamtik, sowie der periproktitische Abszess dar.

Intraabdominelle Abszesse sollten vor einer OP interventionell drainiert werden und nach Abklingen der akuten Entzündung im entzündungsfreien Intervall darmsparend operiert werden.

Die alleinige Sicht des Chirurgen stellt auch in der operativen Behandlung des M. Crohn keine ausreichende Indikation dar. Sowie die Genese der Erkrankung multifaktoriell zu sein scheint, sollte auch die Behandlung gerade beim M. Crohn in enger multidisziplinärer Absprache erfolgen. Unter Einbeziehung des betroffenen Patienten, und unter Berücksichtigung seiner Symptome, des individuellen Leidensdruckes sowie der momentanen Lebensumstände mag eine Annäherung an einen günstigen Operationszeitpunkt gelingen. ■

Autor:
A. Stift, Wien

Literatur:

1. *Kristo I. et al. (2015) World J Gastroenterol. 28;21(20):6097-100*
2. *Riss S. et al. (2014) Tech Coloproctol.18(4):365-71*
3. *Riss S. et al (2013) Dis Colon Rectum. 56(7):881-7*
4. *Riss S. et al. (2013) Tech Coloproctol. 17(1):89-94*
5. *Riss S. et al. (2012) Surg Endosc.;26(4):933-8*
6. *Riss S.et al (2010) Colorectal Dis.;12(10 Online):e298-303*

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. A. Stift
Medizinische Universität Wien,
Universitätsklinik für Chirurgie
Währingergürtel 18-20
A-1090 Wien
E-Mail: anton.stift@meduniwien.ac.at

Abb.: Crohncolitis

How I do it:
Wie verhindere ich den Hypoparathyreoidismus bei der Thyreoidektomie

Grundsätzliches

Der postoperative permanente Hypoparathyreoidismus (pHoPT) kann zu schwerwiegenden organischen Folgen und zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität führen, besonders dann, wenn die orale Kalziumsubstitution schlecht vertragen wird.

Die Rate an pHoPT ist eng korreliert mit dem Ausmaß der Schilddrüsenresektion und der regionalen Lymphadenektomie.

Die Dokumentation über das operative Vorgehen bei Schilddrüsenoperationen, Lage und Anzahl der gefundenen Epithelkörperchen, Transplantation oder auch die erst im pathologischen Befund beschriebene, unbeabsichtigte Entfernung ist von großer medizinischer und auch forensischer Bedeutung. Sie ist zudem eine Voraussetzung für die adäquate Therapieplanung beim Rezidiv.

Ein besonderer Vorteil des Nebenschilddrüsenparenchyms ist die Möglichkeit des Gewebeerhalts durch Transplantation von Fragmenten in Muskeltaschen.

Risikogruppen

Das Risiko für postoperative Funktionsstörungen besteht vor allem bei Rezidiveingriffen an der Schilddrüse, dem Morbus Basedow und beim Schilddrüsenkarzinom sowie selten bei rezidivierendem primären Hyperparathyreoidismus und Mehrdrüsenerkrankungen bzw. missglückter Autotransplantation – Situationen, die spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen.

Als optimales qualitatives Ziel ist die in Zentren auf etwa 1% reduzierte Rate an permanenten Funktionsstörungen nach Thyreoidektomie anzustreben (5).

Anatomie

Normalerweise besitzt der Mensch vier Nebenschilddrüsen. Überzählige Drüsen oder Zellnester innerhalb der Thymusdrüse werden in bis zu 20% beschrieben, weniger als vier Drüsen sind selten.

Die oberen Epithelkörperchen (EK) liegen relativ konstant dorsal des cranialen Schilddrüsendrittels, etwa in Höhe der Lamina cricoidea. Selten weisen sie Lagevariabilitäten auf, nämlich weiter cranial oder intrathyreoidal von Schilddrüsenparenchym umgeben.

Ektope Lagen bei den unteren EK sind wesentlich häufiger. Prädilektionsstelle entsprechend der Embryonalentwicklung ist die Thymusdrüse. Häufiger ist es jedoch, dass mit dem Wachstum einer Struma die EK nach ventral und caudal mitziehen.

Normale EK sind zwischen 4 und 8 mm groß, linsenförmig und aufgrund ihrer gelbbräunlichen Farbe deutlich von Lymphknoten oder Schilddrüsenadenomen unterscheidbar.

Was ihre Lage auf den beiden Seiten betrifft darf grundsätzlich von einem Symmetrieprinzip ausgegangen werden.

Die arterielle Versorgung stammt in der Regel aus kleinen Ästen der Arteria thyreoidea inferior. Für die oberen EK stehen in etwa einem Fünftel der Fälle auch Äste oder Kollateralen aus bzw. zur Arteria thyreoidea superior zur Verfügung. Die Versorgung aus der Schilddrüse bei intrakapsulärer oder intrathyreoidaler Lage ist selten.

Obwohl die Arteria thyreoidea inferior durch ihren caudalen Ast zumeist mit der Gegenseite verbunden ist, sollte eine Stammligatur ohne triftigen Grund vermieden werden.

Störungen des venösen Abstroms sind an der dunklen Verfärbung der EK zu erkennen und signalisieren das Risiko einer Infarzierung. Die Erhaltung der Vena thyreoidea caudalis und ihrer Äste, vor allem zum unteren EK scheint dabei von Vorteil zu sein (3).

Es besteht größtenteils Konsens, dass zwei gut durchblutete EK für eine normale Funktion zu fordern sind (6). Unkomplizierte Verläufe mit weit weniger EK-Masse zählen zu den glückhaften Einzelbeobachtungen (4).

Präoperative Überlegungen

In Anbetracht der Korrelation zwischen pHoPT und Resektionsausmaß sollte die Notwendigkeit eines radikalen Verfahrens in Zusammenhang mit der onkologischen Situation, der hormonellen Funktion und der Lebenserwartung überlegt werden. Dies gilt im Besonderen für Rezidiveingriffe. Das Einholen sämtlicher verfügbarer Befunde über die erhaltene EK-Masse ist dabei ebenso obligat wie die Calcium- und Parathormonwerte.

Ausstattung

Eine Sichthilfe erleichtert die Identifizierung und die atraumatische Präparation an den zarten Gefäßen und wird in den allermeisten Zentren verwendet. Die intraoperative PTH-Bestimmung dient mehr der raschen postoperativen Substitution bei eklatantem Abfall, als einer noch möglichen Strategieänderung (1).

Intraoperative Empfehlungen

Organnahe Mobilisierung des oberen Poles und Eingehen in den retrothyreoidalen Raum

- Anschlingen der Arteria thyreoidea inferior mit einem Gummizügel und Freilegen des Nervus laryngeus recurrens
- Aufsuchen der beiden Epithelkörperchen durch Verfolgen des cranialen und caudalen Astes der Arteria thyreoidea inferior
- Für das Absetzen des Schilddrüsenlappens möglichst organnahe Ligatur der zu ihr führenden Arterienäste

R. Roka, Wien

- Bei enger Lagebeziehung und zu vermutender vaskulärer Abhängigkeit des oberen EK zur bzw. von der Schilddrüse ist eine Protektion durch Zurücklassen der benachbarten Schilddrüsenlamelle möglich.
- Bei weit proximal an der Struma anhaftendem unterem EK mit langem mitgezogenem Gefäßstiel ist die Erhaltung der Durchblutung häufig nicht möglich und das Zurücklassen dann wohl größerer Schilddrüsenareale nicht angebracht. Bei livider Verfärbung des abpräparierten EK sollte auch bei erhaltenem Gefäßstiel die Entnahme und Lagerung in kalter Kochsalzlösung und rasche Transplantation des in einzelne Millimeter große Fragmente zerteilten EK in die Halsmuskulatur erfolgen.
- Bei Vermissen eines EK ist genaues Absuchen des Resektates obligat.
- Im Rahmen der zentralen Lymphadenektomie beim papillären Schilddrüsenkarzinom sind es ebenfalls erstrangig die unteren Epithelkörperchen, die infolge Verwechslung oder gestörter Durchblutung gefährdet sind. Bei Unsicherheit über die Durchblutung sollte auch hier die Indikation zur Autotransplantation großzügig gestellt werden (7).
- Eine Autotransplantation verbietet sich bei Tumorkontakt des Epithelkörperchens.
- Es soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass bei Unklarheiten über die EK-Masse und in Grenzfällen (Rezidiv, erniedrigtes präoperatives Parathormon, Nicht-auffinden der EK) stets die Möglichkeit des Zurücklassens von Schilddrüsengewebe, Verzicht auf eine prophylaktische zentrale Lymphknotendissektion (2) bis hin zum einseitigen (allenfalls zweizeitigen) Vorgehen – sofern onkologisch vertretbar – erwogen werden sollte.
- Der Wert der Thyreoidektomie bei Morbus Basedow ist unbestritten. Sollte sich die sichere Erhaltung einer adäquaten EK-Masse als unsicher erweisen, so ist der Erhalt eines kleinen protektiven Schilddrüsenrestes – auch mit der Option einer ergänzenden Radiojodablation – sicher unproblematischer als eine schwierige Kalziumsubstitutionstherapie. ■

Autor:
R. Roka, Wien

Literatur:

1. *Ezzat WF, Fathey H, Fawaz S, El Ashri A, Youssef T, Othman HB.: Intraoperative parathyroid hormone as an indicator for parathyroid gland preservation in thyroid surgery. Swiss Med Wkly. 2011 Nov 8;141:w13299*
2. *Giordano D, Valcavi R, Thompson GB, Pedroni C, Renna L, Gradoni P, Barbieri V.: Complications of central neck dissection in patients with papillary thyroid carcinoma: results of a study on 1087 patients and review of the literature. Thyreoid. 2012 Sep;22(9):911-7*
3. *Lee DY, Cha W,, Jeong WJ, Ahn SH.: Preservation of the inferior thyroidal vein reduces post-thyroidectomy hypocalcemia. Laryngoscope 2014 May;124(5):1272-7*
4. *Niederle B, Roka R, Fritsch A, Kovarik J, Woloszczuk W.: Die Bedeutung der 5. Drüse als Ursache der primären Nebenschilddrüsenüberfunktion. Chirurg 1983; 54:473-9*
5. *Thomusch O, Machens A, Sekulla C, Ukkat J, Braukhoff M, Dralle H.: The impact of surgical technique on postoperative hypoparathyroidism in bilateral thyroid surgery: a multivariate analysis of 5846 consecutive patients. Surgery 2003;133:180-5*
6. *Trupka A, Wicke C.: Nebenschilddrüsenprotektion zur Vermeidung des postoperativen Hypoparathyreoidismus. In: Endokrine Chirurgie, Henning Dralle (Hrgb) Schattauer Verlag 2014 S 117-136*
7. *Wei T, Li Z, Jin J, Chen R, Gong Y, Du Z, Gong R, Zhu J.: Autotransplantation of Inferior Prathyroid glands during central neck dissection for papillary thyroid carcinoma: a retrospective cohort study. Int J Surg. 2014 Dec;12(12):1286-90*

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. Rudolf Roka
Facharzt für Chirurgie
Landstraßer Hauptstraße 13
1030 Wien
E-mail: rudolf.roka@speed.at

How I do it:
Wie verhindere ich den Hypoparathyreoidismus bei der Thyreoidektomie

Der postoperative Hypoparathyreoidismus ist aus Sicht des Patienten mindestens so gravierend wie die Stimmbandnervenläsion. Anders als bei dieser gilt beim Hypoparathyreoidismus seitens der Behandler jedoch häufig die Trias: unterschätzt, unerkannt und unbehandelt. Bei der entsprechenden Sensibilisierung für diese Komplikation der endokrinen Chirurgie wäre sie jedoch (fast) vollständig vermeidbar.

Eine profunde Kenntnis der Gefäßversorgung der Nebenschilddrüsen, eine subtile Präparationstechnik (obligat mit Lupenbrille) und die Maxime jede Nebenschilddrüse so zu behandeln, als wäre sie die letzte verbliebene, sind die Voraussetzungen zur Minimierung dieser Komplikation.

Zwar tritt der Hypoparathyreoidismus praktisch nur bei beidseitigen Schilddrüsenoperationen auf, jedoch gelten die Regeln des minutiösen Umgangs mit den Epithelkörperchen ebenso für den einseitigen Eingriff.

OP-Technik:
Das eigene Vorgehen umfasst die obligate Verwendung der Lupenbrille und eines sehr lichtstarken Kopflichtes. Hier sind zur besseren Unterscheidung zwischen Fettgewebe, Lymphknoten und Epithelkörperchen stark bläuliche (LED) Farbtemperaturen der Lichtquellen zu vermeiden. Auch wird zur möglichst blutarmen Dissektion sowohl ein „Energy-device“ (bspw. Sono-Surg®, Thunderbeat® oder Ligasure®) als auch eine bipolare Pinzette verwendet, beide jedoch nicht zur direkten Präparation an Nebenschilddrüsen und Stimmbandnerven (Thermoschäden!). Es gilt der grundsätzliche Verzicht auf einen Sauger („wer bei der Schilddrüsenoperation einen Sauger benötigt, muss die OP-Technik verändern“). In direkter Nähe zu den Nebenschilddrüsen erfolgt die Präparation mit kleinen Overholtklemmchen und feiner Ligatur (4-0). Der Nervus recurrens wird grundsätzlich mit einem dünnen (nicht armierten!) vessle-loop gekennzeichnet und in voller Länge bis zum Eintritt in den Kehlkopf dargestellt. Das Neuromonitoring mit Tubuslelektroden ist obligat.

Anatomische Kenntnisse:
Die Kenntnis, dass untere Nebenschilddrüsen caudal und ventral der Kreuzungsstelle von Arteria thyreoidea inferior und Nervus recurrens liegen, obere dorsal und cranial von diesem Wegepunkt, erleichtert das Auffinden der kritischen Regionen. Die seltenen Dislokationen der jeweiligen Nebenschilddrüsen sind von diesem Grundsatz ausgenommen.

Es gilt in den „kritischen Regionen“ die sorgfältige Dissektion, obwohl nicht jede Nebenschilddrüse zwanghaft dargestellt werden muss. Zum Beispiel, wenn diese im Ligamentum thyreothymicum (untere) oder in der oesophago-trachealen Rinne (obere) gelegen ist.

Falls sich im Situs ein Zuckerkandel’sches Tuberculum (Emil Zuckerkandl, Wiener Anatom [1849–1910]) als dorsale Aussackung des Schilddrüsenlappens findet, kann man hier fast regelhaft die obere Nebenschilddrüse auf selbigem „reitend“ auffinden; hier ist dann aufgrund der Nähe zum Stimmbandnerven die besonders vorsichtige Präparation geboten.

Kontrolle des Präparats:
Die unbemerkte (akzidentelle) Entfernung einer Nebenschilddrüse muss unbedingt vermieden werden. So ist es eine Verpflichtung, den entnommen Schilddrüsenlappen sehr sorgfältig auf möglich anhaftende (ggf. auch subkapsulär gelegene) Nebenschilddrüsen zu untersuchen. Dies insbesondere dann, wenn eine entsprechende Nebenschilddrüse nicht in loco typico im Situs darstellbar war. Das Präparat darf erst dann zur pathologischen Untersuchung abgegeben werden.

Intraoperative Entscheidungen:
Ob die zentrale Halsdissektion als Bestandteil der Thyreoidektomie bei „kalten“ Knoten immer durchgeführt werden sollte, ist weder durch die Leitlinien noch durch ein verbessertes Outcome der Patienten mit postoperativer Karzinomdiagnose gesichert. Allerdings ist außerhalb von Schwerpunktkliniken und uni-zentrischen Untersuchungen die Rate des passageren und permanenten Hypoparathyreoidismus bei zunehmender operativer Radikalität positiv korreliert (2). Somit sollte das Ausmaß der Operation auch im Verlauf selbiger sorgfältig und aus Sicht des Patienten abgewogen werden.

Im Zweifel Autotransplantation:
Kontrovers diskutiert wird die Entscheidung zur Autotransplantation minderdurchbluteter Nebenschilddrüsen. Die grundsätzliche Autotransplantation einer oder mehrerer Nebenschilddrüsen hat keine Vorteile gezeigt. Die Rationale, gut durchblutete Nebenschilddrüsen en principe zu entnehmen, um sie der Autotransplantation zuzuführen, erschließt sich aus physiologischer Sicht ohnehin nicht.

Dass die Autotransplantation von minderdurchbluteten Nebenschilddrüsen die Rate des frühpostoperativen Hypoparathyreoidismus hebt, diese jedoch im Langzeitverlauf senkt und im Idealfall ohnehin vermeidet, ist in uni- und multizentrischen Untersuchungen mehrfach gezeigt worden (1) und entspricht auch den eigenen Erfahrungen. Die Frage, ob autotransplantierte Nebenschilddrüsen eine ausreichende endogene Parathormonproduktion erreichen, ist schwierig zu beantworten. Fälle mit der Autotransplantation aller Nebenschilddrüsen und eine aktuelle Arbeit, im Rahmen derer in der Strumachirurgie Nebenschilddrüsen in den Unterarm transplantiert und deren Funktion mittels Casanovatest überprüft wurden, bestätigen jedoch die Sinnhaftigkeit der Autotransplantation (4).

In der eigenen Abteilung wird die entsprechend zu verpflanzende Nebenschilddrüse auf einer Glasplatte mittels steriler Rasierklinge (Apolloklinge) in kleine Stücke (8-12) zerteilt, die Kantenlänge ist nicht größer als 1-2mm (Abb.). Diese Technik ist

C. Vorländer, Frankfurt am Main

dem Zerteilen mittels Skalpell auf der Rückseite einer Nierenschale zu bevorzugen, da es deutlich atraumatischer ist. Die Transplantate werden in der Regel in Muskeltaschen des Musculus sternocleidomastoideus verbracht und mit resorbierbarer Naht versorgt. Bei limitierter Schnittführung können die Transplantate auch zwischen die Muskelschichten des M. sternohyoideus und M. sternothyreoideus verbracht werden. Die vorherige Sicherung der Organdiagnose mittels Schnellschnitt ist in der Chirurgie der gutartigen Struma sicherlich entbehrlich.

Wie die unmittelbaren postoperativen Kontrollen gestaltet werden und welche Serumparameter hier wann zur Anwendung gebracht werden sollen, ist aktuell anderwärtig ausgeführt und diskutiert worden (3).

Die Kontrolle des Serumcalciums und auch des Parathormons sind in praktisch allen klinischen Konzepten enthalten. Die eigene Erfahrung zeigt, dass sich die grundsätzliche und bereits präoperativ begonnene Gabe von Calcitriol [Rocaltrol® 0,5µg] günstig auf den klinischen Verlauf auswirkt, da der Vitamin-D-Mangel stärker verbreitet ist als angenommen und dieser zusätzliche Effekte auf den postoperativen Verlauf des Serumcalciumspiegels hat. ■

Autor:
C. Vorländer, Frankfurt am Main

Abb.: Zu verpflanzende Nebenschilddrüse auf einer Glasplatte mit steriler Rasierklinge

Literatur:

1. *Trupka, A. et al. (2002) Zentralbl. Chir. 127: 439 – 442.*
2. *Dralle, H. (2012) Chirurg 83: 1082*
3. *Selberherr, A. et al. (2015) Chirurg 86: 13-16.*
4. *Cavallaro, G. et al. (2015) World J Surg. 39: 1936-1942.*
5. *Herrmann, M. (2005) Viszeralchirurgie 40: 185-194*

Korrespondenzadresse:
Dr. Christian Vorländer
Bürgerhospital Frankfurt am Main
Klinik für Endokrine Chirurgie
Nibelungenallee 37-41
D- 60318 Frankfurt am Main
E-mail: c.vorlaender@buergerhospital-ffm.de

How I do it: Wie verhindere ich den postoperativen Hypoparathyreoidismus bei der Thyreoidektomie

Aus embryologischer Sicht entwickelt sich in der fünften Entwicklungswoche, aus den dorsalen Ausstülpungen der dritten und vierten Schlundtasche Nebenschilddrüsengewebe. Jenes der dritten Schlundtasche deszendiert im Regelfall an die Dorsalseite der Schilddrüse und findet dort als Glandula parathyreoidea inferior rechts und links seinen Platz. Das Epithel der dorsalen Ausstülpung der vierten Schlundtasche bildet die Glandula parathyreoidea superior rechts und links, nach komplettem Loslösen von der Pharynxwand.

