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

Chirurgie

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

Das rupturierte Aortenaneurysma

How I do it – Karpaltunnelsyndrom

Junge Chirurgie - Ausbildungsmodelle

1|2021

Über 10.000 Mediziner vertrauen auf die Produkte und Leistungen von ärzteservice.

- Rechtsschutzversicherung
- Praxisgründung
- Ordinationsinhaltsversicherung mit Technikkasko und Allgefahrenpaket
- Haftpflichtversicherung bis 10 Mio. Versicherungssumme
- Betriebsunterbrechungsversicherung
- Berufshaftpflichtversicherung
- Unfallversicherung
- Krankenversicherung

TOP Service und Beratung

ärzte$ervice

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

www.aerzteservice.com

Inhalt

4 Editorial

5 Das rupturierte Aortenaneurysma
AutorInnen: F. Taher, J. Falkensammer, M. Kliewer, A. Assadian

8 How I do it – **Karpaltunnelsyndrom**
Autor: H.B. Kitzinger

10 How I do it –
Die minimalinvasive Technik der offenen Karpaldachspaltung
Autor: G. Wechselberger

11 Im Portrait Frau Dr. Elisabeth Jauk

ÖGCH

13 Einladung zur Vollversammlung
der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH
und ihren assoziierten Fachgesellschaften

14 Junge Chirurgie:
Ein Ausbildungsmodell am LKH Villach
Autoren: M. de Cillia, R. Van De Haar

Service

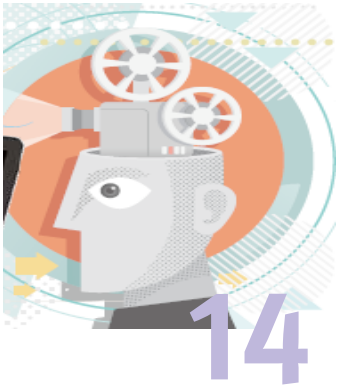
7 Mitteilungen

11 Impressum

19 BÖC Akademie Webinare

20 Terminkalender

22 Ihre Ansprechpartner



Liebe Kolleginnnen und Kollegen, Freunde von ÖGCH und BÖC!

Virale Kommunikation oder analoge Modulation?

Das lang verheiratete, einander emotional verbundene Ehepaar sitzt am Tisch – abends oder zum Frühstück – und kommuniziert. Ohne mit Worten zu sprechen, eventuell sogar Zeitung lesend, aber mit Mimik, mit Gesten, mit Körperspannung und minimalen Regungen tauschen sie Emotionen aus, die der Sachwelt des Alltags die „persönlich erlebte oder empfundene Wahrheit“ einblasen.

1872 hat Charles Darwin mit einer Arbeit über den Ausdruck von Emotionen bei Mensch und Tier die empirischen Grundlagen der nonverbalen Kommunikation publiziert. 2020/2021 dachten wir, dass uns Zoom, Webex oder Gotomeeting von kostenintensiven Airport-Meetings und Sitzungen befreien könnten und damit COVID-19 bekämpfbar wäre. Weit gefehlt. Ich behaupte, dass wir leider lernen mussten, dass dies nicht so gut funktioniert wie erwartet oder manchmal auch seitens der IT „versprochen“ wurde. Weder in Bezug auf die komplette Informationsweitergabe, noch mit Blick auf die technische Umsetzung („Pepi dein Mikro ist noch eingeschaltet!“, „Ich kann mich nicht einloggen“, etc.).

Als Führungskraft würde ich die Morgenbesprechung besser heute als morgen, aber jedenfalls sobald möglich auf analog umschalten und die unwillkürliche Kommunikation der Mimik als Zusatz-Informationsquelle nutzen. Stirnrunzeln als Zeichen der Nachdenklichkeit gegenüber dem Gesagten, Augenbrauen heben als Zeichen der Verwunderung, aber auch „gute Miene zum bösen Spiel“ können viel aussagen und Sachargumente modulieren. Sollte die Kamera beim Online-Meeting offline sein, entgeht ihnen das komplett, und selbst in einem 300x200 Pixel Bildchen Fenster wird es Ihnen nicht so klar bewusst werden.

Genau diese kleinen, kaum merkbaren Nuancen machen es aus. Nicht das, was ich sage, sondern wie ich es sage. Damit umzugehen können Sie auch lernen, in teuren, seit einiger Zeit modernen NLP-Kursen. Nämlich diese „Symptome“ bei anderen zu erkennen (diagnostisch) bzw. bewusst anzuwenden (therapeutisch). So wie es angeblich manche Maturanten in Verantwortungspositionen mittlerweile perfektioniert haben.

Der BÖC-Chirurgentag war immer und wird hoffentlich auch in Zukunft ANALOG bleiben, also „old-fashioned“. Kein Hybrid, kein Leitlinienvorbeten, sondern Austausch von Erfahrungen mit in Real life gelebten Standards. Menschen treffen Menschen und berichten, was sie gut gemacht haben und was sie besser anders gemacht hätten. Schonungslos in der Diskussion, aber freundschaftlich im Geiste …

hofft inständig Ihr

Andreas Salat

PS: … und irgendwo wird immer auch für Socialising Platz bleiben. Für Klatsch und Tratsch bei Wein, Bier, Fruchtsaft oder links- oder rechtsdrehendem Mineralwasser, bei Sacherwürstel oder vegetarischem Gulasch, im Foyer, an einem Stand der Industriepartner oder mit Freund_innen bei einem Heurigen in Baden/Wien!

KORRESPONDENZADRESSE

Univ.-Prof. Dr. Andreas Salat
BÖC Generalsekretär und Schriftführer
Alser Straße 4
1090 Wien
Tel: +43 1 4051383-37
E-Mail: sekretariat@boec.at
URL: www.boec.at

Das rupturierte Aortenaneurysma

Autoren: Fadi Taher, Jürgen Falkensammer, Miriam Kliewer, Afshin Assadian

Das rupturierte Aortenaneurysma stellt einen chirurgischen Notfall dar und bedarf einer sofortigen Therapie betroffener Patienten in einem adäquat ausgestatteten Operationssaal. Weniger als die Hälfte der Patienten, bei der es zu einer Ruptur kommt, erreicht rechtzeitig das Krankenhaus. Meist liegt in diesen Fällen eine gedeckte Ruptur vor, die eine Therapie bei zumindest temporär stabilem Patienten möglich macht. Die hohe assoziierte Mortalität untermauert die Relevanz der elektiven Aortenchirurgie, die darauf abzielt Rupturen zu vermeiden. Um die Ergebnisse der Behandlung des rupturierten Aortenaneurysmas zu verbessern und Verzögerungen zu vermeiden, bestehen an spezialisierten Zentren Algorithmen für die dringliche und notfallmäßige Behandlung symptomatischer und rupturierter Aortenaneurysmen mit offenen sowie endovaskulären operativen Techniken.

Klinik und Diagnostik

Die meisten diagnostizierten abdominellen Aortenaneurysmen (AAA) sind asymptomatisch, es handelt sich also um Zufallsbefunde. Als symptomatisch gelten AAA beispielsweise, aber nicht ausschließlich, wenn sie Schmerzen verursachen. Schmerz ist auch ein typisches Charakteristikum eines inflammatorischen Aneurysmas und Symptome können auch als Folge von Embolien des wandständigen Thrombus entstehen, der häufig beim AAA zu finden ist. Nicht jedes schmerzhafte Aneurysma muss also rupturiert sein, aber abdominelle oder Rückenschmerzen treten bei einem Großteil der von einer Ruptur betroffenen Patienten auf. Die Unterscheidung zwischen dem symptomatischen und dem rupturierten Aneurysma ist nicht zuletzt auf Grund teilweise unterschiedlicher Behandlungsstrategien und –erfolge relevant.(1) Das rupturierte AAA (rAAA) wird für zwischen 1 und 2 % der Todesfälle von über 65-jährigen Männern verantwortlich gemacht (2) und endet, ohne Behandlung, stets fatal. (3) Eine Behandlung bleibt deswegen meist nur dann aus, wenn ein Patient nicht zeitgerecht in ein für die Behandlung ausgestattetes Krankenhaus eingeliefert werden kann, oder die Operation ablehnt – ansonsten gilt: das symptomatische Aneurysma wird dringlich behandelt, das rupturierte notfallmäßig.

Die Sterblichkeit des rAAA wird mit bis zu 90 % angenommen und liegt selbst bei Patienten die operiert werden können bei über 40 %.(4) Risikofaktoren für eine Ruptur beinhalten unter anderem den fortgesetzten Nikotinabusus, weibliches Geschlecht, chronisch obstruktive pulmonale Erkrankung (COPD), arterielle Hypertonie, und nicht zuletzt die Größe des AAA.(5) Rupturraten kleiner Aneurysmen mit 30–49 Millimeter (mm) axialem Durchmesser werden mit 0,5–1 % pro Jahr angenommen. Aneurysmen mit 50–60 mm Durchmesser hingegen, weisen bereits jährliche Rupturraten von 5–10 % auf. Die jährliche Rupturrate steigt weiter mit zunehmendem Durchmesser eines AAA (auf etwa 50 % bei einem Aortendurchmesser über 80 mm).(5, 6)

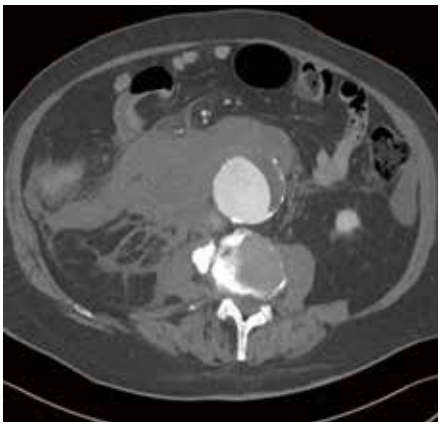


Abb. 1: Rupturiertes infrarenales Bauchaortenaneurysma in axialem Computertomographie Schichtbild.