Die Nebenschilddrüsen produzieren das Parathormon, ein lineares Protein mit einem relativen Molekulargewicht von 9500 und 84 Aminosäureresten, wobei die Halbwertszeit in vivo 3 bis 5 Minuten beträgt. Neben der Erhöhung des Plasmacalciumspiegels und Senkung des Phosphatspiegels durch seine phosphaturische Wirkung, steigert das Parathormon auch die Bildung von 1,25-Dihydroxy-Cholecalciferol, dem aktiven Metaboliten des Vitamin D.

Bereits vor 100 Jahren erkannten chirurgische Pioniere, u.a. William S. Halsted, dass verschiedene Operateure ein unterschiedliches Komplikationsmuster in Abhängigkeit ihrer Operationstechnik aufwiesen. Theodor Kocher (1841–1917) und Thomas Peel Dunhill (1876–1957) waren die Vorreiter der „feinen und blutungsfreien Dissektionstechnik“, allerdings war es gerade die radikale Kocher'sche Kapseldissektion, welche, wegen des postoperativen Myxoedems, in Verruf geriet. Ablöse wurde durch die „subtotale Schilddrüsenresektion“, also das Belassen eines dorsalen Restes, geschaffen.

Bereits 1907 haben William S. Halsted und Herbert M. Evans erkannt, dass nicht nur die postoperative Hypothyreose sondern auch die Tetanie als Komplikation in der Schilddrüsenchirurgie zu werten ist und publizierten zum Thema des intraoperativen Funktionserhalt der Nebenschilddrüsen (NSD) unter Schonung der entsprechenden Vaskularisation in den Annals of Surgery.

Sowohl die Historie als auch die Gegenwart lassen erkennen, dass die Art des Resektionsausmaßes, die Erkrankungsart und die Erfahrung des Chirurgen maßgeblich auf die Morbiditätsstatistik Einfluss nehmen. Gerade der Radikalitätswandel in der benignen Schilddrüsenchirurgie in den letzten 20 Jahren ließ das Bewusstsein gegenüber der Komplikation des postoperativen Hypoparathyreoidismus wieder erwachen. Analysen großer Patientenzahlen sprechen von einer transienten therapiewürdigen Hypoparathyreoidismusrate von 6% in den ersten postoperativen Tagen, permanent in 0,2-2,5%. (5;7)

Zum Großteil resultiert der Funktionsverlust der Nebenschilddrüsen durch Devaskularisation oder Entfernung meist mehrerer Nebenschilddrüsen (›2). (6) Die anatomische Kenntnis und blutarme Dissektionstechnik ist Voraussetzung zur operativen Identifikation inklusive Funktionserhalt optimalerweise aller 4 NSD. Am häufigsten passiert die Devaskularisation oder Schädigung der NSD bei der Abpräparation von der Schilddrüsenkapsel oder durch Ligatur der parathyreoidalen Venen mit konsekutiver Stauung und deutlichem Funktionsabfall. Der funktionstüchtige Erhalt von mindestens 3 NSD senkt das Risiko des postoperativen Hypoparathyreoidismus deutlich, insofern sollte eine gestaute oder makroskopisch nicht mehr funktionstüchtige NSD intraoperativ präserviert, und am Ende der Operation morcelliert, in kleinen Stücken (1-3 mm3) in den Musculus sternocleidomastoideus autotransplantiert werden. Zur Reidentifikation dieser NSD empfiehlt es sich einerseits die Tasche mit einer nicht resorbierbaren Naht zu markieren, andererseits eine genaue Lokalisation im OP Bericht anzugeben. Ergänzend sei jedoch erwähnt, dass die Inzidenz des postoperativen Hypoparathyreoidismus (passager und permanent) im Falle einer Autotransplantation höher ist, als ohne (2). Eine weitere Beeinflussung der passageren Hypoparathyreoidismusrate stellt die Anzahl der transplantierten Nebenschilddrüsen dar (4).

Voraussetzung für eine adäquate Dissektionstechnik ist eine gewisse chirurgische Erfahrung. Bereits 1998 haben Sosa et al. die individuelle chirurgische Erfahrung bezogen auf die jeweilige Komplikationsrate pointiert. Bezogen auf den postoperativen Hypoparathyreoidismus bedeutet dies, dass unter entsprechender Supervision im Falle einer gutartigen Schilddrüsenerkrankung der Nachwuchs eine Hypoparathyreoidismusrate von unter 1,0% erreichen sollte.

Der dritte beeinflussende Faktor ist die Art der Schilddrüsenerkrankung. Im Falle eines Morbus Basedow bedingt die erkrankungsbedingte erhöhte Blutungstendenz, aber auch die Thyreoiditis-bedingte Adhärenz der Kapsel zum umliegenden Gewebe, ein erhöhtes Risiko zum postoperativen Hypoparathyreoidismus, welches das der Rekurrensparese deutlich übersteigt. Auch der Wiederholungseingriff an der Schilddrüse bedingt per se ein erhöhtes Unterfunktionsrisiko der Nebenschilddrüsen. Durch vermehrte Traktion und Manipulation am Gewebe steigt sowohl die Rate der Rekurrensparese auf 3,1-3,4% als auch die Hypoparathyreoidismusrate auf 1,8-1,9%.

Etwas anders liegen die Komplikationsraten im Falle der malignen Schilddrüsenerkrankung. Sowohl die Rate der Rekurrensparese, als auch die der postoperativen Hypocalciämie liegen deutlich höher, wobei letztere per se durch die Lymphadenektomie deutlich beeinflusst wird. So liegt die Odds Ratio der permanenten Hypocalciämie nach Durchführung einer Lympadenektomie bei 8,01, hingegen nach Venenresektion bei 5,70. Ebenso zeigten sich das T-Stadium und somit auch das Resektionsausmaß als evidenter Risikofaktor (6).

E. Bareck, Wiener Neustadt

Methoden zur Vermeidung eines postoperativen Hypoparathyreoidismus finden sich in der Literatur viele. Über die intraoperative dopplersonographische Darstellung der NSD Gefäße, die fluoreszenzangiographische Visualisierung der NSD bis hin zum intraoperativen Parathormon Assay (1).

Autorin:
E. Bareck, Wiener Neustadt

Aus meiner eigenen Erfahrung ist die anatomische Kenntnis der NSD-Lage sowie deren Blutversorgung, Grundvoraussetzung für die Dissektion. Gerade die Durchtrennung der die NSD versorgenden Gefäße unmittelbar an der Capsula propria erfordert Geduld und eine sorgfältige Präparationstechnik. Eine deutliche Hilfestellung in der Präparationstechnik ist die an unserer Abteilung standardisierte Verwendung einer Lupenbrille.

Zusammenfassend lässt sich nach Durchsicht der Literatur sicherlich der Chirurg als Hauptrisikofaktor des postoperativen Hypoparathyreoidismus zuordnen. Zwar ist belegt, dass eine OP Erfahrung von ›500 Eingriffen an der Schilddrüse eine deutliche Senkung der Komplikationsrate bedeutet, allerdings, wie Ernst Gemsenjäger in seinem Atlas der Schilddrüsenchirurgie zitiert, ist die Operationsweise ein essentieller, aber wissenschaftlich statistisch (evidenzbasiert) nur schwierig zu erfassender Einflussfaktor bei chirurgischen Resultaten. ■

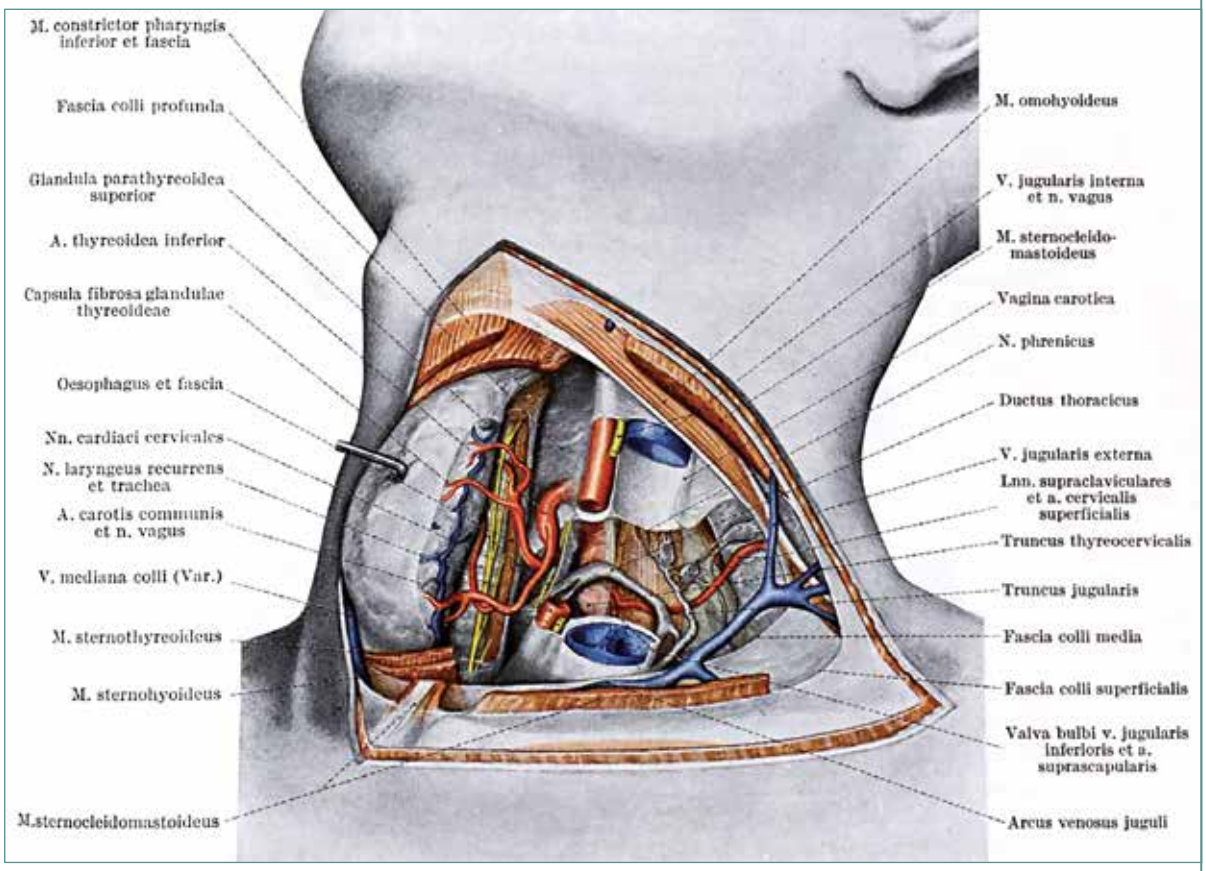


Abb. 1: Darstellung Gefäßnervenscheide des Halses
(Bezugsquelle: Lehrbuch der Topographischen Anatomie – A. Hafferl)

Literatur:

1. *Barczynski M. et al., 2008 WJS; 32:822-828*
2. *Bergamaschi R et al., 1996 AmSurg;176: 71-75*
3. *Ott J. et al., 2006 European Surgery;38/5: 368-373*
4. *Palazzo FF et al., 2005 WJS; 29, 629-631*
5. *Schulte KM et Röher HD., 2001 Acta Chir. Austriaca; Vol 33.No 4*
6. *Thomusch O. et al., 2000; WJS 24,1335-1341*
7. *Thomusch O. et al. 2003; Surgery. Feb;133(2):180-5.*

Korrespondenzadresse:
OÄ. Dr. Evelyne Bareck
Facharzt für Allgemein-, Viszeralchirurgie
Chirurgische Abteilung
Landesklinikum Wiener Neustadt
Corvinusring 3-5
A-2700 Wiener Neustadt
Email:
evelyne.bareck@wienerneustadt.lknoe.at

How I do it: Wie verhindere ich den Hypoparathyreoidismus bei der Thyreoidektomie

Die Nebenschilddrüsen sind die kleinsten lebenswichtigen hormonbildenden Drüsen und wurden am Menschen erst Ende des 19. Jahrhunderts erstmalig beschrieben. In einer Publikation von 1913 war die Sterblichkeit des permanenten Hypoparathyreoidismus 25%, wobei zu dieser Zeit eine Substitution mit Kalzium und Vitamin D naturgemäß nicht möglich war. Einige Patienten sind an Zwerchfellkrämpfen und folglich Erstickung verstorben. Auch heute noch stellt die postoperative Nebenschilddrüsenunterfunktion die schwerwiegendste Komplikation in der Schilddrüsenchirurgie dar. Langfristig schränkt die Nebenschilddrüsenunterfunktion die Lebensqualität mit Sicherheit stärker ein als eine einseitige Rekurrensparese, welche unter Umständen gut kompensiert werden kann.

Die Verabreichung von synthetischem Parathormon (PTH) ist derzeit noch nicht adäquat möglich, da Resistenzen nach einem Jahr auftreten, die Halbwertszeit des PTH beträgt ca. 4 min und eine „slow release“ Galenik steht noch nicht zur Verfügung. Es ist derzeit somit der einzige Weg die postoperative Nebenschilddrüsenfunktion zu bewahren indem bei der Schilddrüsenoperation ausreichend funktionsfähiges Nebenschilddrüsengewebe erhalten wird.

Ein wesentlicher Aspekt ist die intraoperative Identifikation der Nebenschilddrüsen, falls dies möglich ist. Man muss und kann nicht jede Nebenschilddrüse identifizieren, insbesondere wenn man an die ektopen Drüsen, z.B. im Thymus, denkt. Es gibt sogar Publikationen, welche zeigen, dass die Hypokalziämierate geringer ist je weniger Nebenschilddrüsen intraoperativ identifiziert wurden. Dies kann nur insofern interpretiert werden, als dass nicht identifizierte Nebenschilddrüsen weiter von der Schilddrüse entfernt positioniert sind und somit nicht bei der Thyroidektomie einer Manipulation ausgesetzt sind und folglich nicht in ihrer Durchblutung beeinträchtigt werden. Zumindest muss man sich bemühen und ständig gewahr sein, dass eine Nebenschilddrüse sehr schnell in ihrer Durchblutung gestört sein kann. Hilfreich in dieser Hinsicht ist, sich die hervorragenden anatomischen Bilder von Delattre anzusehen. Diese Bilder zeigen sehr eindrücklich wie potentiell schwierig die Erhaltung der Nebenschilddrüsendurchblutung in gewissen Fällen sein kann. Die Nebenschilddrüse versorgenden arteriellen Blutgefäße sind gelegentlich sehr schilddrüsennahe von einem Ast der Arterie thyroidea inferior abgehend, sodass es fast unmöglich scheint in gewissen Fällen die arterielle Durchblutung der Nebenschilddrüse zu erhalten. Die Lupenbrille wird deshalb bei jeder Schilddrüsenoperation verwendet. Bereits bei der Abpräparation der Grenzlamelle muss schon auf die Nebenschilddrüsen geachtet werden. Wir versuchen die Grenzlamelle sehr bald zu identifizieren und präparieren diese exakt an der Organkapsel ab, was dann auch der Handhabung der Nebenschilddrüse erleichtert. Einfach ausgedrückt sollte zuerst die „Nebenschilddrüsenoperation“ (Identifikation und Schonung) und erst dann die Schilddrüsenoperation erfolgen. Wenn eine Nebenschilddrüse venös gestaut ist wird sie dunkelblau, was gut erkennbar ist. Die venöse Stauung könnte allenfalls durch Erhöhung des intrakapsulären Druckes die arterielle Durchblutung beeinträchtigen werden, weshalb man in dieser Situation die Kapsel der Nebenschilddrüse inzidieren soll. Die intraoperative Einschätzung der arteriellen Durchblutung der Nebenschilddrüsen ist allerdings schwierig, als eine Störung der arteriellen Durchblutung nicht leicht durch eine Farbänderung erkennbar ist. Man kann in diesem Fall eine Inzision am distalen Pol der Nebenschilddrüse setzen (Flush-Test). Falls die Schnittfläche nicht blutet wird die Nebenschilddrüse autotransplantiert.

Der Grundsatz meines Lehrers Charles Proye war: „Jede Nebenschilddrüse behandeln als wäre sie die letzte Nebenschilddrüse“. Damit ist gemeint, dass selbst wenn vom Chirurgen drei Nebenschilddrüsen identifiziert werden und als gut durchblutet eingeschätzt werden, wird die vierte Nebenschilddrüse, wenn sie nicht in der Durchblutung erhaltbar ist, autotransplantiert. Ist eine Nebenschilddrüse sehr weit ventral der Resektionslinie gelegen, oder wird eine Nebenschilddrüse am Präparat entdeckt (Das OP Präparat muss immer vor der Abgabe vom OP-Tisch auf das Vorliegen einer NSD untersucht werden und dies muss im OP Bericht dokumentiert werden), oder ist der Flush Test negativ, oder ist man im Zweifel, dass die arterielle Durchblutung erhalten ist, dann sollte man autotransplantieren.

R. Prommegger, Innsbruck

Zur Technik der Autotransplantation lässt sich sagen, dass die zu transplantierende Nebenschilddrüse fragmentiert werden muss. Das bedeutet, dass in möglichst kleine Stücke aufgeschnitten werden muss, denn die Diffusion, welche nur sechs Zellagen erreicht, ist für die anfängliche Nutrition der Zellen notwendig. Die Stücke werden in mehrere Muskeltaschen in den m. sternocleidomastoideus implantiert. Keinesfalls darf die Nebenschilddrüse als Ganzes implantiert werden. Nach 6 Monaten erfolgt in 80% des autotransplantierten Gewebes eine PTH Produktion (5). Die Rate an permanenten Nebenschilddrüsenunterfunktionen wird durch die Autotransplantation deutlich reduziert.

Eine Spezialsituation ist die Operation der Rezidivstruma. Gelegentlich findet man bei der Operation der Rezidivstruma nur eine vergrößerte Nebenschilddrüse, welche unter Umständen die einzige verbliebene, kompensatorisch vergrößerte Nebenschilddrüse vom Ersteingriff ist. Gerade auch in dieser Situation ist es sehr hilfreich den präoperativen Kalzium- und PTH Wert zu wissen. Besteht kein Hinweis für Hyperparathyreoidismus oder Vitamin D Mangel, ist von einer solchen Situation auszugehen. Man muss dann diese kompensatorisch vergrößerte Neben-

schilddrüse unbedingt in der Durchblutung erhalten.