Rücken- oder abdominelle Schmerzen, Synkope, nicht anders erklärbare Hypotonie & die Palpation einer pulsierenden Resistenz im Abdomen (gegebenenfalls mit assoziiertem Druckschmerz) sind typische Zeichen und damit verdächtig auf ein rAAA. Beachtlich ist, dass laut einer Meta-Analyse etwa 32 % von rAAA fehldiagnostiziert werden (am häufigsten als Nierenkolik oder Myokardinfarkt).(7) Dass Patienten trotz Ruptur (zumindest vorübergehend) hämodynamisch stabil vorstellig werden können, liegt oft an einem retroperitonealen Hämatom, welches die Blutung aus der Rupturstelle temporär tamponieren kann. Wie dramatisch der Notfall des rAAA ist, spiegelt sich darin wider, dass nur etwa die Hälfte der Patienten das Krankenhaus rechtzeitig erreicht.(8)

Sobald ein rAAA festgestellt wurde, wird die notfallmäßige Versorgung im Operationssaal indiziert. Bei den meisten Patienten die rechtzeitig im Krankenhaus eintreffen und die operiert werden ist der Patient auf Grund einer gedeckten Ruptur hämodynamisch stabil und es kann eine Computertomographie-Angiographie (Abbildung 1) durchgeführt werden (1), welche nicht nur die Ruptur bestätigt, sondern auch für die Planung der operativen Versorgung einen immensen Nutzen bringt. Dies gilt vor allem für das endovaskuläre Vorgehen, da der endovaskuläre Aortenrepair (EVAR) bestimmte morphologische Gegebenheiten voraussetzt, und mit im Vorhinein vermessenen Stentprothesen durchgeführt werden kann.(9)

Operative Therapie des rAAA

Die Komorbiditäten des Patienten und die Morphologie des rAAA sind wohl Hauptfaktoren bei der Entscheidung, ob ein offener oder endovaskulärer Aortenrepair durchgeführt wird. In einer randomisierten Studie zeigte sich EVAR dem offenen Vorgehen gegenüber nicht unterlegen – womöglich bestehen auch Vorteile wie eine geringere Dauer des stationären Aufenthaltes oder niedrigere Kosten bei EVAR.(10)

Ungeachtet dessen, ob eine offene oder endovaskuläre Therapie erfolgen soll, werden bestimmte präoperative Maßnahmen ergriffen um den Patienten für den notfallmäßigen Eingriff zu optimieren. Eine permissive Hypotonie scheint förderlich, insbesondere wenn der systolische Blutdruck über 70 mmHg gehalten wird (systolischer Blutdruck zwischen 70 und

Abb. 2: Suprarenale Ballonblockade bei endovaskulärer Versorgung eines rupturierten infrarenalen Aneurysmas. Der Blockadeballon (Pfeilspitze) wird durch eine Schleuse unterstützt (dünner Pfeil markiert die Schleusenspitze) und der Hauptkörper des Stentgraftsystems (Pfeil) wird über einen kontralateralen femoralen Zugang eingebracht.

90 mmHg empfohlen).(1, 11) Der Patient wird gewärmt und Blut und Blutprodukte werden bereitgestellt und die elektive Intubation wird vermieden, beziehungsweise wird bei offenem Vorgehen eine Narkose erst eingeleitet, wenn der Patient komplett gewaschen und abgedeckt ist.(12) Die EVAR in Lokalanästhesie ist jener in Allgemeinnarkose vorzuziehen.(4) Ein Zentralvenöser Zugang wird dann mit Beginn der Operation gelegt, wobei eine arterielle Leitung bereits vorher etabliert werden kann, wenn dies die chirurgische Therapie nicht hinauszögert.

Da die Erlangung der Blutungskontrolle an der proximalen Aorta unabhängig davon ob endovaskulär oder offen vorgegangen wird ein so entscheidender Schritt der Operation ist, ist die Möglichkeit zur Ballonblockade der Aorta (Abbildung 2) eine nützliche Technik im Repertoire des behandelnden Chirurgen.(1) Der Ballon wird hier in der Regel von femoral eingebracht und mit einer Schleuse gestützt. Es wurde auch beschrieben, dass über die unterstützende Schleuse der Ballon selbst nach Freisetzung eines EVAR Hauptkörpers über die kontralaterale Arteria femoralis communis sicher entfernt werden kann.(13) Die offene Operation erfolgt nach Erlangung der Blutungskontrolle (welche bei großem retroperitonealem Hämatom durchaus erschwert sein kann) in den meisten Fällen wie im elektiven Setting. Eine suprarenal oder supratruncal gesetzte Klemme wird so bald wie möglich nach infrarenal versetzt. Beim endovaskulären Vorgehen kann ein Aorto-uniiliakales (AUI) Device helfen, die Ruptur schneller auszuschalten, aber ein femoro-femoraler Bypass wird dann notwendig um die Durchblutung beider unterer Extremitäten zu erhalten. Generell wird eher eine anatomische Rekonstruktion mittels endovaskulärer Bifurkationsprothese vorgezogen. Ungeachtet der angewandten operativen Technik ist an das mögliche postoperative Auftreten eines abdominellen Kompartmentsyndroms zu denken (Abbildung 3). Patienten mit sehr hohem Operationsrisiko müssen manchmal palliativ behandelt werden – besonders für hämodynamisch instabile Patienten mit vorangegangener Reanimation ist die postoperative Sterblichkeit als sehr hoch einzustufen (diese wurde bereits mit an 100 % grenzend beschrieben).(1)

Abb. 3: Bild nach medianer Laparotomie auf Grund eines abdominellen Kompartmentsyndroms.

rAAA Versorgung in spezialisierten Zentren

Die Ergebnisse nach EVAR für rAAA sind besser, wenn die Eingriffe in Zentren mit hohem Fallaufkommen durchgeführt werden.(14) Bei OR scheinen sowohl das Volumen oder Fallaufkommen der einzelnen Chirurgen als auch jene der Einrichtung einen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse zu haben.(15) Die endovaskuläre Versorgung des rAAA basiert auf die Implantation geeigneter Stentprothesen, welche im Notfall sofort verfügbar sein und ein breites Spektrum an anatomischen Gegebenheiten abdecken müssen um die notfallmäßige Versorgung überhaupt technisch möglich zu machen.