Die Rate an postoperativem Hypoparathyreoidismus ist deutlich mit dem Resektionsausmaß korreliert. Das heißt, die Rate an postoperativem Hypoparathyreoidismus ist bei totaler Thyroidektomie höher als wie bei limitierten Resektionen. Im Falle einer benignen Erkrankung wiegt die Belassung eines kleinen Schilddrüsenrestes weniger schwer wie ein postoperativer permanenter Hypoparathyreoidismus. ■

Autor:
R. Prommegger, Innsbruck

Literatur:

1. *Lorente et al: Importance of in situ preservation of parathyroid glands during total thyroidectomy. (2015) Br J Surg 102(4):359-67.*
2. *Delattre JF et al. Variations in the parathyroid glands. Number, situation and arterial vascularization. Anatomical study and surgical application(1982) J Chir (Paris) 119(11):633-41.*
3. *Selberherr A et al. Postoperative hypoparathyroidism after thyroidectomy: efficient and cost-effective diagnosis and treatment. Surgery (2015) 157(2): 349-53.*
4. *Promberger R et al. Intra- and postoperative parathyroid hormone-kinetics do not advocate for autotransplantation of discolored parathyroid glands during thyroidectomy. (2010) Thyroid 20(12):1371-5.*
5. *Sierra M et al. Prospective biochemical and scintigraphic evaluation of autografted normal parathyroid glands in patients undergoing thyroid operations. (1998) Surgery 124(6):1005-10.*

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. R. Prommegger
Sanatorium Kettenbrücke
Sennstrasse 1
6020 Innsbruck
E-Mail: ordination.prommegger@sanatorium-kettenbruecke.at

How I do it: Wie verhindere ich den Hypoparathyreoidismus bei der Thyreoidektomie

Vermeidung des „postoperativen Hypoparathyreoidismus“ in der Chirurgie der Schilddrüse.

G. Wolf, Graz

Der Funktionsausfall der Nebenschilddrüsen als Operationsfolge ist eine schwerwiegende, unangenehme, belastende, gefährliche und schwer zu therapierende Komplikation in der Chirurgie der Schilddrüse. Die Symptome der Hypokalziämie reichen von geringen Fingerparästhesien bis hin zu schweren, bedrohlichen Krampfzuständen. Da eine kausale Therapie derzeit noch nicht gegeben ist, muss der Vermeidung der Schädigung große Aufmerksamkeit gegeben werden.

Es besteht Konsens, dass bei endokrinen Eingriffen am Hals die Identifikation der Drüsen unbedingt erfolgen muss. Oberstes Ziel ist jedoch auch, die Drüsen in ihrer Funktion, d.h. ihren Gefäßstiel zu erhalten. Die arterielle Versorgung und der venöse Abfluss werden durch die zarten Gefäße 4. Ordnung aus den großen Arterien und Venen bewerkstelligt. Bei forcierter Präparation kann diese sehr leicht kompromittiert werden. Unbedingt muss der klinische Zustand der Drüsen zu OP-Ende begutachtet werden: jede livide Verfärbung oder fehlender arterieller Flow lässt auf einen Funktionsausfall schließen. In diesem Fall ist die Indikation zur Autotransplantation gegeben.

Über das Ausmaß der intraoperativen Identifikationsschritte existieren keine exakten Vorschriften. Es ist jedoch Tatsache, dass Drüsen auch ektop, d.h. außerhalb des OP-Gebietes einer Schilddrüsenoperation liegen können. Nicht nur der chirurgische Endokrinologe, sondern jeder, der an der Schilddrüse operiert, muss Kenntnis von der Beschaffenheit und Lage der Nebenschilddrüse besitzen. Der Chirurg muss auch vertraut sein mit der speziellen Morphologie dieser Organe. Zwar können diese Drüsen leicht übersehen oder mit z.B. Lymphknoten verwechselt werden, ihre besondere Färbung (dunkler als Fettgewebe, charakteristische Gefäßzeichnung, kompakter als Schilddrüsengewebe) lässt sie jedoch deutlich von diesen abgrenzen. Dies makroskopisch zu beurteilen, gehört zu den Anforderungen an den Chirurgen der Halsregion. Es ist nicht empfohlen, wenn sich im Rahmen von Operationen an der Schilddrüse die Nebenschilddrüsen nicht unmittelbar parathyreoidal finden, diese in ausgedehnter Präparation in jedem Falle aufzusuchen. Bekanntlich können

Nebenschilddrüsen, entsprechend ihrer embryologischen Herkunft, von der Schädelbasis abwärts bis in den retrosternalen Raum bzw. an den Aortenbogen verlagert sein. Die „ ektope Lage“ dürfte wohl der beste Schutz vor intraoperativer Schädigung sein!

Auch in spezialisierten Zentren kommt es gelegentlich vor, dass im histologischen Präparat inzidentell entfernte Drüsen beschrieben werden. Deswegen ist die genaue Untersuchung des entfernten Präparates, noch am OP-Tisch, auf vorhandene Drüsen unbedingt erforderlich.

Die Indikation zur Autotransplantation (Morcellierung der Drüsen, 1x1 mm, Einbringen in eine Muskeltasche des M. sternohyoideus oder sternocleidomastoideus) muss großzügig und unter visueller Kontrolle gestellt werden. Auf die Durchführung einer Gefrierschnitt-Diagnostik davor ist unbedingt zu verzichten: Dadurch würde wertvolles Parenchym geopfert werden. Außerdem ist die „inzidentelle“ Replantation von fehlerkanntem Gewebe nicht relevant: Die Implantation von Schilddrüse, Fett, oder blanden Lymphknoten führt zu keinen negativen Konsequenzen. Verdächtige Lymphknoten im Rahmen einer Karzinom-Operation sind makroskopisch doch deutlich von Nebenschilddrüsen-Gewebe abzugrenzen. Im seltenen Fall einer Unsicherheit wäre diese Situation die einzige Indikation zur Durchführung einer Gefrierschnitt–Diagnostik. Auch eine intraoperative PTH-Messung kann keine Entscheidungshilfe bieten: Eine einmal entfernte oder mangeldurchblutete Nebenschilddrüse kann nur durch Replantation gerettet werden. Eine intraoperative Funktionsmessung ändert nichts am Zustand der bereits geschädigten Drüse. Dies festzustellen, muss makroskopisch beurteilt werden und die Möglichkeiten der Autotransplantation entsprechend großzügig genützt werden. Wenn es die Indikation zur Operation bzw. der endokrine Befund zulässt, ist es auch sinnvoll, eine kleine Parenchym-Menge bzw. einen Kapselanteil zur Bewahrung des Gefäßstieles der Drüse zu belassen.

Es besteht seit jeher die chirurgische Vorschrift, „jede Drüse wie die letzte“ zu behandeln. Daran ist nichts zu ändern. Auch wenn mit Sicherheit weitere intakte Drüsen identifiziert wurden, ist eine inzidentell kompromittierte Drüse unbedingt sorgsam mittels Autotransplantation zu erhalten.

In der chirurgischen Literatur findet der Umstand, dass Funktionsausfälle erst spät postoperativ stattfinden können, wenig Beachtung. Der Mechanismus ist ähnlich dem Auftreten einer Stimmstörung, die erst mit deutlicher Latenz zum Eingriff manifest wird. Dies ist durch Schwellungsphänomene, Hämatom oder Narbenbildung bedingt. Bei primär vorhandener intakter Funktion des Stimmbandnerven ist eine Rekompensation absolut zu

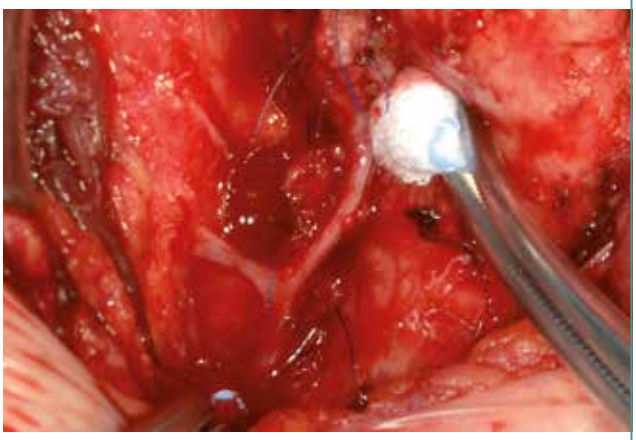


Abb.: OP.-Situs: Nebenschilddrüse und N.Lar.Recurrens in enger Verbindung

erwarten. Selten, aber doch zahlenmäßig relevant, sind auch spät-postoperative Stimmstörungen bleibend. Ähnliches ist auch, wenn auch klinisch selten beobachtbar, vom Funktionsausfall der Nebenschilddrüsen zu erwarten.

Die Tragweite eines postoperative Hypoparathyreoidismus verlangt vom Chirurgen, entsprechendes Augenmerk auf den Funktionserhalt der Nebenschilddrüsen zu legen. Es gibt keine Alternative zur subtilen Sichtschonung der Organe bzw. den Gewebserhalt. Hilfsmittel zur Beurteilung, ähnlich wie etwa Neuromonitoring beim N. Recurrens, stehen nicht zur Verfügung. Auch PTH-Messungen tragen zur Entscheidungsfindung nicht bei. Neben der akkuraten Sichtschonung ist die großzügige Indikationsstellung zur Autotransplantation die einzig zielführende Maßnahme. ■

Autor:
G. Wolf, Graz

Literatur:

1. *Braun EM, Dolcet C, Wolf, G.: Postoperative Hypocalcemia in Thyroid Surgery is a regular finding: Langenbecks Arch.Surg. 2010, 305, 1179*
2. *Braun EM, Wolf,G.,Cervenka H., Burgstaller S., Mischinger H.: Postoperative Hypocalcemia in endocrine Surgery. European Surgery 37, 2005 suppl. 203, 105*

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wolf
Medizinische Universität Graz
Univ.-Klinik für Chirurgie
Auenbruggerplatz 1
8036 Graz

Radikalitätsprinzipien:

Therapie des zentralen Gallengangskarzinoms (Klatskin-Tumor) – Chirurgische Prinzipien

Das zentral sitzende/perihiläre Cholangiokarzinom – oftmals auch als nach seinem Erstbeschreiber Gerald Klatskin als Klatskin-Tumor bezeichnet – wird histopathologisch zu den cholangiozellulären Karzinomen gezählt. Mit ca. 90% ist die überwiegende Mehrzahl der cholangiozellulären Karzinome als Adenokarzinom (nodulär, sklerosierender Typ oder papillärer Typ) klassifiziert, wohingegen die restlichen 10% Plattenepithelkarzinome sind. Unter diesen Subtypen der cholagiozellulären Karzinome haben die Karzinome vom papillären Typ die höchsten R0-Resektionsraten. Zentrale Gallengangskarzinome mit Infiltration der Gallengangsgabel sind in 50% der Fälle perihilären, in 40% distal extrahepatischen und in 10% zentral intrahepatischen Ursprungs und werden anhand des Infiltrationsmusters im Bereich der Gallengangsgabel nach der Bismuth-Corlette-Klassifikation eingeteilt (siehe Abbildung). (1) Diese anatomische Einteilung muss heutzutage zur weiteren Prognoseabschätzung und Therapiestratifizierung durch die histopathologische TNM-Klassifikation komplettiert werden.

S. Fichtner-Feigl, Regensburg

Chirurgische Prinzipien

Ein zentraler Aspekt bei der Therapie des zentralen Gallengangskarzinoms ist die Etablierung einer Patienten-individuellen Operationsstrategie nach stattgehabter Diagnostik inklusive der Einschätzung der lokalen Resektabilität des Tumors. Generell gelten zentrale Gallengangskarzinome als irresektabel, sobald eine Tumorinfiltration in Segmentgallengänge beidseitiger Gallenwegssysteme aufgetreten ist oder beide Leberarterien mit den Abgängen der Segmentarterien infiltriert sind, so dass eine Gefäßinterposition nicht durchgeführt werden kann. Problematisch ist hier anzumerken, dass eine definitive Einschätzung der intraduktalen Tumorinfiltration in die Segmentgallengänge mittels präoperativer Diagnostik nicht möglich ist. Somit stellt letztlich die operative Exploration die beste Möglichkeit zur Einschätzung der Resektabilität dar. (2) Die diagnostische Laparoskopie kann zum Ausschluss von Lebermetastasen und Peritonealkarzinose eingesetzt werden, ist jedoch für die Evaluation der lokalen Resektabilität in der Regel nicht ausreichend. Werden bei operativer Exploration Organmetastasen oder Peritonealkarzinose detektiert, so ist eine ausgedehnte Resektion in der Regel onkologisch nicht sinnvoll. Dagegen stellt ein metastatischer Befall von Lymphknoten im Leberhilus oder auch entlang des Truncus coeliacus keine Kontraindikation zur Resektion dar.

Das onkologische Ziel bei Operationen des zentralen Gallengangskarzinoms ist die R0-Resektion des Tumors – idealerweise mit einem Sicherheitsabstand von 1-2 cm nach proximal und 0,5 cm nach lateral – kann sicherlich nicht immer erreicht werden, jedoch ist die entsprechende Auswahl der Resektionsstrategie unabdingbare Grundlage dafür. Um den potentiellen lateralen Sicherheitsabstand zu erhöhen, ist es anzuraten, vorwiegend erweiterte Resektionen – Trisegmentektomie rechts oder links – durchzuführen. Hierbei kann eine en bloc Resektion inklusive Pfortadergabel onkologisch (Möglichkeit zur „no touch" Resektion) sinnhaft sein und auch ein späteres Abknicken der relativ überlangen verbleibenden Pfortader vermieden werden. Zur Erreichung einer R0-Situation kann in Ausnahmefällen auch eine Erweiterung des Resektionsausmaßes entlang des extrahepatischen Gallengangs, im Sinne einer Pankreaskopfresektion, durchgeführt werden.

Der theoretisch größte longitudinale und laterale Sicherheitsabstand kann, aufgrund des längeren Verlaufs des linken Gallengangs bis zur Segmentgallengangaufzweigung, durch eine Trisegmentektomie rechts (Segmente IV-VIII inklusive I) erreicht werden, da bei dieser Operationsstrategie der Gallengang links der hilären Ebene durchtrennt werden kann. In einigen Fällen kann bei kleinen Tumoren das onkologische Ziel einer R0-Resektion auch mit einer anatomischen Hemihepatektomie erreicht werden.

Eine Trisegmentektomie links (inklusive Segment I) sollte zum Erreichen einer R0-Resektion nur dann eingesetzt werden, wenn das zentrale Gallengangskarzinom entlang des

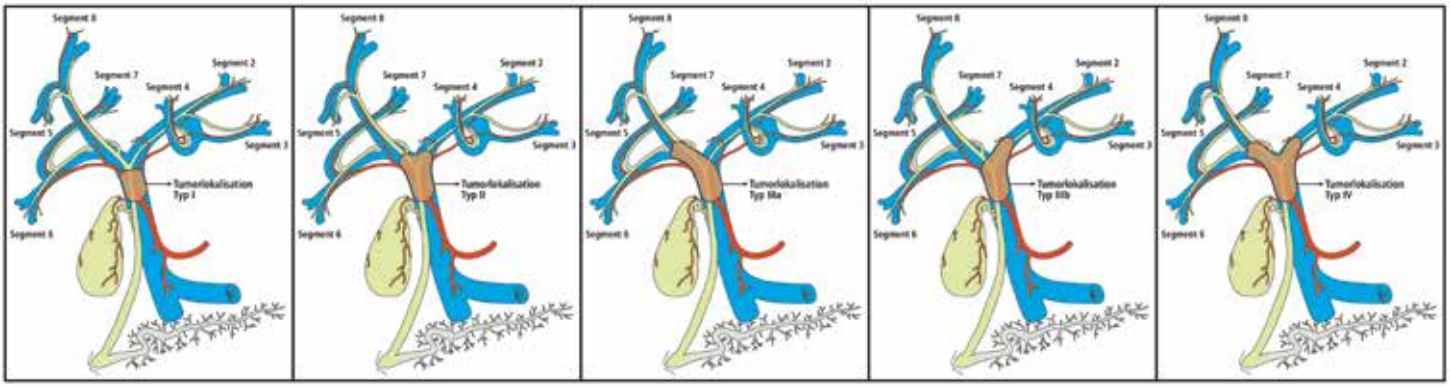


Abb.: Einteilung der zentralen Gallengangskarzinome nach Bismuth-Corlette

linken Gallengangsystems wächst. Jedoch ist bei dieser Herangehensweise kritisch anzumerken, dass der laterale Sicherheitsabstand durch die frühe Aufzweigung des rechtsseitigen Gallengangsystems deutlich eingeschränkt ist. Aus funktionellen Gesichtspunkten verbleibt bei der Trisegmentektomie links in der Regel ein ausreichend großes Leberrestvolumen, wobei hierbei nach Absetzen der mittleren Lebervene die eingeschränkte venöse Drainage der Restleber problematisch sein kann. Bei dieser technisch sehr anspruchsvollen Resektion ist auch die Rekonstruktion der biliären Drainage schwierig.

Eine hiliäre Resektion oder eine Mesohepatektomie sollte aus onkologischen Gründen lediglich bei einem zentralen Gallengangskarzinom Typ Bismuth I durchgeführt werden. Auch bei einer Mesohepatektomie ist die Radikalität aufgrund der Präparation oberhalb der Pfortadergabelung eingeschränkt und die Rekonstruktion des Galleabflusses beidseits von höchster Schwierigkeit.

Ist die Resektion des Tumors erfolgt, wird die biliäre Drainage mittels Hepatico-Jejunostomie einer ausgeschalteten Jejunumschlinge nach Y-Roux rekonstruiert. Hierbei ist eine genau Kenntnis der anzuschließenden Gallengänge unabdingbar. Ob hierbei alle durchtrennten Gallengänge in einer Anastomose zusammengefasst oder in einzelnen Anastomosen vernäht werden muss intraoperativ entschieden werden. Die Anzahl und Lumengröße der Gallengänge, die Festigkeit des Nahtlagers, die Lagebeziehung der Gallengänge zueinander und auch Infektionen des Gallenwegsystems beeinflussen diese Entscheidung nachhaltig. Der Vorteil einer endoluminären, transhepatischen Schienung als „verlorene“ Drainage oder Endlosdrainage ist letztlich nicht sicher nachgewiesen, jedoch erscheint aus eigener Erfahrung der gezielte Einsatz von transhepatischen Drainagen sinnhaft zu sein, um biliäre Komplikationen zu verringern. (3)

Kann das primäre onkologische Ziel der R0-Resektion nach subtiler operativer Exploration nicht erreicht werden, sind Möglichkeiten der chirurgischen Palliation zu diskutieren. Die Anlage einer palliativen Hepato-Jejunostomie auf erweiterte/aufgestaute Gallengänge in den Lebersegmenten III und V ermöglicht oftmals eine suffiziente biliäre Drainage des Leberparenchyms.

Zusammengefasst stellt die chirurgische Therapie eines zentralen Gallengangskarzinoms eine große Herausforderung dar, die in einer interdisziplinären Behandlungsstrategie in einem hepato-biliären Zentrum angegangen werden sollte. Im Falle einer möglichen Resektion sind erweiterte Resektion durchzuführen, um das beste onkologische Ergebnis erreichen zu können. Hierbei kann aus anatomischen Gründen mit einer Trisegmentektomie rechts (ggf. mit en bloc Pfortadergabelresektion) der maximale Sicherheitsabstand zum Tumor erreicht werden und die besten onkologischen Ergebnisse erzielt werden.