Zusammenfassung

Das rAAA ist ein lebensbedrohlicher Zustand und ein chirurgischer Notfall. Die Behandlung des rAAA kann offen oder endovaskulär erfolgen, wobei bessere Ergebnisse durch ein etabliertes Behandlungskonzept mit einem Algorithmus der präoperativen Maßnahmen und des Operationsverlaufes, und durch die Behandlung in Zentren mit hohem Fallaufkommen – offen chirurgisch und endovaskulär – erzielt werden. □

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. univ. Dr. scient. med. Fadi Taher
Klinik Ottakring
Abteilung für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie
Montleartsraße 37, Pavillon 30B
A-1160 Wien
E-Mail: fadi.taher@gesundheitsverbund.at

LITERATURVERZEICHNIS

1. Wanhainen A., et al. (2019): Eur J Vasc Endovasc Surg 57(1):8-93
2. Sandiford P., et. al. (2011): Br J Surg 98(5):645-51
3. Vetrhus M., et al. (2018): World J Surg 42:2269-2276
4. Improve Trial Investigators (2014): BMJ 348:f7661
5. Brewster D., et al. (2003): J Vasc Surg 37:1106-1117
6. Schermerhorn M., et al. (2006): Mastery of vascular and endovascular surgery 71-78
7. Azhar B., et al. (2014): J Endovasc Ther 21(4):568-75
8. Harris L., et al. (1991): J Vasc Surg 14:812–818
9. Chaikof E., et al. (2018): J Vasc Surg 67:1-77
10. Improve Trial Investigators (2017): BMJ 359:j4859
11. Owens T., et al. (1995): J Trauma 39:200-209
12. Starnes B., et al. (2010): JVS 51:9-18
13. Malina M., et al. (2005): J Endovasc Ther 12(5):556-559
14. Lesperance K., et al. (2008): J Vasc Surg 47:1165-1170
15. Meltzer A., et al. (2017): J Vasc Surg 66:728-734

Mitteilung

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ernannte Prof. Dr. Albert Tuchmann zu ihrem Ehrenmitglied. Die ÖGCH und der BÖC gratulieren herzlichst!

Mitteilung

Herr Univ.-Prof. Dr. Dr. Michael Rasse, früher Direktor der Univ.-Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Innsbruck, Prof. für Maxillofacial Surgery an der 1. Russischen Universität, Moskau wurde am Deutschen Chirurgenkongress 2021 zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ernannt. Die ÖGCH und der BÖC gratulieren herzlichst!

Berufsverband Österreichischer Chirurgen

BÖC Akademie

13. November 2021

10. Forum Niedergelassener Chirurgen

Congress Casino Baden

PROGRAMM

08.00 – 10.00 Proktologie in der täglichen Praxis
(Diagnostik / Therapieoptionen)
Vorsitz: Dr. Karl Wollein

08.00 – 08.45 Prof. Andreas SALAT
08.45 – 09.00 Diskussion

09.00 – 09.45 Prof. Ingrid HAUNOLD
09.45 – 10.00 Diskussion

10.00 – 10.30 Kaffeepause

10.30 – 11.45 Update Coloskopie
Vorsitz: Dr. Karl Wollein

10.30 – 11.15 Prof. Michael HÄFNER
11.15 – 11.45 Diskussion

11.45 – 12.45 Standespolitik / Aktuelles aus der Kammer
Vorsitz: Dr. Karl Wollein

11.45 – 12.15 TBC
12.15 – 12.45 Diskussion

in Kooperation mit:

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

www.boec.at

How I do it – **Karpaltunnelsyndrom**

Autor: H.B. Kitzinger

Das Karpaltunnelsyndrom (CTS), die Kompression des N. medianus auf Höhe des Handgelenks, ist mit einer Prävalenz von fast 15% das häufigste Kompressionssyndrom eines peripheren Nervens und gehört dadurch zu den Routineeingriffen eines handchirurgisch tätigen Arztes.

Diagnostik

Die Kardinalsymptome, schmerzhaftes Einschlafen der Hände insbesondere in der Nacht und Gefühlsstörungen an den N. medianus innervierten Fingern, eine eventuell schon bestehende Atrophie der Thenarmuskulatur sowie klinische Tests (Hoffmann-Tinel Zeichen und Phalen-Test) sind für mich Grundlage der klinischen Diagnose. Die früher routinemäßig durchgeführte elektroneurographische Untersuchung zeigt mit 13% falsch-negativen Testergebnissen eine hohe Fehlerquote und wird von mir zugunsten der hochauflösenden Neurosonographie mit einem linearen Schallkopf nur noch in Ausnahmefällen veranlasst.[1] Die Ultraschalluntersuchung führe ich selbst durch, wodurch ich zusätzlich zur Diagnosebestätigung auch wertvolle Informationen zu anatomischen Besonderheiten, wie etwa einen N. medianus bifidus oder einen extraanatomischen Verlauf des motorischen Thenarastes, erhalte.

Operative Behandlung

Indikationen für die Operation sind therapieresistente nächtliche Schmerzen/Parästhesien mit Schlafstörungen und/oder persistierende Sensibilitätsstörungen. Ich operiere auch Patientinnen und Patienten in hohem Alter und bereits deutlich vorhandener Muskelatrophie der Thenarmuskulatur, da auch sie von der Rückbildung der Schmerzsymptomatik und Verbesserung des Feingefühls profitieren, während die Muskelatrophie meist nicht mehr reversibel ist.

Anästhesie

Die Karpaldachspaltung kann grundsätzlich in örtlicher Betäubung (mit oder ohne Sedierung), intravenöser Regional-, Armplexus- oder Allgemeinanästhesie durchgeführt werden. Ich verwende routinemäßig die „Wide Awake Approach"-Technik (= WALANT: **W**ide **A**wake, **L**ocal **A**nesthesia, **N**o **T**ourniquet), als relativ junge Alternative zu den klassischen Anästhesieverfahren.[2] Hierbei wird dem Lokalanästhetikum hochverdünntes Epinephrin (1:100.000) beigemischt. Die Infiltration wird noch vor der Hautdesinfektion und sterilen Abdeckung des Unterarms durchgeführt, so dass sich bereits nach ca. zehn Minuten eine sehr gute, lokal begrenzte Vasokonstriktion im Operationsgebiet entwickelt. Dies ermöglicht mir den Verzicht auf eine Blutsperre bzw. Blutleere, welches insbesondere für den nicht sedierten Patienten eine deutliche Schmerzreduktion bedeutet. Während meines Studiums hatte ich noch gelernt, dass die Verwendung von Adrenalin an den Akren, also auch an der Hand und den Fingern, aufgrund einer möglichen Ischämie und Nekrosebildung obsolet ist. Eine prospektive Multicenterstudie aus dem Jahr 2005 an 3110 Händen bzw. Fingern unter dem Einsatz eines Lokalanästhetikums mit Adrenalin zeigte jedoch in keinem einzigen Fall einen ischämisch bedingten Gewebeverlust.[3] Auch ich wende dieses Betäubungsverfahren nun seit über fünf Jahren täglich in meiner Ordination an, in noch keinem Fall kam es zu einer intraoperativ problematischen Blutungssituation bzw. zu einer relevanten Ischämie der Hand.

Operationstechnik

Die Dekompression des Karpalkanals durch eine vollständige Spaltung des Retinaculum flexorums kann über die klassisch offene, die minimalinvasive oder die endoskopische Technik erreicht werden. In der Hand eines erfahrenen Chirurgen sind heute alle Verfahren gleich sicher, lediglich der postoperative Wundschmerz zeigt sich in der minimalinvasiven und endoskopisch durchgeführten Operation signifikant geringer.[4] Ich verwende den minimalinvasiven Zugang, da man keine apparative Infrastruktur benötigt und der Zugang nur unwesentlich länger als der endoskopische ist, ich dafür aber einen direkten Sichtkontakt zum Nerven habe. Die Operation wird unter Verwendung einer Lupenbrille mit LED-Lichtaufsatz durchgeführt.

Die rund 1 cm bis 1,5 cm lange Inzision erfolgt in der proximalen Hohlhand und ulnarseitig der Interthenarfurche, um eine spätere Narbenbildung direkt ventral des N. medianus zu vermeiden. Die Durchtrennung des subcutanen Fettgewebes erfolgt scharf, anschließend wird die Palmaraponeurose längs gespalten und der distale Rand des Retinaculum flexorums dargestellt. Dieses wird nun unter Sicht mit dem Skalpell von distal nach proximal vollständig gespalten. Zusätzlich wird die distale beugeseitige Unterarmfaszie mit der offenen Metzenbaum-Scherenbranche geschlitzt, so dass der N. medianus langstreckig frei zu liegen kommt. Häufige Ursache für anhaltende Beschwerden nach einer Operation ist die linienförmige Abschnürung des N. medianus an der distalen Kante einer nicht gespaltenen Unterarmfaszie im Übergang zum gespaltenen Retinaculum. Sollte, z. B. im Rahmen einer rheumatischen Grunderkrankung, eine Hypertrophie bzw. Synovitis des Sehnengleitgewebes bestehen, kann nun eine partielle Beugesehnensynovialektomie durchgeführt werden. Zu keinem Zeitpunkt der Operation wir der Nerv berührt – hier gilt die „no-touch" Doktrin. Die früher durchgeführte interfaszikuläre Neurolyse gilt aufgrund des traumatisierenden Vorgangs mit folgender Fibrosierung zwischen den Faszikelstrukturen sowie einer Reduktion der nervalen Durchblutung als obsolet.[5] Ebenso sollte eine Epineurotomie des Nervens unterlassen werden, da weder in Bezug auf die postinterventionelle Expansion des komprimierten Nervens noch auf das klinische Outcome im Vergleich zur alleinigen Dekompression Vorteile bestehen.[6] Sollte die Klinik bzw. ein neurosonographischer Befund Hinweis auf eine zusätzliche Kompression des Ramus thenaris geben, so ist eine Darstellung und mikrochirurgische Neurolyse des motorischen Astes gerechtfertigt. Im Rah-

men einer routinemäßig durchgeführten Karpaldachspaltung stelle ich den motorischen Ast jedoch nicht mehr dar.[7] Nach einer abschließenden visuellen Kontrolle erfolgt der Hautverschluss mit einem 5/0 nicht resorbierbaren, monofilen Faden.