Autor:
S. Fichtner-Feigl, Regensburg

Literatur:
1. *Bismuth H, et al. (1975): Surg Gynecol Obstet 140:170–178*
2. *Gulik TM van, et al. (2007): Ann Surg Oncol 14:1969–1971*
3. *Seehofer D, et al. (2012): Chirurg 83:221–228*

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl, FACS
Stellv. Direktor der Klinik
Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg
Tel: +49-(0)941-944-6809
Fax: +49 -(0)941-944-6860

Junge Chirurgie:
Professional Development

Zum Thema Facharztweiterbildung bestimmen berufspolitische Auseinandersetzungen um strukturelle Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Weiterbildungsordnungen, Finazierung der ärztlichen Weiterbildung, sowie Gestaltung politischer Anreizsysteme zur Überwindung des zunehmenden Ärztemangels, die öffentliche Diskussion. Internationale Forschungsergebnisse zum Thema werden in dieser Diskussion nicht genutzt. Ebenso fehlen in der Fläche Konzepte zur Unterstützung der Weiterbilder und Assistenten bezüglich der Entwicklung von Lehr-und Lernkompetenzen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat deshalb in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der deutschen Internisten (BDI) ein Train The Trainer Projekt aufgelegt. Dreißig speziel ausgebildete Mastertrainer (alle langlährig weiterbildende Chef- oder Oberärzte) vermitteln in eintägigen Fortbildungen ein sehr einfaches und alltagstaugliches Konzept der evidenzbasierten und strukturerten Facharztweiterbildung an interessierte Weiterbildner.

M. Siebolds. Köln

Arztbildung als Kernaufgabe

Arztbildung ist ein Lebenslanger Prozess in dessen Verlauf verschiedene Ebenen der ärztlichen Entwicklung durchlaufen werden Die hier genutzte Taxonomie ist an Benner (1) angelehnt:
Die Novizenebene: Das Studium mit dem Ziel der Anlage des Potentials, als Arzt in die nächste Lehr-und Lernphase der Facharztausbildung eintreten zu dürfen. Die Hochschule verfügt über klare Lehr-und Lernrollen und sieht den Medizinstudenten als abhängigen Lerner. Hochschule ist ein primärer Lernort mit passageren Praxisphasen. Das Studium endet mit der formalen Qualifikation im Sinne der Erlangung der Approbation.
Die Gesellenebene: Die Facharztweiterbildung mit dem Ziel eigenverantwortlich und ohne weitere Aufsicht ärztlich arbeiten zu können. Die ärztliche Weiterbildung ist ein Ort klinischer Berufstätigkeit mit passageren Lernphasen. Der Lernende steht in einer klaren beruflichen Hierarchie. In der Berufspraxis geschieht die Weiterbildung aber in der Regel im Rahmen kollegialer Zusammenarbeit von Weiterbilder und Assistent in der alltäglichen klinischen Krankenversorgung. Das Bildungsziel ist eine Mischung aus der formalen Erlangung des Facharztstatus und der materiellen Qualifikation im Sinne einer oberarzt-beziehungsweise niederlassungsreifen, chirurgischen Performance des jungen Facharztes für Chirurgie, die Mindestanforderungen zur eigenverantwortlichen Beherrschung und Ausübung der chirurgischen Standartverfahren zu erfüllen.
Die Meisterebene: Die nachfachärztliche Arztbildung mit dem Ziel der zunehmenden Entwicklung klinischer Reife. Diese befähigt den reifen Chirurgen zur Bewältigung atypischer chirurgischer Fallsituation und zur Fähigkeit werterelevanter, klinischer Entscheidungen in widersprüchlichen Situationen (2) leisten zu können. In der Facharztweiterbildung wird die Qualifikation zur zunehmenden Übernahme von Fallverantwortung bei komplexen chirurgischen Fragestellungen, sowie die Vorbereitung auf die Übernahme von ärztlicher Leitungsverantwortung angelegt (3).

Facharztweiterbildung als paradoxer, klinischer Lernraum

Diese Taxonomie macht klar, das Facharztweiterbildung und nachfachärztliche Arztbildung nicht die Fortsetzung des Medizinstudiums mit anderen Mitteln sein können. Der zunehmende Trend innerhalb der standespolitischen Diskussion zur „hochschulischen Didaktisierung“ und „curricularen Überstrukturierung“ der Facharztweiterbildung verkennt die Arbeitsrealität in den Weiterbildungsstätten und die eher auf Diskurs und Selbstorganisation ausgerichtete, traditionelle Lehrkultur in der Facharztweiterbildung, besonders in der Chirurgie. Will man vor Ort bei den Beteiligten akzeptierte Lösungen etablieren, die anschlußfähig an die vorherrschende Weiterbildungskultur in den Kliniken sind, so gilt es mit diesem Spannungsfeld bewusst umzugehen.

Basiskonzept einer strukturierten Facharztweiterbildung

Um diesem Spannungsfeld gerecht zu werden, wurde folgendes Vorgehen gewählt. Im Rahmen der Erstellung eines Literaturreviews (4) wurden aus der verfügbaren Literatur nur evaluierte Konzepte ausgewählt, die einen nachweislichen Einfluss auf die Weiterbildung haben. Auf eine „curriculare Überstrukturierung“ wird klar verzichtet. Die verfügbaren Evaluationen in Deutschland (5) zeigen, dass die Anleitung in der Weiterbildung verbesserungsfähig ist, aber nicht das primäre Problem darstellt. Die eigentlichen Probleme sind Unverbindlichkeit und Unstruktu-

Basiskonzept einer strukturierten Facharztweiterbildung

Inhalt	*Erläuterung*
Rolle des professionellen Arztes	Vermittlung von Ideen zur Entwicklung einer professionellen Haltung als Arzt als Thema Weiterbildung (X)
Kerncurriculum	Erstellung einer Liste absolut notwendiger Kompetenzen, die ein Assistent braucht, um in einer Abteilung verantwortlich abreiten zu können. Es stellt keinen verbindlichen Lernplan dar, der in der Klinik in der Regel nicht funktioniert. Es fungiert als Kriterienliste um zu reflektieren, wo man in einem Weiterbildungsabschnitt steht!
Lernstandsrückmeldung und Weiterbildungsgespräch	Fragebogen, der vor dem Weiterbildungsgespräch im Sinne von Selbst und Fremdeinschätzung durch Weiterbilder und Assistent getrennt ausgefüllt wird. Er umfasst die Kriterien des Kerncurriculums der Abteilung und die sechs Kernkompetenzen eines guten Arztes der ACGME (X Meiring) Die Bdwertung erfolgt über fünf Kompetenzgrade. Diese Einschätzung dient als Grundlage des Jahresweiterbildungsgesprächs, in dem 4 konkrete Zielvereinbarungen für die Weiterbildung für das nächste Jahr getroffen werden.
Testate	Objektive Bewertung der Performance, mit der ein Assistent eine klinische Tätigkeit ausübt. (z.B. Wundversorgung, einfache OP, Patientenaufklärung ect.)

Tab. 1 Basiskonzept einer strukturierten Facharztweiterbildung

riertheit im Sinne der ungenügenden Förderung eigenständigen Lernens, der Feedbackgabe und der Wahrnehmung der individuellen Lernsituation des Assistenten in der Weiterbildung. Um die Autonomie der Beteiligten nicht über Gebühr einzugrenzen und kreative Ansätze in den Weiterbildungsstätten nicht einzuengen setzt das Basiskonzept konsequent auf diesen Vorgaben auf. Es umfasst die regelmäßige Einschätzung des Lernstandes auf der Basis des im Kerncurriculums (6,7,8), ergänzt durch die Einschätzung der personalen ärztlichen Schlüsselkompetenzen (in Anlehnung an die Vorgaben des Accreditation Council for the Gradual Medical Education (ACGME) (7,10)), durch Weiterbilder und Assistent im Sinne der Gegenüberstellung von Eigen- und Frendwahrnehmung des Weiterbildungsstandes. Darüber hinaus wird die regelmäßige Überprüfung des Weiterbildungsergebnisses auf der Ebene der klinischen Fertigkeiten im Rahmen von Testaten genutzt (8). Zur Skalierung von Lernstandserhebung und Testarten wird eine Likert Skala mit 5 Kompetenzgraden genutzt. Die Nutzung des Konzeptes individueller, kriteriengeleiteter Lernstandseinschätzung und objektiver Leistungsrückmeldung sind das zentrale Agens, das Assistenten und Weiterbilder zur Entwicklung von Maßnahmen und Lernprozessen zur Weiterentwicklung der Weiterbildung anregt. Durch diesen ärztlich kollegialen Prozess und die konsequente Nutzung der ACGME Kernkompetenzen soll langfristig eine lehr-und lernaktive, sowie ärztlich professionelle Haltung bei den jungen Ärzten angelegt werden (8,9). Bei den begrenzten personellen Ressourcen zur chirurgischen Weiterbildung macht es Sinn sich auf zwei Phasen zu konzentrieren. Die kontinuierliche Evaluation der Anwendung hat gezeigt, dass das Basiskonzept besonders die ersten beiden Weiterbildungsjahre erfasst, um eine zügige Berufseinmündung und Einarbeitung der jungen Kollegen zu unterstützen. Der Mastertraineransatz ist in der ersten Phase des Projektes auf die Vermittlung des Basiskonzept ausgelegt.

Die zweite Phase, in der strukturierte Weiterbildung effektiv sein kann, ist die Phase ein bis zwei Jahre vor der Facharztprüfung. Hier ist die Effektivität von Konzepten des Simulator-Trainings (11) zur Vorbereitung auf komplexe oder gefahrenbehaftete OP Verfahren, das chirurgische Assesment (12), das die OP Performance unter atypischen Indikationen oder kritischen OP Situationen beurteilt und klinische Fallanalysen im Rahmen von Mortalitäts-und Morbiditaskonferenzen (13), belegt. Das Mastertrainerkonzept wird mittelfristig auf diese Ansätze erweitert werden. In der folgenden Tabelle werden die Elemente des Basiskonzeptes vorgestellt.

Mastertrainer als kollegiale Unterstützungsstruktur

Das Mastertrainerkonzept ist Teil eines seit 2001 laufenden Projektes, in dem bisher 160 Fachabteilungen über je ein Jahr in verschiedenen Settings begleitet und evaluiert wurden. Mastertrainer werden in diesem Projekt seit 2013 ausgebildet. Es versucht auf die oben skizzierte Problemlage eine Antwort zu geben. Im Spannungsfeld von unter den heutigen Arbeitsbedingen in Kliniken kaum mehr funktionierenden traditionellen Weiterbildungsstrukturen und dem Trend zur Verschulung und Überregulation der ärztlichen Weiterbildung, basiert das Konzept auf zwei zentralen Annahmen:

Haltung: Gute Facharzteiterbildung braucht eine Haltung der Lehrenden und Lernenden, die es möglich macht die Lust an der Entwicklung fachlicher Expertise zu wecken und die personale Entwicklung des jungen Arztes wahrzunehmen, wert zu schätzen und im Sinne einer Entwicklung hin zu einer im besten Sinne guten Arztpersönlichkeit zu fördern. Dies wurde in der Ausbildung durch die intensive Reflexion von Arztrolle und klinischen Arzthandeln vor dem Hintergrund der Professionstheorien (2)

Evidenzbasierung: Mit Hilfe eines Literaturreviews aufbauend auf den Vorgaben des PRISMA Standards (4) wurden 890 Arbeiten bei der Erstsichtung identifiziert, von denen 202 Treffer auf Grund der Qualität der Arbeiten eingeschlossen werden konnten. Letztlich konnte eine Systematik erstellt werden, um diese Arbeiten zielgerichtet in der Konzeption von strukturierter Weiterbildung zu nutzen (X). Letztlich finden sich auf die wesentlichen praktischen Fragen der Weiterbildungspraxis wissenschaftlich fundierte Theorien, Konzepte und Methoden. Als Basissatz der Strukturierung der Weiterbildung können folgende Elemente eine Weiterbildungspraxis gelten.

Ausbildung der Mastertrainer: Die Ausbildung umfasst ein Wochenende mit 14 Lehreinheiten, zwei Supervisionen à 5 Stunden im Jahr, sowie ein praktisches Training der Durchführung eines eigenständigen Durchführung einer Fortbildung für Weiterbilder. Inhalte sind die Vermittlung der Basiselemente einer evidenzbasierten Weiterbildung (s.o.). Die Erfahrungen in einem ersten Durchlauf auf der 121. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin 2015 in Mannheim haben gezeigt, dass das Konzept erfolgreich umsetzbar ist. ■

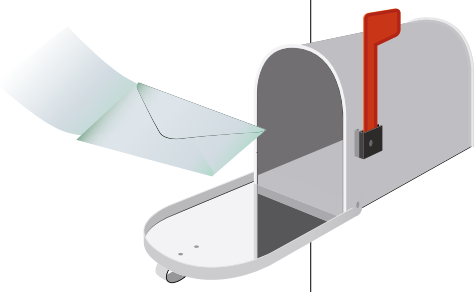
Autor:
M. Siebolds. Köln

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Marcus Siebolds
Lehrbereich Medizinmanagement
Fachbereich Gesundheitswesen Katholische Hochschule NRW,
Abteilung Koln FB Gesundheitswesen
Wörthstrasse 10
D-50668 Köln
E-Mail:
m.siebolds@katho-nrw.de

Literatur:

1. *Benner,P.: Stufen der Pflegekompetenz, Huber Bern 2012*
2. *Siebolds, M.: Eros und Ethos des Vertragsarztseins Teil 1: Dtsch Arztebl 2014; 111(29-30): A-1292 / B-1112 / C-1056*
3. *Siebolds M. „Chefarzt Sein" – Klinisch leiten zwischen Arzt sein und Wertschöpfung. Passion Chirurgie. Artikel 02_02.014 Oktober. P*
4. *Kahl, C. and M. Siebolds (2012). Sind die Definitionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung noch zeitgemäß? Ein Versuch der Taxonomieentwicklung, German Medical Science GMS Publishing House; Düsseldorf.2012. Doc12ebm040 Wertschöpfung. Passion Chirurgie. 2014 Oktober, 4(10): Artikel 02_02. Siebolds M.*
5. *Korzillius, H.: Befragung der Ärzte in Weiterbildung: Im Großen und Ganzen zufriedenDtsch Arztebl 2015; 112(3): A-74 / B-64 / C-64*
6. *Johnston KC (2003) Responding to the ACGME'scompetency requirements: an innovative instrumentfrom the University of Virginia's neurology residency. Acad Med 78:1217–1220*
7. *Meyring, S.; Leoppold, H.C.; Siebolds, M.: Implementation of a competency-based graduate medical education program in a neurology department. Nervenarzt. 2006 Apr;77(4):439-48.*
8. *Siebolds, M.: Facharztweiterbildung in der Anästhesie. In: Eckart, Jaeger, Möllhoff: Anästhesiologie., Ecomed Verlag Landsberg 2009, 13. Erg.-Lfg. 7/09, Kap. 20.1*
9. *Siebolds, M. et al. :Strukturierte Facharztweiterbildung: Alter Wein in neuen Schläuchen oder Zukunftsoption? Dtsch Arztebl 2006; 103(42): A-2765 / B-2403 / C-2313*
10. *ACGME Outcome Projekt Weitere Details: http://www.acgme.org/outcome/ (Stand: 5. August 2004).*
11. *Bausch G, Adermann J, Andrack B, Dengl M, Handwerk J, Müller M, Seifert A, Steinke H, Sturm M, Korb W, Meixensberger J (2013): Design and development process of a next generation training system for spinal surgery. Simulation: Transactions of the Society for Modeling and Simulation International, Special Issue: Medical Simulation (accepted for publication)*
12. *Reznick R,; Regehr G.; MacRae H.; Martin J.; McCulloch W.: Am. J. Surg. 180, Testing technical skill via an innovative „Bench Station" examination 226- 230; Copyright 1997, with permission from Excerpta Medica Inc.*
13. *Becker A.: Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Quality criteria for successful Morbidity and Mortality Conferences. Publiziert am: 23.10.2013. In: Interdisziplinäre Beiträge zum Krankenhausmanagement*

INGRID SHAKER NESSMANN
Krebsforschungsvereinigung



Die im Jahr 2013 gegründete Ingrid Shaker Nessmann Krebsforschungsvereinigung (Ingrid Shaker Nessmann Cancer Research Association; www.isnk.org) fördert wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Krebsforschung in Österreich. Neben Anträgen aus dem Gebiet der Grundlagenforschung sind auch Anträge aus dem Gebiet der angewandten und der klinischen Forschung willkommen und förderungswürdig.
Die maximale Fördersumme pro Einzelprojekt beträgt € 20.000 Euro.

Dem formlosen Antrag sind folgende Unterlagen in englischer Sprache beizugeben:

1. Lebenslauf (einschließlich Ausbildung und Beschreibung der bisherigen wissenschaftlichen Tätigkeit)
2. Liste der bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen
3. Thema des Forschungsvorhabens mit detailliertem Projektplan (einschließlich Projektziele, Methodik, Prognose der Ergebnisse, Kostenberechnung für Sach- und Personalkosten)
4. Angaben zur Dauer des Forschungsvorhabens und zum Zeitraum, für den die Förderung erbeten wird
5. Erklärung, ob Zuwendungen von dritter Seite zur Verfügung stehen oder beantragt worden sind
6. Bestätigung des Abteilungs- oder Institutsvorstands, aus der hervorgeht, dass die für eine erfolgreiche Durchführung des Forschungsvorhabens erforderlichen Arbeitsmöglichkeiten gegeben sind
7. Angaben von zwei Referenzen (keine Befürwortungen – nur Namen von WissenschaftlerInnen, die zu Ausbildung und wissenschaftlicher Tätigkeit der Antragstellerin bzw. des Antragstellers Stellung nehmen können)

Die Begutachtung der eingereichten Anträge erfolgt durch eine von den Mitgliedern des Advisory Boards der Krebsforschungsvereinigung eingesetzte Jury.
Anträge zur Förderung sind bis spätestens 31. Oktober 2015 ausschließlich in elektronischer Form zu richten an:

Ingrid Shaker-Nessmann Krebsforschungsvereinigung
A-9220 Velden am Wörthersee
c/o
Notar Mag. Dieter Wallner
A-9020 Klagenfurt am Wörthersee
office@notar-wallner.at

Themen der Zeit:

Spezialisierung der Chirurgie in Europa – Teil 2

Dem Grundkonsens der Europäischen Gemeinschaft folgend, ist die wechselseitige Anerkennung von Berufsbezeichnungen und „Diplomen“ in Direktiven geregelt. Dies betrifft neben der Anerkennung als „Arzt“ verschiedene Facharztbezeichnungen. Eine Vielzahl an existierenden Qualifikationen (Zusatzfächer, Spezialisierungen) ist durch die Direktiven nicht abgebildet. Die U.E.M.S. hat den Auftrag, innerhalb des Netzwerks von EU-Gesetzen und EU-Direktiven unter Berücksichtigung nationaler Besonderheiten im Konsens der Standesvertretungen und wissenschaftlichen Gesellschaften ein System von standardisierten und validierten Qualifikationen innerhalb der Medizin zu gestalten.

ÄAO 2015

In der Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) 2015 sind folgende chirurgische Sonderfächer vorgesehen:

- Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
- Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie
- Herzchirurgie
- Kinder- und Jugendchirurgie
- Neurochirurgie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhestische Chirurgie
- Thoraxchirurgie

Die bislang üblichen Additivfächer wurden im Zuge der Ausbildungsreform ersatzlos gestrichen. Sie werden künftig in Form von Spezialisierungen (wiederkehrende Ankündigungen seit 1997!) durch die Österreichische Ärztekammer festgelegt.

Innerhalb der Sonderfächer sind neben der 15-monatigen Grundausbildung 48 Monate Schwerpunktausbildung in einem modularen System vorgesehen, wobei die projektierten Rasterzeugnisse linear (jedenfalls am Ende jedes Moduls) zu bestätigen sind.