Verband

Der angelegte Verband sollte grundsätzlich nur bis proximal der Metacarpophalangealgelenke reichen und diese und die Finger bzw. den Daumen vollständig frei lassen, um eine sofortige Mobilisierung ohne Einschränkung zu gewährleisten. Dies unterstützt das physiologische Gleitverhalten des Nervens und ist die beste Prophylaxe einer postoperativen Narbenadhäsion. Es gibt eine hohe Evidenz dafür, auf eine postoperative Schienung des Handgelenks zu verzichten. Auch wenn Überlegungen zur Vorbeugung eines Bowstringings der Beugesehnen oder einer Wunddehiszenz theoretisch für eine Ruhigstellung sprächen, konnten hochwertige Studien keinen Vorteil im Vergleich zum alleinigen Verband belegen, insbesondere auch nicht für den Parameter postoperativer Wundschmerz. Vielmehr gibt es einen Hinweis darauf, dass Patienten ohne Ruhigstellung rascher die Tätigkeiten des Alltags bewältigen können bzw. rascher an ihren Arbeitsplatz zurückkehren.[8] □

KORRESPONDENZADRESSE

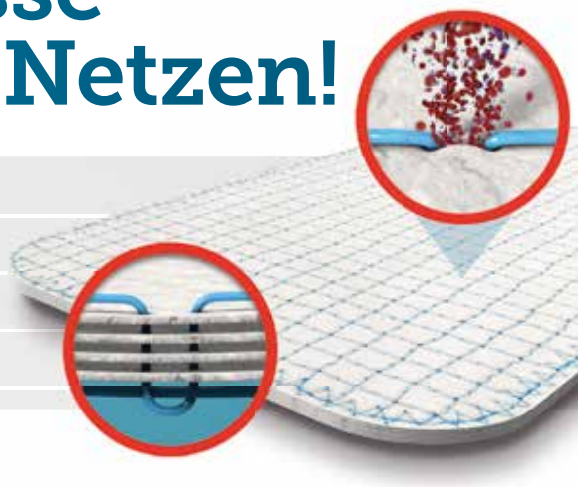
Priv.-Doz. Dr. Hugo Benito Kitzinger
Ordination für Handchirurgie
Laudongasse 25/11
1080 Wien
E-Mail: office@handordination.at

LITERATUR

1. Concannon MJ et al.: The predictive value of electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome. Plast Reconstr Surg 1997;100:1452-8
2. Lalonde D. et al.: Epinephrine in local anesthesia in finger and hand surgery: the case for wide-awake anesthesia. J Am Acad Orthop Surg 2013;21(8):443-7
3. Lalonde D. et al.: A multicenter prospective study of 3,110 consecutive cases of elective epinephrine use in the fingers and hand: the Dalhousie Project clinical phase. J Hand Surg Am 2005; 30(5):1061-7
4. Zuo D et al.: Endoscopic versus open carpal tunnel release for idiopathic carpal tunnel syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Orthop Surg Res 2015;10:12
5. Scholten RJ et al.: Surgical treatment options for carpal tunnel syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD003905
6. Borisch N et al.: Neurophysiological recovery after open carpal tunnel decompression: comparison of simple decompression and decompression with epineurotomy. J Hand Surg Br 2003;28:450-4
7. Leitlinie: Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms. AWMF Online, 2012. Abrufbar unter http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/005-003.html
8. Graham B et al.: The American Academy of Orthopaedic Surgeons Evidence-Based Clinical Practice Guideline on: Management of Carpal Tunnel Syndrome. J Bone Joint Surg Am 2016;98:1750-4

TELA BIO SURGICAL RECONSTRUCTION COMPANY

Die neue Klasse von Hernien-Netzen!



+ Höchste Biokompatibilität
+ Schnelle Geweberegeneration
+ Optimale Biomechanik
+ Dauerhaft

Die innovative OviTex-Matrix

vereint die Stärken von biologischen und synthetischen Materialien. Durch diese intelligente Zusammensetzung eignet sich die **OviTex-Matrix** insbesondere für komplexe Hernien-OPs.

Aktualisierte BRAVO*-Studienergebnisse

Die Analyse der ersten Patienten, die eine Nachbeobachtungszeit von 2 Jahren erreichten, zeigte:

+ **Keine Materialausfälle, die eine Nachoperation erfordern**
+ **Keine Explantationen**
+ **Keine ventralen Hernienrezidive**

*BRAVO: BioScaffold-Rekonstruktion von Bauchwand- und ventralen Herniendefekten mit offener oder laparoskopischer Reparatur.

PEROmed®
Ihr Partner für Medizintechnik.

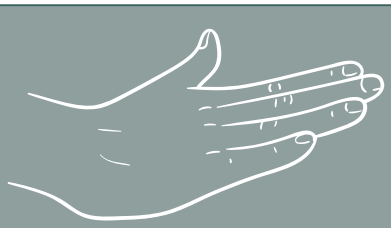
Jetzt Produktpräsentation anfordern!

+43 316 **20 71 71**
office@**peromed**.at
www.**peromed**.at

Weitere Produktinfos:

Wir beraten Sie **persönlich** und in ganz Österreich!

Wir l(i)eben den Service!



How I do it –
Die minimalinvasive Technik der offenen Karpaldachspaltung

Autor: G. Wechselberger

An unserer Abteilung werden jährlich ca. 300 Karpaltunneloperationen durchgeführt.

Die **Diagnosestellung** erfolgt durch ein ausführliches Erheben der Krankengeschichte, sowie einer detaillierten klinischen Untersuchung der Hand mit Handstatus und Fotodokumentation. Bei entsprechenden Verdachtsmomenten wird eine **Neurosonographie** zur Beurteilung des N. medianus durchgeführt. Es kann dabei die Querschnittsfläche des N. medianus bestimmt werden und etwaige Veränderungen im Karpaltunnel, wie Ganglien, eine Tendovaginitis der Beugesehnen oder Nervenscheidentumore festgestellt werden.

Zur Diagnosesicherung wird immer durch einen Neurologen eine Nervenleitgeschwindigkeitsmessung durchgeführt. Dadurch können auch weiter proximal gelegene Kompressionssyndrome des N. medianus ausgeschlossen werden.

Abb. 1: Intraoperativer Situs nach offener Karpaldachspaltung

Die Behandlung erfolgt bei kurz bestehenden und leichten Beschwerden konservativ. Das Verändern der Belastung der Hand und insbesondere das Vermeiden von sich wiederholenden Bewegungen kann das Anschwellen der Sehnenscheiden im Karpaltunnel und damit die Bedrängung des Nervens hintanhalten. Das Tragen einer Nachtlagerungsschiene kann eine deutliche Besserung der Symptome bewirken und die charakteristischen nächtlichen Schmerzen verhindern. Des weiteren können entzündungshemmende und abschwellende Medikamente helfen die Sehnenscheidenentzündung im Karpaltunnel zu behandeln. Wenn trotz dieser Maßnahmen die Symptome eine Karpaltunnelsyndroms fortbestehen oder es zu einer Verschlechterung kommt besteht die Indikation zur operativen Therapie.

Die **operative Dekompression** des N. medianus erfolgt als tagesklinischer Eingriff in Lokalanästhesie im Sinne eine Leitungsanästhesie des N. medianus proximal der Rascetta und lokalen Infiltration im Bereich des Hautschnittes mit Xylanaest 1% mit Epinephrin und Oberarmblutsperre. Rezidiveingriffe erfolgen in Allgeneinnarkose oder Plexusanästhesie. Im Rahmen der Operation wird über einen ca. 3,5 cm langen Hautschnitt zwischen Thenar und Hypothenar eingegangen und die Palmaraponeurose und das Ligamentum carpi transversum mit der angrenzenden Unterarmfaszie gespalten. Die Spaltung der Unterarmfaszie erfolgt subkutan mit der Schere. Es erfolgt nun die Inspektion des N. medianus und die Darstellung des Muskelastes zum Thenar und Fotodokumentation des Lokalsitus (Abbildung 1). Beim Vorliegen eine Tendovaginitis wird zusätzlich eine Tenosynovektomie durchgeführt.

Nach der Eröffnung der Blutsperre erfolgt eine exakte Blutstillung mittels bipolarer Diathermie und Einlage einer Niedervakuum Wunddrainage , welche distal durch die Wunde ausgeleitet wird.

Die Haut wird mit Ethilon 4/0 Einzelnähten verschlossen und ein Handverband mit Tupfer, Watte und Gekalast Mullbinde angelegt. Vor der Entlassung wird die Drainage unter Belassung des Verbandes gezogen. Weitere Verbandswechsel finden nach einer Woche beim Hausarzt und am 12. bis 14. postoperativen Tag an unserer plastisch-chirurgischen Ambulanz mit Fadenentfernung statt. 3 Monate nach der Operation erfolgt eine erneute Beurteilung durch den Operateur oder den niedergelassenen Neurologen zur Kontrolle des Therapieergebnisses.

Zusammenfassung

Die offene Karpaldachspaltung stellt in unseren Händen eine sehr sichere Methode mit guten Ergebnissen dar und wird bei Ersteingriffen tagesklinisch in Lokalanästhesie durchgeführt.

Durch den kurzen Hautschnitt (Abbildung 1) kann unsere Technik als minimalinvasiv angesehen werden mit dem Vorteil der besseren Einsehbarkeit des N. medianus und Möglichkeit der chirurgischen Intervention im Karpaltunnel im Vergleich zu endoskopischen geschlossenen Techniken. Im Bedarfsfall kann zusätzlich eine Neurolyse des N. medianus, eine Tenosynovektomie der Beugesehnen , die Entfernung eines Ganglions, Weichteiltumors oder Nerventumors erfolgen. □

KORRESPONDENZADRESSE

© VOGL-PERSPEKTIVE.AT - Mike Vogl

Prim. Assoc.-Prof. Dr. Gottfried Wechselberger, MSc
Spezialisierung in Handchirurgie
Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Lehrkrankenhaus der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
Kajetanerplatz 1, A-5020 Salzburg
E-Mail: gottfried.wechselberger@bbsalz.at

Im Portrait

Dr. Elisabeth Jauk, Medizinische Universität Graz

Dr. Elisabeth Jauk,
Medizinische Universität Graz

Warum haben Sie sich für das Fach Chirurgie entschieden?