Für die Ausgestaltung der nationalen Facharztprüfung, die dem modularen System zu entsprechen hat, gibt es bislang keine Vorstellungen. Ein anerkanntes migrationsfähiges „Diplom“ für bestimmte Module ist offensichtlich nicht vorgesehen. Hier kommt das European Board of Surgery der U.E.M.S. ins Spiel.

Die U.E.M.S.

Die UEMS (Union Européene des Médecins Spécialistes: www.uems.eu) wurde 1958 als NGO und NPO mit 6 Mitgliedsländern gegründet, heute vereinigt die UEMS 37 Mitgliedsländer (28 E.U. Länder, Schweiz, Island, Norwegen, als assoziierte Mitglieder Armenien, Israel und Türkei und mit Beobachterstatus Georgien, Marokko und Libanon).

Mitglieder im Management Council der UEMS ist die Österreichische Ärztekammer, Mitglieder in den verschiedenen Sektionen (z.B. Section and Board of Surgery) sind die wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbände.

Innerhalb der fachspezifischen Sections und Boards sind Divisions, Boards und Working Groups eingerichtet (Chirurgie: www.uemssurg.org).

Die Sections und Boards arbeiten immer eng zusammen, die Sitzungen und alle Aktivitäten werden gemeinsam durchgeführt. Die Aufgabe der Sections ist mehr formal, repräsentativ und in Richtung politischer Umsetzung von Projekten ausgerichtet. In der Section sind 2 Delegierte jedes Mitgliedslandes stimmberechtigt. Die Boards sind weniger politisch, sondern offener, pragmatisch und auch nach außen und interdisziplinär (kommunikativ zwischen Sections) in Richtung der wissenschaftlichen Gesellschaften ausgerichtet.

Die Aufgaben der Sections und Boards sind (exemplarisch):

- Umsetzung des europäischen Grundkonsens (Subsidiarität, freier Arbeitsmarkt)
- Förderung der automatischen wechselseitigen Anerkennung von Facharztdiplomen
- Vereinfachung administrativer Prozesse bei der Anerkennung von Facharztdiplomen
- Harmonisierung und Standardisierung der Facharztaus- und -fortbildung auf höchstem Niveau
- Kooperation mit nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften
- Ausarbeitung von fachspezifischen „European Training Requirements“ (Lehr- und Lernzielkatalog, Rasterzeugnisse)
- Strukturierung und Organisation von europäischen Facharztprüfungen („Board Examination“)
- Verleihung von europäischen UEMS Diplomen (z.B. Fellow of the European Board of Surgery – F.E.B.S.)
- Qualitätsmanagement der ärztlichen Fortbildung (CME-CPD – Continuing Medical Education and Professional Development)
- Monitoring der medizinischen Behandlungsqualität
- Erarbeitung und Ausfertigung von „Klinischen Richtlinien und Behandlungspfaden“

Die Tätigkeit der U.E.M.S. erfolgt in völliger Unabhängigkeit politischer Einflüsse oder externer Finanzierung.

W. Feil, Wien

Das „House of Surgery“

In der „Section of Surgery“ und im „European Board of Surgery“ haben wir den drohenden Zerfall der „Chirurgie“ und die Nutzlosigkeit einer Harmonisierung der Chirurgie auf dem kleinsten gemeinsamer Nenner erkannt und als gemeinsame Ziele den Erhalt der „Allgemeinchirurgie“ wegen der Bedeutung im Versorgungsauftrag, ebenso wie die Entwicklung von „Transferable Competencies“ in einem modularen System innerhalb des „House of Surgery“ definiert.

Als Ausgangspunkt wurde der Lehr- und Lernzielkatalog als Gesamtkatalog der Chirurgie in „European Training Requirements for General Surgery“ (www.uemssurg.org) so konzipiert, dass er die gesamte Chirurgie inhaltlich abbildet und dem klassischem Verständnis einer „Allgemeinchirurgie“ und dem Versorgungsauftrag für die Bevölkerung entspricht und gleichzeitig auf nationale Besonderheiten in den Ländern Rücksicht nimmt.

Der Gesamtkatalog stellt das gemeinsame Dach des „House of Surgery“ dar. Im „House of Surgery“ etablieren sich modular die vielfältigen Spezialisierungen (=Transferable Competencies).

Als gemeinsame „Hausordnung“ enthält der Gesamtkatalog die Rahmenbedingungen und Regeln, die für den Erwerb einer bestimmten Qualifikation („Fellow of the European Board of Surgery“) durch eine „Board Examination“ erforderlich sind. Sämtliche Board-Prüfungen, die im „House of Surgery“ vom „European Board of Surgery Qualifications“ (E.B.S.Q.) durchgeführt werden, entsprechen diesen strukturierten und validierten Qualitätsmerkmalen.

Transferable Competencies

Autor:
W. Feil, Wien

Es entspricht dem Grundkonsens, dass die international gelebte Regelung, die Ausbildungszeit zum Facharzt an einer Institution „abzusitzen“ und dann automatisch mit Vorlage der Bestätigung der Zeiten die Facharztapprobation zu erhalten, ebenso nicht zeitgemäß ist, wie die Sichtweise, dass Ärzte, die in der Ausbildung an verschiedenen Institutionen tätig sind, als „Wanderpokale“ bezeichnet wurden.
Der Trend geht in Richtung nachweisbarer Qualifikationen, die innerhalb eines international abgestimmten Prozederes nach strukturierten Qualitätsmerkmalen erreicht und bestätigt werden.

Innerhalb des „House of Surgery“ werden derzeit folgende „Transferable Competencies“ als modulare Board-Fellowships angeboten:

- General Surgery
- Coloproctology
- Endocrine Surgery
- Trauma Surgery
- Transplant Surgery (4 Module)
- Surgical Oncology
- Breast Surgery
- Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery
- Esophagus, Cardia and Stomach Surgery (ECS)

Die „General Surgery“ wird aus strukturellen Gründen als eigenständige „Board Fellowship“ angeboten, wenngleich diese Qualifikation wegen der automatischen wechselseitigen Anerkennung für EU-Bürger weniger attraktiv ist.

Folgende Boards mit „Transferable Competencies“ sind im Aufbau und werden ab 2016 Prüfungen und Board Fellowships anbieten:

- Emergency Surgery (EmSurg)
- Minimal Invasive Surgery (MIS)
- Metabolic and Bariatric Surgery (MBS)
- Endoscopy and Gastrointestinal Functional Diagnostics (Endo & GI-FD)
- Basic Sciences

Mit dem Erwerb des Moduls „Emergency Surgery“ sollen spezialisierte Chirurgen, die sich z.B. um eine Chefarztstelle in der Peripherie bewerben, belegen können, dass sie auch in der Lage sind, die gängige akute Allgemeinchirurgie und Traumatologie abzudecken.

Das Modul „Basic Sciences“ wird bereits nach dem 2. Weiterbildungsjahr abgelegt werden können. Damit kann die Schlussprüfung eher praxisorientierter mit weniger theoretischen Fragen gestaltet werden und es wird dem Prinzip der „linearen modularen Prüfung“, wie er auch in der neuen ÄAO ausgeführt ist, nähergetreten.

In den aufgelisteten Modulen ist z.B. die Gefäßchirurgie deshalb nicht angeführt, da die Prüfung mit Board Fellowship vom „European Board of Vascular Surgery“ (www.uemsvascular.com) angeboten wird und die Gefäßchirurgie strukturell schon früher, so wie die Plastische Chirurgie, die Kinderchirurgie und die Thorax- und Herzchirurgie aus dem „House of Surgery“ ausgezogen sind.

Ziel des „European Board of Surgery“ ist es, innerhalb der Chirurgie (=„House of Surgery“) in einem modularen System von „Transferable Competencies“ basierend auf Inhalten, Kompetenzen und Qualifikationen mit der Möglichkeit zur Erlangung der Board-Fellowship (F.E.B.S. = Fellow of the European Board of Surgery) auf europäischer Ebene standardisiert und migrationsfähig anzubieten.

Board Fellowships

Dem modularen Charakter entsprechend können auch mehrere Board-Fellowships erworben und beliebig kombiniert werden, die Bindung an ein Sonderfach ist ebenfalls nicht obligat. So kann das Fellowship für „Breast Surgery“ schon jetzt aus 2 Fächern (Chirurgie und Gynäkologie) erreicht werden. Ebenso können Fellowships über verschiedene Boards (z.B. Thoraxchirurgie) erworben werden.

So kann es strategisch für einen Kliniker interessant sein, die Fellowships in den Modulen „Minimal Invasive Surgery“, „Metabolic & Bariatric Surgery“ und „Esophagus, Cardia & Stomach Surgery“ zu erhalten und dann für eine Bewerbung zusätzlich das Modul „Emergency Surgery“ zu erwerben.

In die Ausgestaltung der Kataloge und Prüfungen der verschiedenen modularen Boards sind Delegierte der ÖGCh aktiv eingebunden. Schon früher waren die von der ÖGCh entwickelten Qualitätsmerkmale (Rasterzeugnis, Facharztprüfung) das wesentlich gestalterische Element für verbindliche europäische Regelungen und dieses Prinzip wird jetzt weitergeführt.

Die „Transferable Competencies“ mit den „European Board Fellowships“ sind die Grundpfeiler des neuen Systems, welches die Grenzen von Sonderfachbezeichnungen überwindet und sich allein an Inhalten, Kompetenzen und Qualifikationen richtet. Ziel ist die gesetzliche Verankerung der Board Fellowships in der EU und deren automatische wechselseitige Anerkennung.

Wolfgang Feil
President of the
European Board of Surgery

Korrespondenzadresse:
Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil, MAS, F.A.C.S., F.E.B.S.
Abteilung für Allgemeine und Viszerale Chirurgie, EKH Wien
Hans-Sachs-Gasse 10 – 12, 1180 Wien
wolfgang.feil@drfeil.at, www.drfeil.at

Berufsverband Österreichischer Chirurgen

BÖC Akademie

ÖCT 15

15. Österreichischer **Chirurgentag**

Donnerstag, 12. November bis Freitag 13. November 2015

Congress Casino Baden

How to do it

Donnerstag, 12. November 2015

Kolorektale Karzinome

- Vorsorge – wie, wann, bei wem?
- ESD/EMR
- Die Entscheidung zur neoadjuvanten Therapie
- Minimal-invasive onkologische Resektion beim Colonkarzinom
- Minimal-invasive onkologische Resektion beim Rektumkarzinom
- Grenzen der transanalen Therapie beim Rektumkarzinom

Anastonomsentechniken offen und laporaskopisch

Chill out-Cocktail in der Ausstellung

Freitag, 13. November 2015

BÖC Generalversammlung

Fisteln und Abszesse

- Perianale Sepsis und Fistel – radiologische Anatomie für Chirurgen
- Diagnostik klinisch
- Fistelspaltung mit und ohne sofortige Rekonstruktion
- Flapverfahren
- Perianale Fisteln bei entzündlichen Darmerkrankungen
- Fournier'sche Gangrän

„Kleine" Proktologie

Analfissur

- „skin tags", Analfibrom, PErianalvenethrombose
- Transanale Polypabtragung
- Condylomata, AIN und Analkarzinom
- Perineale Verfahren beim Rektumprolaps
- Sinus pilonidalis
- Proktologisch – dermatologische Blickdiagnosen

Divertikulose

- Pathophysiologie der Divertikulose – Kennen wir Ursachen?
- Welche konservativen Therapiemaßnahmen sind sinnvoll?
- Operationsindikationen bei unkomplizierter Divertikulitis
- Modernes interdisziplinäres Management der komplizierten Divertikulitis
- Ursachen und Konsequenzen des Divertikelrezidivs

Samstag, 14. November 2015

Aktuelle Themen zur Endoskopie in der Praxis

Podiumsdiskussion:

- Der Stellenwert der niedergelassenen Chirurgen im Gesundheitssystem

14. November 2015

5. Forum Niedergelassener Chirurgen

Online-Registratur offen

Frühbucherbonus verlängert bis 06. Oktober 2015

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrages 2015 bis zum 30. Juni 2015 ist Voraussetzung für die ermäßigten Teilnahmegebühren am 15. Österreichischen Chrirurgentag 2015

in Kooperation mit:

www.boec.at

Das war der Chirurgenkongress 2015 in Linz

Es war mir eine große Ehre vom 3. bis 5. Juni 2015 die Österreichische Chirurgie in Linz begrüßen zu dürfen und den 56. Österreichischen Chirurgenkongress zu veranstalten.

Ganz bewusst habe ich ein klinisches Thema gewählt: Chirurgische Infektionen – eine unterschätzte Gefahr?

Reinhold Függer, Linz

Mein Ziel war damit unsere Aufmerksamkeit auf eine zentrale Problematik in der Chirurgie zu lenken. Die spezifischen Problemstellungen der chirurgischen Disziplinen bei Infektionen wurden daher in den Hauptsitzungen hervorgehoben. In der Weiterbildung und der akademischen Diskussion wurden hier die aktuellen Therapieregime und Möglichkeiten zur Senkung von Infektionsraten präsentiert. Ich habe dabei das Ziel verfolgt, einerseits allen Kolleginnen und Kollegen eine bestmögliche Wissensvermittlung für ihre chirurgische Praxis zu vermitteln und die akademisch wissenschaftliche Diskussion zu fördern. Die Sitzungen der assoziierten Fachgesellschaften waren ebenso vom Thema der Infektion dominiert. Von den insgesamt 274 eingereichten Abstracts beschäftigte sich eine große Zahl mit chirurgischen Infektionen, was für mich das Interesse der österreichischen Chirurginnen und Chirurgen an diesem Thema bestätigt hat. Insgesamt gab es 55 wissenschaftliche Sitzungen im Design Center, das als Veranstaltungsort sehr gut bewertet wurde. Sehr erfreulich war auch das Interesse der Partner aus der Industrie, die mit 47 Ausstellern vertreten war und denen unser Dank für die Unterstützung des Kongresses gebührt. Der Industrie wurde auch erstmals die Möglichkeit gegeben in zwei Innovationssymposien Neuentwicklungen direkt vorzustellen. Die traditionelle Eröffnungssitzung fand am Mittwochnachmittag statt, darin überbrachte Prof. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, seine Grußworte. In der Eröffnungssitzung wurden weiters die Facharztdekrete an die anwesenden Chirurginnen und Chirurgen überreicht sowie die Preisverleihungen der Gesellschaft für Chirurgische Forschung an Dipl.Ing.(FH) Thomas Kaltofen und der ACO-ASSO an Dr. Mir Alireza Hoda vorgenommen.

Der sehr gut besuchte Gesellschaftsabend fand im Linzer Schloss am Donnerstagabend statt. Auch hier habe ich einige Neuerungen eingebracht, um diesen Abend mehr in den Mittelpunkt zu rücken. Es war mir eine große Ehre Prof. Ferdinand Mühlbacher aus Wien und Prof. Darius Mirza aus Birmingham zu Ehrenmitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie zu ernennen. Ebenso erfolgte die Verleihung des Billroth-Preises an Dr. Nina Pilat und Dr. Mir Alireza Hoda, des AMIC-Preises an Dr. Philomena Hutter und der Preise des Young Surgeons Forum im Rahmen des Abends.

Ich möchte mich bei Präsidium und Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, den Referentinnen und Referenten, der Industrie und bei Frau Bianca Theuer und ihrem Team für die Kongressorganisation sehr herzlich bedanken.

Wie schon im vergangenen Jahr habe ich den Zeitrahmen von Mittwochmittag bis Freitagnachmittag gewählt um den Kongressbesuch möglichst zeitökonomisch mit An- und Abreise gestalten zu können.

Es gab einige Neuigkeiten, die sowohl das wissenschaftliche Programm als auch die Eröffnungssitzung und den Gesellschaftsabend betrafen. In einer gemeinsamen Initiative von Generalsekretär Albert Tuchmann und mir sowie den Professoren Jürgen Roder und Jens Werner von der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen wurden zwei wissenschaftliche Sitzungen zum Thema Infektionen in der colorektalen Chirurgie gestaltet. Die hochkarätigen Vorträge von bayerischen und österreichischen Experten waren überaus gut besucht. Kongresshighlights waren auch zwei Sitzungen mit eingeladenen Vorträgen. Die British Journal of Surgery Society ermöglichte den Vortrag von Prof. Derek Alderson aus Birmingham, der zum Thema des Publizierens in englischer Sprache für Chirurginnen und Chirurgen, deren Muttersprache nicht Englisch ist, sprach. Der Springer Verlag ermöglichte wiederum das Referat von Prof. Harry van Goor aus Nijmegen, der über die Organisationsstruktur, die Projekte und die Ergebnisse der Dutch Pancreatitis Study Group berichtete. Neu war auch, dass die beiden zu Ehrenmitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ernannten Kollegen eingeladene Vorträge hielten. So sprach Prof. Darius Mirza, Birmingham, UK, zum Thema der hepatobiliopankreatischen Chirurgie in England und Prof. Ferdinand Mühlbacher, Wien, über die Frage „Wie viel Transplantation braucht Österreich?“. Sehr beachtet wurden auch die eingeladenen Vorträge von Prof. Raimund Jakesz, Wien, über die Spiritualität in der Chirurgie und von Prof. Robert Langer, Linz/Budapest über Leben und Arbeit von Ignaz Semmelweis.

Autor:
R. Függer, Linz

Abb. 1: Prof. Függer bei der Eröffnung

Korrespondenzadresse:
Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Függer
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie 2014/15
Krankenhaus der Elisabethinen Linz GmbH
Fadingerstraße 1
A-4020 Linz
Tel. +43 (0)732 7676-4700
E-Mail: reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at

Abb. 2: Prof. Vogt bei der Eröffnung

Abb. 3: Überreichung der Facharztdekrete

Abb. 4: Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an Prof. Darius Mirza

Abb. 5: Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an Prof. Ferdinand Mühlbacher

Abb. 6: Übergabe des Steuerrads an Prof. Öfner-Velano

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE (ÖGC)
UMSTELLUNG DER BEITRAGSEINHEBUNG

Die Österreichische Gesellschaft f. Chirurgie hat die Einhebung der Mitgliedsbeiträge weg vom Erlagschein hin zur Zahlungsaufforderung mittels einer persönlichen Email umgestellt.
Mit dem höflichen Ersuchen um Kenntnisnahme verbleibt

Univ.-Prof. Dr. Heinrich Mächler
Kassenverwalter der ÖGC

Protokoll der VOLLVERSAMMLUNG der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

vom Donnerstag, dem 4. Juni 2015, von 12:30 bis 14:30 Uhr,

im Kongresssaal, Design Center,

Europaplatz 1, 4020 Linz

(im Rahmen des 56. Österreichischen Chirurgenkongresses)

Der Generalsekretär eröffnet die Vollversammlung um 12:30 Uhr und begrüßt die Teilnehmer. Da weniger als ein Drittel der Mitglieder anwesend ist, wird statutengemäß 15 Minuten gewartet, bis um 12:45 Uhr die

ad 1) Feststellung der Beschlussfähigkeit

erfolgen kann.

ad 2) Bericht des Präsidenten, Prof. Dr. R. Függer

Für den Kongress wurden insgesamt 274 Abstracts eingereicht, davon 23 Poster. 47 Aussteller beteiligen sich an der Industrieausstellung, damit ist die Halle komplett ausverkauft. Insgesamt gibt es 55 wissenschaftliche Sitzungen und auch wiederum den Laparoskopiekurs im Rahmen des Kongresses mit 19 Teilnehmern.

Um sowohl am Mittwoch, dem 1. Kongresstag, die Anreise zu ermöglichen als auch am Freitag, dem 3. Tag, die Abreise läuft das wissenschaftliche Programm von Mittwoch 13:00 Uhr bis Freitag 16:00 Uhr. Insgesamt sind 9 Zeitslots zu je 1 ½ Stunden für wissenschaftliche Sitzungen vorgesehen. Zwei am Mittwoch, 4 am Donnerstag und 3 am Freitag.

Es gibt einige Neuigkeiten beim diesjährigen Kongress: Erstmals wird eine Gemeinschaftssitzung mit den Bayerischen Chirurgen veranstaltet zum Thema Infektionen in der colorektalen Chirurgie. Für die zwei Sitzungen sind 5 Redner aus Bayern und 5 Redner aus Österreich eingeplant, verantwortlich dafür aus Österreich Prof. Függer und Prof. Tuchmann, aus Bayern Prof. Roder und Prof. Werner.

Es gibt erstmals zwei Innovationssymposien, wo die ausstellenden Firmen Neuigkeiten präsentieren können, und es gibt als Projekt der Öffentlichkeitsarbeit eine Extrabeilage im Kurier, der allen Teilnehmern gratis mitgegeben wird.

Änderungen gibt es auch bei der offiziellen Eröffnung, die anschließend an die zwei wissenschaftlichen Sitzungen am Mittwoch, 16:30 bis 18:00 Uhr stattfand. Das Programm wurde etwas abgespeckt, die Verleihung des Billroth-Preises und die Ernennung der Ehrenmitglieder erfolgt am Gesellschaftsabend.

Dafür wurde der Gesellschaftsabend aufgewertet: Er findet im Linzer Schloss statt und beginnt mit einer Rede von Generaldirektor Dr. Probst zur „Rolle des Chirurgen im Gesundheitswesen – Erwartungen der Sozialversicherung“. Als formelles Programm gibt es weiter die Ernennung der beiden Ehrenmitglieder, es sind dies Prof. Mühlbacher, Wien, und Prof. Mirza, Birmingham. Es erfolgt weiters die Verleihung des Billroth-Preises sowie die Übergabe des AMIC-Preises und der Preise für das Young Surgeons Forum. Ebenso erfolgt die Übergabe des Steuerrades bereits am Gesellschaftsabend, eine formelle Abschlussveranstaltung wurde bewusst nicht geplant.

ad 3) Bericht des Generalsekretärs, Prof. Dr. A. Tuchmann

Prof. Tuchmann gibt eingangs den Mitgliederstand bekannt:

Aufnahmeanträge für die Stammgesellschaft seit der letzten Vollversammlung 2014/Graz:

- Ordentliche Mitglieder **76**
- Stammgesellschaft (ÖGC) **2.226 Mitglieder**
- Stand in der Mitgliedergesamtdatei **5.423 Mitglieder**
  (d.h. Stammgesellschaft + 24 assoziierte Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften)

Der Generalsekretär hat die Gesprächsrunden mit der Medizintechnik (Austromed, Covidien und Johnson&Johnson) fortgesetzt, die Invited Lecture British Journal of Surgery und die damit verbundene Kooperation mit dem British Journal of Surgery werden gepflegt (Anzeige in der Zeitschrift Chirurgie, ermäßigtes Abonnement des BJS).

Hinsichtlich der Zeitschrift „Chirurgie“ wurde ein neuer Kooperationsvertrag über drei Jahre (2014-2017) von BÖC und ÖGC unterzeichnet.

Internationale Beziehungen: Prof. Tuchmann war wieder beim Schweizer Chirurgenkongress eingeladen, beim Deutschen Chirurgenkongress wurde zu einem Cocktail des Österreichischen Generalsekretärs eingeladen, bei dem repräsentativ die Spitzen der Deutschen und Österreichischen Chirurgie anwesend waren.

Zusammenarbeit mit der Vereinigung Bayerischer Chirurgen: Diese geht auf eine Idee von Prof. Roder (Altötting) zurück, die mit Prof. Tuchmann in die Tat umgesetzt wurde und jetzt von Prof. Függer für den Österreichischen Chirurgenkongress 2015 erstmals in Österreich konkretisiert wurde.

Frau Dr. Klugsberger, Vertreterin der Ausbildungsassistenten/innen im BÖC, macht eine Umfrage mit maßgeblicher Unterstützung des Präsidiums beider Vereinigungen (ÖGC, BÖC) über die Ausbildungsqualität in Österreich. Diese Onlineumfrage hat in der Woche vor dem Chirurgenkongress begonnen und wird im Laufe des Sommers finalisiert. Die Fragen sind äußerst kritisch gehalten und sollen die Missstände aufzeigen. Damit soll ein maßgeblicher Beitrag zur Verbesserung der chirurgischen Ausbildung geleistet werden.

Bericht über American College of Surgeons (ACS): Prof. Tuchmann hat seine Tätigkeit als Governor des Austria-Hungarian-Chapters des ACS nach zweimal drei Jahren an Prof. Stefan Kriwanek übergeben, wird aber dem Vorstand des Chapters als „Secretary" zur Verfügung stehen. Der letzte Kongress fand in San Francisco statt, der nächste von 4. bis 8. Oktober 2015 in Chicago.

ad 4) Öffentlichkeitsarbeit, Prof. Dr. A. Tuchmann

Diese erfolgt seit Juni 2014 gemeinsam mit dem Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC) und der Firma Peri Consulting: Es gab zahlreiche Initiativen, Stakeholdergespräche, Interviews in Zeitungen, zuletzt ein Roundtable, das seine Dokumentation im „Kurier" des 3. Juni 2015 fand. Die Ausgabe dieses Kuriers wurde jedem Kongressteilnehmer bei Registration überreicht. Die Öffentlichkeitsarbeit hat zum Ziel den Chirurgen in der Öffentlichkeit wirksamer darzustellen. Es sollen nicht einzelne Chirurgen in den Vordergrund gestellt oder für Operationsmethoden Reklame gemacht werden. Es geht darum, dass der Chirurg für gewisse chirurgische Erkrankungen (Galle, Hernie als beste Beispiele und häufigste chirurgische Erkrankungen) der erste Ansprechpartner ist. Damit kommt es auch zu Einsparungen im Gesundheitssystem. Zweitens wollen wir als Chirurgen einen besseren Zugang zu Journalisten und zur Politik bekommen, um einen direkten Einfluss auf Änderungen im Gesundheitssystem zu erlangen.

Die Zusammenarbeit mit Peri Consulting wird von den PR-Verantwortlichen der ÖGC (Prof. Tuchmann, Prof. Függer, Prof. Öfner-Velano und Prof. Roka) ein weiteres Jahr fortgesetzt.

ad 5) Bericht des Kassenverwalters, Prof. Dr. H.Mächler, Anhebung der Mitgliedsbeiträge

Prof. Mächler legt den Jahresabschluss 2014 und einen Zwischenbericht von 1. Jänner bis 7. Mai 2015 vor und erläutert alle Ausgaben und Einnahmen im Detail. Wie jedes Jahr wurde der Gebarungsbericht von einem Steuerberater geprüft mit dem Ergebnis, dass das Rechnungswesen ordnungsgemäß geführt wird, die im Rechnungsabschluss ausgewiesenen liquiden Mittel bestandsmäßig vorhanden sind und dass alle Ausgaben der ÖGC statutenkonform erfolgen.

Es wird der Antrag gestellt, nach 20-jährigem Stillstand den Mitgliedsbeitrag für nicht selbständige Mitglieder von 37 auf 50 Euro anzuheben sowie für selbständige Mitglieder und Mitglieder in leitender Stellung von 75 auf 100 Euro. Der Antrag für die Anhebung der jährlichen Mitgliedsbeiträge ab 2016 wird einstimmig positiv abgestimmt.

ad 6) Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes

Ein Mitglied aus dem Auditorium beantragt die Entlastung des Kassenverwalters und des Vorstandes: Die Entlastung erfolgt einstimmig.

ad 7) Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie, Prof. Dr. D.Öfner-Velano

Vom Vorsitzenden der Fortbildungsakademie wird, da noch immer ein gewisser Mangel an Information vorherrscht, das „neue" Konzept nochmals in Erinnerung gerufen und zusammengefasst. Die Fortbildungsseminare werden nur weiterhin in Salzburg stattfinden, wenn zu den Zeitpunkten Frühjahr, Herbst und Winter keine geeigneten Tagungen oder Kongresse in Österreich abgehalten werden. Ansonsten werden die entsprechenden Kongresse, oder einzelne State-of-the-Art Vorträge durch ein Siegel der Fortbildungsakademie (FoBiCH) ausgewiesen. Zu diesen Kongressen haben Mitglieder der ÖGC, die sich in Ausbildung befinden, freien Zutritt. Der Veranstalter erhält dafür eine finanzielle Entschädigung. Die Experten, die diese ausgewiesenen State-of-the-Art Vorträge halten, bekommen den entsprechenden Abschnitt des Textbuches für Chirurgie als Unterlage und ergänzen oder korrigieren diese, wobei dieser wiederum rezent von der Homepage der FoBiCH geladen werden kann. Auch ist die Sekretärin der FoBiCH mit einem Roll-up bei den Kongressen vor Ort. Neben diesen Seminaren war es ein Anliegen eine Plattform zum Gedanken- und Wissensaustausch für die in Ausbildung Stehenden, das ist auch die primäre Zielgruppe der FoBiCH, zu generieren. Dies ist in Form einer Homepage (www.fortbildung-chirurgie.at), auf der auch alle relevanten Informationen nachzulesen sind und unter Einbindung von Social Media, wie Facebook, Twitter und Co gelungen. Die Akzeptanz im Sinn von Aufrufen und „Followers" ist in den Monaten März und April deutlich gestiegen und hat eine Reichweite von 50-70 Personen. Des Weiteren ergab eine Analyse des vorletzten Fortbildungsseminars in Salzburg mit einer doch eher speziellen Thematik (hepatobiliäre Chirurgie) eine sehr gute ▶

Beurteilung, in dem 86% der in Ausbildung Stehenden die Vorträge als relevant für die Ausbildung und 94% aller die Qualität als sehr gut bis gut einstuften. Beim letzten Seminar waren rund 50% der 135 Teilnehmer in Ausbildung stehende und 2/3 ChirurgInnen. Das 120. Fortbildungsseminar wird die Jahrestagung der ACO-ASSO sein zur interdisziplinären Behandlung von Schilddrüsenmalignomen. Es ergeht ein Dank für die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit den Organisatoren.

ad 8) Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees, Prof. Dr. H.J.Mischinger

Prof. Mischinger demonstriert nochmals mit zahlreichen Folien und graphischen Darstellungen das Ausbildungscurriculum sowie die Rasterzeugnisse. Über die Ausbildungsreform insgesamt, also auch Chirurgie, besteht bereits ein Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich vom 29. Mai 2015 (insgesamt 53 Seiten). Die Chirurgie ist in einer Beziehung der Gewinner: Die Ausbildung im Hauptfach wird 5 ¼ Jahre statt 4 Jahre dauern, durch den kompletten Wegfall der Gegenfächer. Ansonsten ist vieles im Laufen: Spezialisierungen, Module, Wissenschaftsmodul. Rotationen werden notwendig sein.

Die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (Vorstand) wird einen Antrag bei der Ärztekammer/Ministerium einbringen, der den Erhalt der Intensivmedizin für die Chirurgie sichert.

ad 9) Bericht des Schriftleiters der „European Surgery•ACA“, Prof. Dr. M.Riegler

Prof. Riegler dankt eingangs dem Präsidenten und dem Generalsekretär für die Publikation des Abstract-Bandes zum diesjährigen Chirurgenkongress in Linz in European Surgery•ACA – die Zeitschrift wird dadurch stärker wahrnehmbar!

Es folgt ein detaillierter Bericht über die Manuskriptentwicklung, deren Akzeptanz und die Ablehnungsrate. Die Entwicklung des Impact Faktors in den letzten Jahren weist einen leichten Aufwärtstrend auf; der IF beträgt 2013: 0.259 (2012: 0,148). Es wird einmal mehr dringend um verstärkte Unterstützung durch Zitierungen aus der European Surgery•ACA ersucht.

Qualität geht vor Quantität: die Ablehnungsrate eingereichter Manuskripte liegt seit Jahren gleichbleibend bei rund 80%. Riegler ist es ein besonderes Anliegen vor allem die Jugend mit der European Surgery•ACA für eine akademische Laufbahn zu motivieren. So wird nun gemeinsam mit Öfner-Velano im Rahmen der chirurgischen Ausbildung ein neues Projekt umgesetzt, wonach pro Heft ein bis zwei Artikel mit Themen für die Ausbildung zur Facharztprüfung in Deutsch erscheinen werden.

Die von Hermann 2014 in Graz angeregte und vom Vorstand dann auch inhaltlich unterstützte und gemeinsam konzertierte Aktion durch die Gesellschaft mit dem Ziel, dass alle Universitätskliniken und alle chirurgischen Abteilungen sich zur Unterstützung der European Surgery•ACA bekennen und Publikationen der rezenten letzten zwei Jahre auch entsprechend zitieren, hat begonnen. Entsprechend sind bereits vermehrt Artikel aus den Uni-Kliniken Salzburg (Gefäßchirurgie), Innsbruck (Allgemeinchirurgie) und Wien (Allgemeinchirurgie) eingegangen. Mit diesen Aktivitäten soll erreicht werden, dass die European Surgery•ACA in PubMed gelistet wird und eine signifikante Steigerung des Impact Faktors erfährt. Weiters hat eine entsprechende Kooperation mit der Fachzeitschrift „Der Chirurg“ begonnen (via Professor Dralle). Diese Kooperation soll dann aktiv auf weitere Journale ausgeweitet werden.

Nach dem Abgang von Prof. Roka vom AKH Wien ist nun Dr. Franz Felberbauer der neue Section Editor der Surgery•ACA an der Medizinischen Universität Wien (MUW).

Abschließend wird auf das von Springer Medizin angebotene Gratis-Testabonnement zum Kennenlernen der Zeitschrift hingewiesen. Die nächsten 3 Ausgaben der European Surgery•ACA können kostenlos und ohne jede weitere Verpflichtung bestellt werden. Diese Aktion läuft noch bis Ende 2015.

ad 10) Wahlen zum Vorstand 2015/16

Der Generalsekretär legt der Vollversammlung die Vorschläge des Präsidiums und Vorstandes für die Neu- bzw. Wiederwahl vakanter Vorstandsfunktionen zur Abstimmung vor; über jede Funktion wird einzeln abgestimmt:

a. 2. stv. Präsident und damit ÖGC-Präsident 2016/17: Prof. Dr. Reinhard Windhager, Vorstand der Orthopädischen Universitätsklinik in Wien. Die Abstimmung erfolgt einstimmig positiv.
b. 2. stv. Präsident 2016/17 und ÖGC-Präsident 2017/18: Prof. Dr. Friedrich Herbst, Vorstand der Chirurgischen Abteilung am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien – einstimmig positiv.
c. Vertreter der Professorenkurie der Universitätsklinik Graz: Vorschlag des Vorstandes: Wiederwahl von Prof. Dr. Hans-Jörg Mischinger – einstimmige Befürwortung.
d. Vertreter der chirurgischen Primarii von Standardkrankenhäusern: Prim.Prof. Dr. Thomas Sautner, Vorstand der Chirurgischen Abteilung St. Elisabeth-Spital Wien, Abstimmung einstimmig positiv.
e. Mittelbauvertreter von chirurgischen Krankenhausabteilungen (nicht-universitär): Dr. Christoph Sperker, Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien, wird bei zwei Stimmenthaltungen in diese Funktion gewählt.
f. Vertreter der Chirurgen/innen in Ausbildung: Der Wahlvorschlag Dr. Zacaria Sow, SMZ Floridsdorf Wien, wird einstimmig angenommen.

ad 11) Wahl des Ehrenrates 2015–2019

Das Präsidium hat sich in seiner Sitzung am 6. Mai 2015 dafür ausgesprochen den Ehrenrat in seiner derzeitigen Konstellation der Vollversammlung für die Wiederwahl vorzuschlagen.

Vorsitzender:
Hofr. Mag. Erich Feil
(Jurist, pensionierter Richter)

em. Ordinarius für Chirurgie:
Univ.-Prof. Dr. Ernst Wolner

em. Primarius für Chirurgie:
Univ.-Prof. Dr. Hans Jörg Böhmig

zwei aktive Chirurgen:
Prim.Univ.-Prof. Dr. Martin Grabenwöger
Prim.Univ.Doz.Dr. Manfred Prager

Der Ehrenrat wird in dieser Zusammensetzung von der Vollversammlung bestätigt.

ad 12) Gedenken der verstorbenen Mitglieder

Alle Anwesenden erheben sich zu einer Gedenkminute für die im letzten Jahr verstorbenen Mitglieder, deren Namen und Fotos eingespielt werden. Die Gesellschaft hat 17 Mitglieder verloren.

ad 13) Aufnahme von Mitgliedern

76 Anträge für die ordentliche Mitgliedschaft liegen vor. Alle Aufnahmewerber werden der Vollversammlung in einer Präsentation vorgestellt und anschließend einstimmig positiv abgestimmt.

ad 14) Allfälliges

Weitere Wortmeldungen erfolgen nicht.

Der Präsident dankt den Anwesenden für ihre Teilnahme und schließt die Vollversammlung um 14:30 Uhr.

Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann
Generalsekretär

BÖC Akademie & Termine 2015

Veranstaltung	Termine	Ort
Linzer Phlebologie Grundkurs	03. – 04.09.2015	Wien
Bileduct 2015	18.09.2015	Salzburg
ACP Grundkurs: Anatomie und Koloproktologische Operationstechniken	16. – 17.10 2015	Innsbruck
BÖC Nahtkurs Gefäßchirurgie	11.11.2015	Wien
BÖC Nahtkurs Viszeralchirurgie	11.11.2015	Wien
ACP Grundkurs: Proktologische Dermatologie	11. – 12.11.2015	Wien
ACP Koloproktologischer Endosonographiekurs	26. – 27.11.2015	Wien

Informationen und Anmeldung unter **www.boec.at**

57. Österreichischer Chirurgenkongress
25. – 27. Mai 2016

CHIERURGIE

LEADERSHIP VERANTWORTUNG QUALITÄT HIER AM PATIENTEN

KONGRESS SALZBURG 2016

Kongresspräsident
Univ.-Prof. Dr. Dietmar Öfner-Velano

Kongresssekretärin
Univ.-Doz.in Dr.in Charlotte Rabl

Kongresssekretär
Ao.Univ.-Prof. Dr. Stefan Schneeberger

Organisation und Information
Bianca Theuer
Wiener Medizinische Akademie
T +43 1 4051383-12
bt@medacad.org

www.chirurgenkongress.at

Theodor-Billroth-Preis

der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

Die **Österreichische Gesellschaft für Chirurgie** schreibt hiermit auch **für das Jahr 2016** wieder den Theodor-Billroth-Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen Chirurgie und deren Grenzbereiche aus. Der Preis ist mit **EUR 6.000,–** dotiert.

Die Vergabe des Preises erfolgt nach folgenden Bestimmungen:

1. Der Autor der einzureichenden Arbeit muss Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie bzw. einer ihr assoziierten Fachgesellschaft sein.
2. Vorstände, Abteilungsleiter und Primarii sind von der Bewerbung insofern ausgeschlossen, als sie wohl als Mitautoren aufscheinen können, bei der Verteilung des Geldbetrages aber nicht berücksichtigt werden dürfen.
3. Der Einreicher muss Erstautor der eingereichten Arbeit sein. Die Einreichung von Gemeinschaftsarbeiten ist möglich, wobei der zuerkannte Preis auf die im Titel genannten Autoren gleichmäßig verteilt wird.
4. Die eingereichte Arbeit darf nach dem Datum der Publikation nicht älter als zwei Jahre sein und darf nur für den Theodor-Billroth-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie eingereicht werden. Es ist nicht gestattet, dieselbe Arbeit für Preise anderer Institutionen einzureichen, auch ein nochmaliges Einreichen im Folgejahr ist nicht statthaft.
5. Noch nicht publizierte Arbeiten können nur eingereicht werden, wenn ein druckfertiges, von einer Zeitschrift angenommenes Manuskript vorliegt.
6. Die unter Punkt 3 und 4 genannten Sonderdrucke oder Manuskripte müssen **bis zum 4. Dezember 2015 in vierfacher Ausführung** beim Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Univ.-Prof. Dr. **Albert Tuchmann**, Frankgasse 8, Billroth-Haus, 1090 Wien, eingereicht werden. (Nicht deutsch oder englisch verfassten Publikationen ist eine deutsche Übersetzung – ebenfalls vierfach – beizulegen!).
7. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury. Diese Jury wird vom Präsidium der Gesellschaft bestimmt und bleibt anonym.
8. Die eingereichten Arbeiten werden nummeriert und ohne Namen der Autoren zur Begutachtung den Mitgliedern der Jury übergeben. Die Begutachtung der Arbeiten erfolgt von den einzelnen Juroren völlig unabhängig.
9. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt gemäß einer Skala von 0 bis 6 Punkten.
10. Wenn keine der Arbeiten von den Juroren als preiswürdig erachtet wird, wird der Preis im betreffenden Jahr nicht verliehen.
11. Werden von den Juroren mehrere Arbeiten an erste Stelle gesetzt, so wird der ausgeschriebene Preis geteilt vergeben.
12. Die Überreichung des Preises erfolgt jeweils im Rahmen des Österreichischen Chirurgenkongresses.

Univ.-Prof. Dr. **Albert Tuchmann**
Generalsekretär

Univ.-Prof. Dr. **Dietmar Öfner-Velano**
Präsident

HOSPITATIONSBERICHT Dr. Birgit Reinisch

Ort: St. Mark's Hospital London

Schwerpunkte: **Postgraduate term for colorectal surgery**

Zeitraum: **11.05. – 05.06.2015**

Dr. Birgit Reinisch

Nach meiner Promotion an der Medizinischen Universität Graz 2005 verließ ich meine Heimat Österreich, um als Assistenzärztin für Allgemeinchirurgie in Deutschland die Ausbildung nach österreichischen Kriterien zu absolvieren. Ich habe meine Facharztprüfung 2011 in Wien abgelegt und bin seit 2012 als Fachärztin für Allgemeinchirurgie am Klinikum Traunstein (Kliniken Südostbayern, Lehrkrankenhaus der LMU München) tätig. 2014 legte ich an der Bayerischen Landesärztekammer erfolgreich die Prüfung zur Proktologin ab, wobei es sich hierbei in Deutschland um eine Zusatzbezeichnung mit einjähriger Ausbildungsdauer handelt.

Im Rahmen des hervorragenden Symposiums „St.Mark's meets Salzburg" 2013 in Salzburg wurde ich auf den postgraduellen Kurs für Kolorektalchirurgie am St.Mark's Hospital aufmerksam. Nach einigen Vorbereitungen konnte ich nun vier interessante und lehrreiche Wochen mit sieben Kollegen aus Spanien, Chile, Brasilien, Costa Rica, China und Saudi-Arabien am St.Mark's Hospital verbringen.
Der Kursinhalt bestand aus Vorlesungen, Seminaren, Teilnahme an den verschiedenen wöchentlichen Meetings, Sprechstunden, Visiten und Untersuchungen, sowie Anwesenheit im OP, in der Endoskopie, Radiologie und bei speziellen Diagnose- und Therapieeinheiten, wie Biofeedback, Stomaversorgungen, Ernährungssprechstunden, manometrischen Untersuchungen.
Bereits im ersten Eindruck fällt eine sehr gute und eng verwobene interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen auf. In Beckenboden-, CED-, Ernährungsmeetings, sowie der Tumorkonferenz und der „complexcancerclinic" wird durch Chirurgen, Gastroenterologen, Radiologen, Onkologen, Psychiater, Physiologen und der spezialisierten Pflege (stomanurse, nutritionnurse, biofeedbacknurse etc.) zum einen ein individuelles Konzept erarbeitet, zum anderen der Erfolg des festgelegten Konzeptes regelmäßig überprüft oder gegebenenfalls reevaluiert.

Die chirurgische Abteilung beschäftigt sich mit häufigen und seltenen Erkrankungen des Dünn- und Dickdarms, sowie des Beckenbodens und kann grob in die Karzinomchirurgie, die Proktologie, die CED Chirurgie und die Chirurgie bei Patienten mit komplexen enterokutanen, interenterischen Fisteln und Kurzdarmsyndrom eingeteilt werden.

Ich möchte folgend zwei Punkte aus einer Vielzahl von interessanten und lehrreichen Themen herausgreifen:

1. **ELSiE (Extended lateral sidewall excision)** bei fortgeschrittenen kolorektalen Karzinomen
2. **Interdisziplinäre Behandlung der Patienten mit „intestinal failure"**

1. ELSiE–Extended lateral sidewall excision(Mr. Antoniou, Mr. Jenkins)

Jährlich werden in Großbritannien etwa 14 500 neue Rektumkarzinome diagnostiziert, wobei 5 bis 10% bereits bei Erstdiagnose eine Infiltration von lokalen Strukturen aufweisen und somit den zirkumferentiellen Resektionsrand, beurteilt durch eine MRT, überschreiten. Im St.Mark's Hospital wurden zwischen den Jahren 2011 und 2014 159 Patienten mit lokal weit fortgeschrittenen Karzinomen (Primäre Karzinome und Rezidive) vorgestellt, wovon 98 Patienten, also 62%, einer Resektion unterzogenen wurden.
Bei dem chirurgischen Prinzip der ELSiE (Indikation = Karzinominfiltration der Strukturen der lateralen Beckenwand) wird der Patient primär in Bauchlage gebracht und nach Durchtrennung der Glutealmuskulatur mit dem Harmonic der M.piriformis, das Lig. sacrospinale, sowie das Lig. sacrotuberale durchtrennt und unter Schonung oder gegebenenfalls Mitnahme der N.ischiadicus die präsakrale Faszie abpräpariert, um das gesamte laterale Tumorkompartiment in das kleine Becken zu schwenken und nach Umlagerung des Patienten die weitere Resektion transabdominell durchzuführen.

Je nach Infiltrationsausmaß erfolgt die Resektion der verschiedenen Strukturen, wie der A. iliacainterna, A. iliacaexterna, des Ureters mit oder ohne Rekonstruktionsverfahren. Die Deckung des perinealen Defektes erfolgte, falls notwendig, durch einen I-GAP flap (inferior glutealarteryperforatorflap) und wird von den plastischen Chirurgen durchgeführt. Bei einer bisher noch kleinen aufgearbeiteten Fallzahl (in den Jahren 2011 bis 2013 n=6) zeigte sich mit der neuen OP Technik bei allen Fällen ein R0 Ergebnis und keine Major-Komplikation.
Eine aufschlussreiche Zusammenfassung der Technik und der Ergebnisse wurde 2014 in *„Techniques in Coloproctology" publiziert: Extended lateral pelvic sidewall excision (ELSiE): an approach to optimize complete resection rates in locally advanced or recurrent anorectal cancer involving the pelvic sidewall. I.Shaikh et al., Tech Coloproctol (2014) 18:1161-1168.*

2.Interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit „intestinal failure" Lennard Jones Intestinal Failure Unit (Mrs.Vaizey, Mr. Warusavitarne)

Die Regierung hat in Großbritannien zwei überregionale Zentren für Patienten mit „intestinal failure" eingerichtet: Das Hope Hospital in Manchester, sowie das St.Mark's Hospital in Harrow/London.
Die Lennard Jones Intestinal Failure Unit im St.Mark's Hospital ist eine interdisziplinäre Abteilung, die Patienten mit Verlust von funktioneller Länge des Dünndarms, absorbierender Kapazität oder Dünndarmfunktionalität und dem damit einhergehenden schlechten Ernährungszustand und der stark herabgesetzten Lebensqualität behandelt. Die Inzidenz solcher Patienten, die aufgrund verschiedener Kriterien, wie eine Krankheitsdauer von mind. sechs Wochen, mehrere intestinale Fistel in einer dehiszenten Abdominalwunde, weniger als 30 cm Restdünndarm, persistierende

intraabdominelle Sepsis oder metabolische Komplikationen in einem der beiden spezialisierten Zentren behandelt werden, beträgt etwa 5,5 Patienten/Million Einwohner jährlich.
Die Behandlung erfolgt in enger Zusammenarbeit aller ärztlichen und pflegerischen Fachrichtungen nach dem Stichwort **SNAPP**:
Sepsis – die primäre antibiotische Behandlung einer eventuell vorhandenen Sepsis mit, wenn möglich, CT-gesteuerter Drainierung aller intraabdomineller Abszesse
Nutrition – Ausgleich des Flüssigkeits- und Elektrolytverlustes, frühzeitige enterale Ernährung und Kalorienausgleich über parenteralen Ernährung, Drosselung des Flüssigkeitsoutputs durch Restriktion der freien Flüssigkeitsmenge auf 500-1000ml, Gabe von 1000ml St.Mark's Solution täglich (1l Wasser mit 20g Glucose, 3,5g Natriumchlorid und 2,5g Natriumbikarbonat) zur Vermeidung des gefürchteten Natriumverlusts und medikamentöse Blockierung durch PPIs, Loperamid und Codein
Anatomy–radiologische Darstellung der abdominellen Gesamtsituation
Protection of the skin – Versorgung der enterokutanen Fisteln bzw. Stomata durch Stomaschwestern.
Planned surgery–der Zeitpunkt der Rekonstruktion sollte nicht vor sechs, besser erst nach 12 Monaten erfolgen. Oft zeigen eine plötzlich prolabierende Mukosader enterokutanen Fistel und ein klinisch weiches Abdomen den richtigen Zeitpunkt der Operation an. Ich durfte eine Rekonstruktions-OP von Mrs.Vaizey mitverfolgen. Interessant erschien mir das Ausschneiden der gesamten enterokutanen Fisteln in toto mit umgebender Faszie oder Haut, welche erst nach Erreichen eines Gesamtüberblicks weiter präpariert wurden. Nach Resektion der betroffenen Dünndarmabschnitte wurden die Anastomosen mit 4.0 Ethibond in Einzelknopftechnik zweireihig (1x allschichtig, 1x seromuskulär) als End-zu-End Anastomose gefertigt. Die Rekonstruktion der Abdominalwand erfolgte durch den plastischen Chirurgen mit einem biologischen Netz (Strattice), eingenäht in offener IPOM Technik. Bei dieser Operation wurde ein Stoma angelegt. Stets wird auch das aborale Darmende ausgeleitet, um durch eine enterale Ernährung mit Sondenkost die Atrophie der Enterozyten im sonst ausgeschalteten Darmabschnitt für nachfolgende Rekonstruktionen zu vermeiden.

Retrospektiv zeigte der Kurs einen interessanten Querschnitt durch die verschiedenen Schwerpunkte einer hoch spezialisierten Klinik, die sich stets um Interdisziplinarität und Ergebnisauswertungen zur Optimierung der Patientenbehandlung bemüht. Beeindruckend fand ich die Aufzeichnung aller laparoskopisch-onkologischen Eingriffe, welche bei postoperativen Komplikationen durch den Operateur und/oder einen Kollegen zur potentiellen Fehlersuche reevaluiert wurde.
Nach einer anfänglichen Orientierungsphase konnte zwischen den organisierten Terminen die Zeit sehr gut für das individuelle Interesse in den einzelnen Schwerpunkten genutzt werden, wobei ich vom gesamten Team stets integrativ und freundlich aufgenommen wurde.

Abb.: St. Mark's Hospital

Ich möchte mich bei der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie für die Unterstützung dieser Zeit, die sowohl chirurgisch lehrreich war, als auch medizinisch und organisatorisch neue Blickwinkel aufzeigte sowie die persönliche Weiterentwicklung förderte, herzlich bedanken. ■

Korrespondenzadresse:
Dr. Birgit Reinisch
Klinikum Traunstein
Abteilung für Allgemein-, Viszeral-, und minimal invasive Chirurgie
Cuno-Niggl-Straße 3
D-83278 Traunstein
E-Mail: birgit.reinisch@hotmail.com

Impressum

CHIRURGIE
Das offizielle Organ der
Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

HERAUSGEBER
Berufsverband
Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Österreichische
Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)

CHEFREDAKTEUR
Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka

REDAKTION
BÖC Geschäftsstelle:
Mag. Andrea Bauer
Andrea Neumayer, MSc

REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
Zeitschrift „Chirurgie"
c/o vereint: Vereins- und Konferenzmanagement GmbH
Hollandstraße 14
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
Univ.-Prof. Dr. Gabriela Berlakovich
Medizinische Universität, Wien

Univ.-Prof. Dr. Georg Györi
Universitätsspital Zürich

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

Prim. Univ.-Prof. Dr. Mag. Alexander Klaus
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Wien

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

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

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

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

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Zacherl
Herz-Jesu Krankenhaus, Wien

BÖC VEREINS- UND KONFERENZMANAGEMENT
vereint: Vereins- und Konferenzmanagement GmbH
Hollandstraße 14 · 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

GRAFIK
kreativ Mag. Evelyne Sacher-Toporek
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
Colordruck GmbH
Kalkofenweg 6, 5400-Hallein, Austria
Tel: +43 (0)6245 90 111 26· Fax: +43 (0)6245 90 111 22
E-Mail: info@colordruck.at

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

Bild Titelseite:
© panthermedia.net / rafost1

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

In Memoriam
Univ.-Prof. Dr. Peter Satter

Herr Univ.-Prof. Dr. Peter Satter, einer der ganz großen Wegbereiter der heutigen Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, ist am 15. Juni 2015 verstorben.

Peter Satter wurde am 19. Juli 1930 in Heiligenkreuz am Wasen (Steiermark) geboren. Er promovierte am 10. Juli 1954 in Graz. Nach seiner Sekundararzttätigkeit in Graz und Leoben war Prof. Satter an der University of Pennsylvania. Die Facharztausbildung für Chirurgie hat er bei Professor Derra, einem der Gründerväter der deutschen Herzchirurgie, durchlaufen.

Mit nur 39 Jahren erhielt Prof. Satter den Ruf zum ordentlichen Professor und Direktor der Abteilung für Herz- und Thoraxchirurgie der Universität Essen, an der er von März 1970 bis Februar 1973 tätig war. Anschließend erhielt er einen weiteren Ruf, diesmal an die Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M, die er bis zu seiner Emeritierung am 1 .Oktober 1995 inne hatte.

Professor Satter war Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) und der Österreichischen Gesellschaft für Thorax- und Herzchirurgie (ÖGTHC), Inhaber des Verdienstordens der Republik Österreich und der Steiermark. 1981 implantierte Prof. Satter dem damaligen Bundeskanzler Helmut Schmidt ein Schrittmachersystem, ein Ereignis, das es bis auf die Titelseite des Spiegels schaffte.

Nach der Emeritierung 1995 zog es ihn sehr rasch zurück in seine Heimat in der Steiermark.

Herr Professor Satter hatte stets ein offenes Ohr für österreichische Kollegen und Kolleginnen, viele von uns haben bei ihm hospitiert.

Die ÖGC und die ÖGTHC werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Univ.-Prof. Dr. Heinrich Mächler, MBA
Generalsekretär der ÖGTHC

In Memoriam
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Sebening

Die Österreichische Gesellschaft für Herz/Thoraxchirurgie und die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie bedauern zutiefst mitteilen zu müssen, dass unser Ehrenmitglied, Herr Univ.-Prof. Direktor Dr. Friedrich Sebening 85-jährig am 12. Juli 2015 verstorben ist. Herr Prof. Sebening war ein hervorragender Vertreter der Münchner herzchirurgischen Schule, die 1959 von Rudolf Zenker begründet wurde.

Nach seiner Ausbildung an der Münchner Technischen Universität wurde er im Jahr 1973 mit der Leitung des Deutschen Herzzentrums München betraut – eine Institution, welche unter seiner Führung nicht nur im deutschsprachigen Raum einen hervorragenden Ruf erlangte.

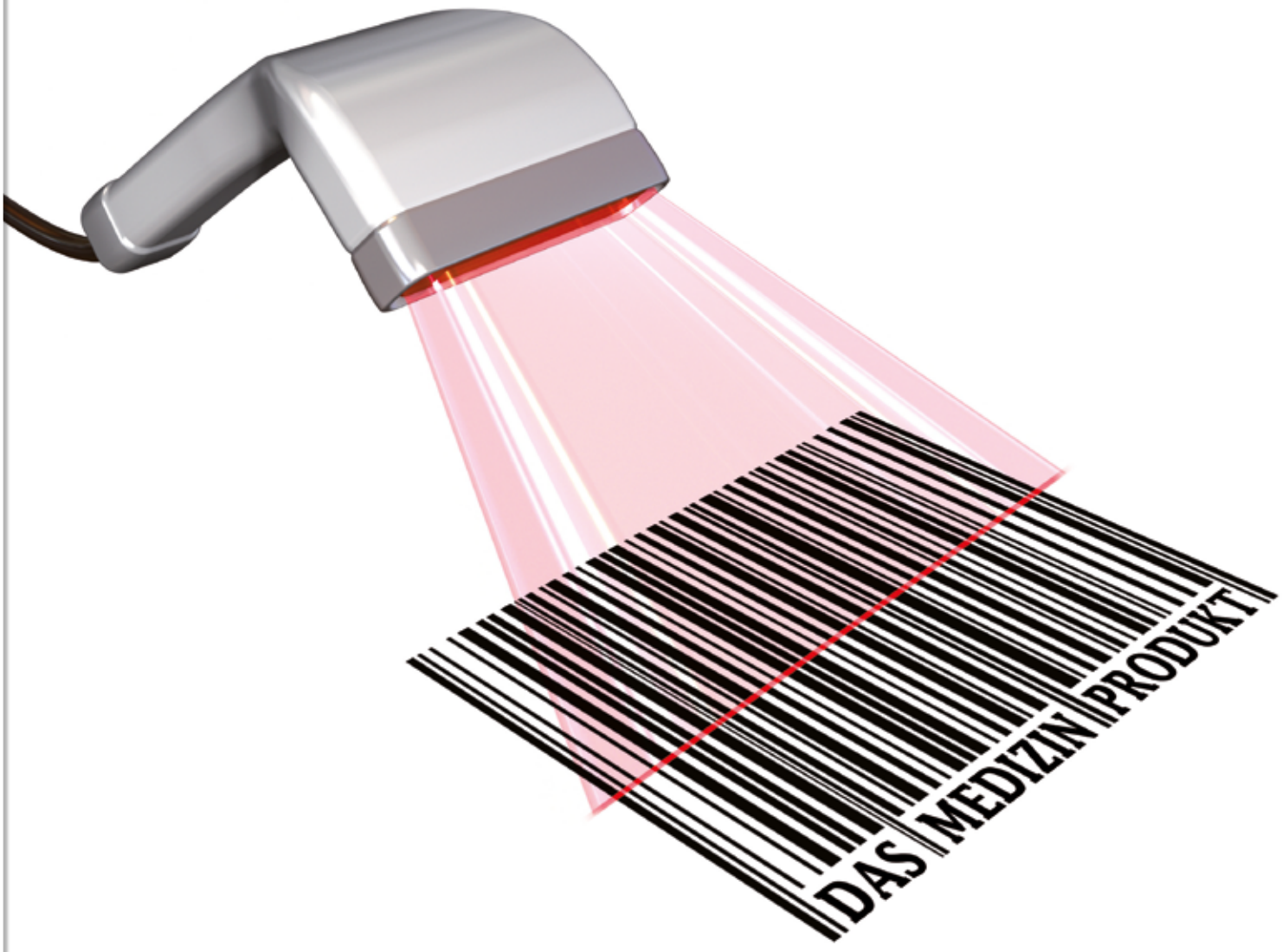
Friedrich Sebening stand Herzchirurgen aus Österreich für fachliche Anfragen und Studienaufenthalte jederzeit und außerordentlich bemüht zur Verfügung und hat mit seiner aktiven Teilnahme als Vorsitzender und Vortragender österreichische Tagungen und Kongresse bereichert.

Eine besondere Beziehung bestand zur Grazer Herzchirurgie, wo es ihm (mit Professor Klinner, ebenso aus München) zusammen mit Julius Kraft-Kinz und seinem Team am 19. Oktober 1962 gelang, die erste Herzoperation in Österreich an der Herz-Lungen-Maschine erfolgreich durchzuführen.

Die Österreichischen Gesellschaften für Chirurgie und für Herz/Thoraxchirurgie danken Herrn Prof. Dr. Sebening für seine Verdienste in Österreich und werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Univ.-Prof. Dr. Heinrich Mächler, MBA
Generalsekretär der ÖGTHC

Überblick auf einen Blick.



DAS MEDIZINPRODUKT – Die ganze Welt der Medizinprodukte in einem Magazin.
VIELFÄLTIG – INFORMATIV – ANALYTISCH.

ärztecollegium
Wissen für Ärzte. Bildung für Menschen.

Ärztecollegium – Verein zur Förderung der ganzheitlichen Weiterbildung von Ärzten
Ferstelgasse 6 | 1090 Wien | office@aerztecollegium.at
www.aerztecollegium.at

Prophylaxe Ja! – Aber nur für die Patienten?

Burn-Out verbreitet sich wie ein Flächenbrand. Zu viele Ärzte sind bereits am Limit. Doch offen über die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu sprechen und sich rechtzeitig Hilfe zu suchen, ist für Mediziner besonders schwierig.

© Felicitas Matern / www.feelimage.at

Gerhard Ulmer

Eine Studie der ÖAK ergab bereits 2011, dass sich 54 Prozent der befragten Ärzte in unterschiedlichen Stadien des Burn-Out befinden.

Selbstwahrnehmung, Grenzen setzen und sich selbst mitzuteilen sind Fähigkeiten die ein Burn-Out verhindern können. Doch gerade diese Fähigkeiten müssen Mediziner häufig für Ihren Beruf vernachlässigen.

Studieneingangsphase, Prüfungsvorbereitungen, Nachtdienste – Mediziner lernen von Beginn an sich selbst Höchstleistungen abzuverlangen und unter allen Umständen zu funktionieren – dafür müssen die Grenzen der eigenen Belastbarkeit ignoriert bzw. immer weiter überschritten werden. Die eigene Verwundbarkeit muss im Umgang mit Patienten und Krankheitsbildern verdrängt werden. Im Umgang mit Kollegen wird die Überlastung bagatellisiert oder heroisiert.

Ein unkontrollierbares Ereignis z.B. ein Todesfall im nahen Umfeld, bringt überlastete Ärzte schließlich zu Fall.

Um ein Burn-Out zu verhindern sollten Mediziner daher ihre eigenen sozialen, emotionalen und kommunikativen Kompetenzen fördern.

Eine in psychosozialen Berufen längst anerkannte, von Medizinern aber immer noch verschmähte Möglichkeit zur Prophylaxe bietet die Selbsterfahrung.

Ziel der Selbsterfahrung ist die Entwicklung persönlicher und interpersonaler Eigenschaften und therapeutischer Kompetenzen (Vgl. Mag. Michael Peter: Schematherapeutische Selbsterfahrung als Ansatz zu achtsamer Arbeit am Patienten.)

- Verbesserung des psychischen Funktionierens; Prävention/Reduktion therapeutischer Risiken und berufsbedingten Burn-Out
- Entwicklung von Selbstreflexivität und Selbstoffenheit
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen, Erkennen eigener Probleme und Schwächen, Entwickeln von Ressourcen, persönlichen Stärken und förderlichen Personenmerkmalen

Zusätzlich stärkt Selbsterfahrung die Kompetenz im Umgang mit Patienten und trägt somit zu einer guten Arbeitsbeziehung zwischen Arzt und Patient bei.

- Aufbau von therapeutischer Prozess-, Beziehungs- und Methodenkompetenz durch erfahrungsorientiertes und Modelllernen,
- Entwickeln von Sensibilität und Empathie für die Bedürfnisse, Empfindungen und Erwartungen von Patienten
- Kennenlernen der interpersonalen Dynamik der therapeutischen Beziehung und eigener interaktioneller, emotionaler und kognitiver Schemata; Sensibilisierung für Beziehungsphänomene
- Entwicklung sozialer und interpersoneller Kompetenz (Empathiefähigkeit); Erweiterung des interaktionellen Repertoires; Verbesserung der therapeutischen Beziehungsfähigkeit

Wenn die Selbstwahrnehmung gestärkt ist, können weitere Schritte zur Burn-Out Prophylaxe gesetzt werden.

Kontakt und Information

Ärztecollegium
office@aerztecollegium.at
www.aerztecollegium.at

ÖGC-VERANSTALTUNGEN & ASSOZIIERTE FACHGESELLSCHAFTEN/ ARBEITSGEMEINSCHAFTEN DER ÖGC

■ 01. bis 03. Oktober 2015
51. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU)
Thema: Wirbelsäulenverletzungen
Ort: Salzburg
Info: www.unfallchirurgen.at

■ 01. bis 03. Oktober 2015
32. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO), 120. Fortbildungsseminar der ÖGC
Thema: Interdisziplinäre Behandlung der Schilddrüsen-Malignome
Ort: St.Wolfgang
Info: www.aco-asso.at

■ 02. bis 03. Oktober 2015
51. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Neurochirurgie
Themen: III. Ventrikel und Hirnstamm als neurochirurgische Herausforderung, Schädel-Hirn-Trauma
Ort: Salzburg
Info: www.neurochirurgie.ac.at

■ 29. bis 31. Oktober 2015
32. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)
Thema: Orthopädie in/und Bewegung
Ort: Wien, Messe Congress
Info: www.orthopaedics.or.at

■ 12. bis 13. November 2015
15. Österreichischer Chirurgentag – „How to do it“

■ 14. November 2015
5. Forum Niedergelassener Chirurgen
Ort: Baden, Congress Casino
Kongresspräsident:
Prim.Priv.-Doz.Dr. Sebastian Roka
Info: www.boec.at
Fon +43 1 533 35 42
E-Mail: chirurgie@aon.at

■ 13. bis 15. November 2015
Gesellschaft für Implantologie und Gewebeintegrierte Prothetik (GIGIP):
Art 3 of Reconstructive and Aesthetic Surgery of the Face and Skull – Surgery in a Child's Face
Ort: Wien
Info: http://gigip.org

■ 19. bis 21. November 2015
39. Seminar der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Forschung
Thema: Cardiovascular Biology and Surgery
Ort: Wagrain
Info: www.chirfor.at

■ 26. bis 29. Jänner 2016
20. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)
Thema: Orthognathe und craniofaciale Chirurgie
Ort: Bad Hofgastein
Info: www.mkg-kongress.at

■ 30. Jänner 2016
17. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie
Ort: Wien
Info: www.spine.at

■ 04. bis 05. März 2016
Frühjahrsklausurtagung der Österreichischen Gesellschaft für Handchirurgie (ÖGH)
Thema: Osteosynthesen und Komplikationen bei Osteosynthesen
Ort: Graz
Info: www.handchirurgen.at

■ 25. bis 27. Mai 2016
57. Österreichischer Chirurgenkongress (ÖGC-Jahrestagung)
Leitthema: Chierurgie: Leadership – Verantwortung – Qualität – Hier am Patienten
Ort: Salzburg
Kongresspräsident: Prim.Univ.-Prof. Dr. Dietmar Öfner-Velano, MAS, MSc
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

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

■ 02. bis 03. Oktober 2015
17. Jahrestagung der Austrian Wound Association (AWA)
Ort: St.Pölten
Info: www.a-w-a.at

■ 03. bis 07. Oktober 2015
29th Annual Meeting of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)
Ort: Amsterdam
Info: www.eacts.org

■ 04. bis 08. Oktober 2015
101st Clinical Congress of the American College of Surgeons (ACS)
Ort: Chicago
Info: www.facs.org

■ 05. bis 09. Oktober 2015
29th World Congress of the International College for Maxillo-Facial-Surgery (ICMFS)
Ort: Limassol, Zypern
Info: www.icmfs2015.com

■ 19. bis 21. Oktober 2015
Laparoskopietage Linz
Ort: Linz
Info: www.laparoskopietage.at

■ 20. bis 23. Oktober 2015
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2015)
Ort: Berlin
Info: www.dkou.de

■ 21. bis 23. Oktober 2015
Austrotransplant 2015
Ort: Kitzbühel
Info: www.austrotransplant2015.at

■ 22. bis 24. Oktober 2015
24. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft
Ort: Dresden
Info: www.dtg2015.de

■ 22. bis 24. Oktober 2015
VASCMED 2015 – 2. Kongress des Österreichischen Verbandes für Gefäßmedizin
Ort: Innsbruck
Info: www.vascmed.at

■ 23. bis 24. Oktober 2015
3. Laparoskopie-Workshop für ChirurgInnen
Ort: Burg Güssing
Info: www.chirurgieworkshops.at

■ 23. bis 24. Oktober 2015
16. Jahrestagung der Österreichischen Adipositasgesellschaft
Ort: Wien
Info: www.adipositas-austria.org

■ 02. bis 06. November 2015
10th International Society of Laparoscopic Colorectal Surgery (ISLCRS) Congress 2015
Ort: Singapur
Info: www.sghcolorectal-islcrs-apetna.sg

■ 02. bis 07. November 2015
Obesity Week 2015
Ort: Los Angeles
Info: www.obesityweek.com

■ 06. bis 07. November 2015
Endo Club Nord 2015
Ort: Hamburg
Info: www.endoclubnord.de

■ 13. November 2015
GIST – ein Update : Altbewährtes und Neues
Ort: Wien
Info: www.ccc.ac.at/gist

■ 13. bis 14. November 2015
2nd International Video Symposium (IVS) in Plastic Surgery
Ort: Berlin
Info: www.vdtpc-symposium.de

■ 18. bis 20. November 2015
Foregut-Surgery : Chirurgische und endoskopische Interventionen des oberen Gastrointestinaltrakts
Ort: Linz
Info: www.viszeralchirurgie-linz.at

■ 19. bis 21. November 2015
34. Arbeitstagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Endokrinologie und 45. Jahrestagung der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
Ort: Mainz
Info: www.caek2015.de

■ 20. bis 21. November 2015
4. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft
Ort: München
Info: www.knie-komplex.de

■ 24. bis 25. November 2015
Fokussierte Gefäßsonographie
Ort: Basel
Info: www.vascular-international.org

■ 27. bis 28. November 2015
endo update 2015
Ort: Augsburg
Info: www.endoupdate.de

■ 30. November 2015
MIC Basic and Advanced Workshop
Ort: Wien
Info: www.meduniwien.ac.at/upper-gi

■ 01. bis 02. Dezember 2015
16. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin
Ort: Wien
Info: www.notarztkongress.at

■ 01. bis 04. Dezember 2015
European Colorectal Congress
Ort: St.Gallen
Info: www.colorectalsurgery.eu

■ 03. bis 04. Dezember 2015
Salzburger Hernientage
Ort: Salzburg, Congress
Info: www.hernien.at

■ 07. Dezember 2015
Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Tumororthopädie (AMSOS 2015)
Ort: Wien
Info: www.amsos.at

■ 10. bis 11. Dezember 2015
Richmond meets Salzburg:
A Foregut and Bariatric Surgery Symposium
122. Fortbildungsseminar der ÖGC
Ort: Salzburg
Info:www.surgery-meeting-salzburg.com

■ 10. bis 12. Dezember 2015
10. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG)
Ort: Frankfurt am Main
Info: www.dwg-kongress.de

■ 18. bis 19. Dezember 2015
Trauma Imaging
Ort: Hamburg
Info: www.traumaimaging.at

■ 13. bis 16. Jänner 2016
34. Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung (DAV)
Ort: Berchtesgaden
Info: www.dav2016.de

■ 24. bis 26. Jänner 2016
Grundkurs: Gefäßchirurgische Grundtechniken
Ort: Pontresina
Info: www.vascular-international.org

■ 27. bis 30. Jänner 2016
European Vascular Masterclass
Ort: Pontresina
Info: www.vascular-international.org

■ 29. bis 30. Jänner 2016
Deutsche Hernientage 2016
Ort: Berlin
Info: www.hernientage.de

■ 12. bis 13. Februar 2016
8. DGAV-Chirurgie-Update
Ort: Berlin
Info: www.chirurgie-update.com

■ 13. bis 14. Februar 2016
Congress of the World Association of Laparoscopic Surgeons (WALS 2016)
Ort: Gurgaon, Indien
Info: www.wals.in

■ 18. bis 19. Februar 2016
14. Dreiländertagung Minimal Invasive Chirurgie (CAMIC-AMIC-SALTC)
Ort: Heidelberg
Info: www.dreilaendertreffen-mic.de

■ 24. bis 27. Februar 2016
32. Deutscher Krebskongress
Ort: Berlin
Info: www.dkk2016.de

■ 26. bis 28. Februar 2016
Bundeskongress Chirurgie 2016
Ort: Nürnberg
Info: www.bundeskongress-chirurgie.de

■ 27. Februar - 04. März 2016
33rd International Gastrointestinal Surgery Workshop – Open and Laparoscopic Surgical Techniques Including Virtual Reality Training
Ort: Lupsingen
Info: www.davoscourse.ch

■ 04. bis 05. März 2016
8. DGAV-Chirurgie-Update
Ort: Wiesbaden
Info: www.chirurgie-update.com

■ 10. bis 12. März 2016
42. Deutscher Koloproktologen-Kongress
Ort: München
Info: www.koloproktologie.org

■ 17. bis 19. März 2016
Schilddrüsendialog 2016
Ort: Seefeld/Tirol
Info: www.schilddruesengesellschaft.at

■ 20. bis 23. April 2016
IHPBA 2016 – 12th World Congress of the International Hepato-Pancreato-Biliary Association
Ort: Sao Paulo, Brasilien
Info: www.ihpba2016.com

■ 26. bis 29. April 2016
133. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Ort: Berlin
Info: www.chirurgie2016.de

■ 05. bis 07. Mai 2016
57. Symposium der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (DAH)
Ort: Innsbruck
Info: www.dah.at

■ 19. bis 21. Mai 2016
7th Biennial Congress of the European Society of Endocrine Surgeons (ESES)
Ort: Istanbul
Info: www.eses2016.org

■ 01. bis 03. Juni 2016
103. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie
Ort: Lugano
Info: www.chirurgiekongress.ch

■ 20. bis 22. Juli 2016
93. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen (VBC)
Ort: München
Info: www.vbc2016.de

■ 13. bis 16. September 2016
23rd Congress of the European Association for Cranio Maxillo-Facial Surgery (EACMFS 2016)
Ort: London
Info: http://eacmfscongress.org

■ 19. bis 21. September 2016
15th World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus (ISDE)
Ort: Singapur
Info: www.isde.net

■ 21. bis 24. September 2016
Viszeralmedizin 2016
Ort: Hamburg
Info: www.viszeralmedizin.com

■ 16. bis 20. Oktober 2016
102nd Clinical Congress of the American College of Surgeons (ACS)
Ort: Washington, DC
Info: www.facs.org

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.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), 1090 Wien, Fon 01/4087920, Fax 01/4081328
E-Mail: chirurgie@billrothhaus.at, Websites: www.chirurgie-ges.at , www.chirurgenkongress.at und www.fortbildung-chirurgie.at

Präsidium 2015/16		
Präsident:	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Past President:	R. Függer, Linz	reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at
President Elect:	R. Windhager, Wien	reinhard.windhager@meduniwien.ac.at
Generalsekretär:	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
1. Kassenverwalter:	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
Vorsitz Aktionskomitee:	H.J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie:	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2015:		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE):	P. Riss, Wien	philipp.riss@meduniwien.ac.at
ARGE für Coloproctologie (ACP):	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.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)	A. Shamiyeh, Linz	andreas.shamiyeh@akh.linz.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AOTrauma Austria):	M. Wagner, Wien	michael.wagner.office@gmail.com
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@wgkk.at
Austria-Hungarian Chapter des American College of Surgeons (ACS)	S. Kriwanek, Wien	stefan.kriwanek@wienkav.at
Gesellschaft der Chirurgen in Wien:	F. Herbst, Wien	friedrich.herbst@bbwien.at
Ges. für Implantologie und gewebeIntegrierte Prothetik (GIGIP)	Ch. Schaudy, Wien	office@gigip.org
I.S.D.S.(Int.Society for Digestive Surgery)/österr. Sektion	K. Glaser, Wien	karl.glaser@wienkav.at
Österr.Ges.f.Adipositaschirurgie:	G.Prager, Wien	gerhard.prager@meduniwien.ac.at
Österr.Ges.f.Chirurgische Forschung:	D. Bernhard, Innsbruck	david.bernhard@i-med.ac.at
Österr.Ges.f.Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO):	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Österr.Ges.f.Gefäßchirurgie (ÖGG):	T. Cohnert, Graz	tina.cohnert@medunigraz.at
Österr.Ges.f.Handchirurgie (ÖGH):	M. Leixnering, Wien	m.leixnering@aon.at
Österr.Ges.f.Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG):	G. Santler, Klagenfurt	gert.santler@kabeg.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. Mokry, Graz	michael.mokry@medunigraz.at
Österr.Ges.f.Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO):	P. Zenz, Wien	peter.zenz@wienkav.at
Österr.Ges.f.Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie:	G. Pierer, Innsbruck	gerhard.pierer@tirol-kliniken.at
Österr.Ges.f.Thorax- und Herzchirurgie: Herzchirurgie:	L. Müller, Innsbruck	ludwig.mueller@tirol-kliniken.at
Thoraxchirurgie:	C. Aigner, Wien	clemens.aigner@meduniwien.ac.at
Österr.Ges.f.Unfallchirurgie (ÖGU):	M. Mousavi, Wien	mehdi.mousavi@wienkav.at
Österr.Ges.f.Wirbelsäulenchirurgie	C. Thomé, Innsbruck	claudius.thome@tirol-kliniken.at

LigaSure™ Small Jaw Instrument

Innovation aus Wissenschaft und Technik

Geeignet für die offene Chirurgie und kompatibel mit der ForceTriad™ Energie Plattform.

Medtronic & COVIDIEN

Covidien is joining Medtronic

COVIDIEN, COVIDIEN with logo, Covidien logo and ™-marked brands are trademarks of Covidien AG or an affiliate. © 2010 Covidien.
All rights reserved. AT 05/2015

Covidien Austria GmbH
Campus 21, Europaring F09402
A-2345 Brunn/Gebirge

+43 2236 / 37 88 39-0 [T]
office.austria@covidien.com
www.covidien.com