Die Chirurgie ist für mich das Fach, von dem ich glaube, dass es mich tagtäglich auf das Neue begeistern wird. Diese Faszination ist der Antrieb und die Grundlage meiner Motivation. Daneben schätze ich auch die Unmittelbarkeit der Therapiemöglichkeiten - von der Diagnose bis zur Therapie dauert es oft nur wenige Stunden.

Welche chirurgische Persönlichkeit hat Sie beeinflusst?

Auf meinem Weg habe ich einige Chirurginnen und Chirurgen kennen gelernt, die sich durch großes Können, Leidenschaft aber auch große Menschlichkeit ausgezeichnet haben. Diese Begegnungen sind für mich inspirierend und lehrreich.

Was zeichnet eine gute Chirurgin/einen guten Chirurgen aus?

Eine stetige Reflexion in Bezug auf die eigenen Leistungen, Empathie und Respekt sowie die Bereitschaft sich fachlich up to date zu halten.

Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?

Problemlos. Ich bin in der glücklichen Lage in einem Umfeld zu leben, wo es großes Verständnis für meinen Beruf gibt.

Was braucht die Chirurgie der Zukunft?

Bereitschaft zum Teamwork (Fairplay); Menschen die sich zur Lehre bekennen, nicht nur im Wort sondern auch in der Tat.

Ihr Lebensmotto?

Der größte Feind des Fortschritts ist nicht der Irrtum, sondern die Trägheit

Impressum

CHIRURGIE
Das offizielle Organ der Österreichischen Chirurgischen Vereinigungen

HERAUSGEBER
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

CHEFREDAKTEUR
Prim. Univ.-Doz. Dr. Sebastian Roka

STV. CHEFREDAKTEUR
Univ.-Prof. Dr. Albert Tuchmann

REDAKTION
BÖC Geschäftsstelle:
Bettina Pugl

REDAKTIONSANSCHRIFT UND ANZEIGENWERBUNG
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
Zeitschrift „Chirurgie“
Berufsverband Österreichischer Chirurgen
c/o WMA: Wiener Medizinische Akademie
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 37
Fax: +43-(0)1-407 82 74
E-Mail: sekretariat@boec.at
URL: http://www.boec.at

REDAKTIONSTEAM
Dr. Michael de Cillia
KH der Barmherzigen Brüder Salzburg

Priv. Doz. Dr. Georg Györi
Medizinische Universität Wien

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

Dr. Elisabeth Gschwandtner
Medizinische Universität Graz

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

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

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

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

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

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

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

OA Dr. Karl-Franz Wollein
Evangelisches Krankenhaus Wien

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

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

GRAFIK
kreativ · Mag. Evelyne Sacher-Toporek
Bennogasse 26/11
1080 Wien
Tel: +43 (1) 416 52 27
E-Mail:
office@kreativ-sacher.at
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 und Weltkarte S. 14,
© istockphoto.com

Gedruckt nach der Richtlinie des Österreichischen Umweltzeichens „Druckerzeugnisse“

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

www.aco-asso.at

37. JAHRESTAGUNG DER ACO-ASSO

& 152. Fortbildungsseminar der
Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie

8. OKTOBER 2021

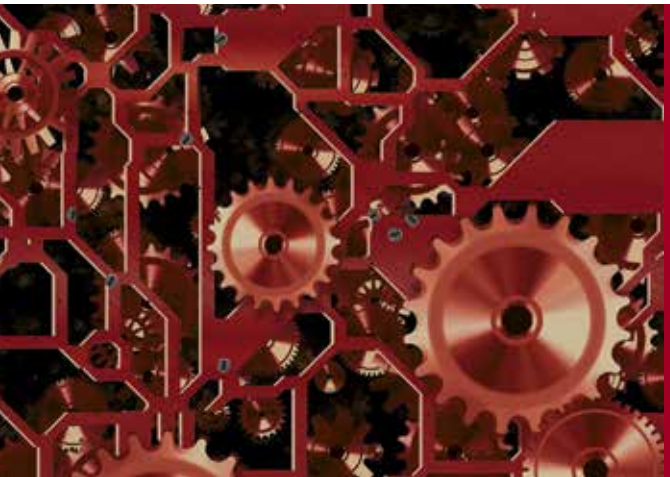
Virtueller Kongress

INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNG VON GIST UND NET

Kongresspräsidenten:
Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Alexander Perathoner
Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie
Priv.-Doz.in Dr.in Charlotte Rabl
Uniklinikum Salzburg, Universitätsklinik für Chirurgie

Kongresssekretäre:
Dr. Andreas Lorenz
Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie
Dr. Michael Weitzendorfer
Uniklinikum Salzburg, Universitätsklinik für Chirurgie

Im Rahmen des Diplomfortbildungsprogramms der Österreichischen Ärztekammer wird entsprechend Programmumfang um DFP-Punkte angesucht.



Veranstalter:
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

Kongressorganisation & Sponsoring:
Linda Partl Congressorganisation
Hintere Gasse 2, A-6175 Kematen
T: +43 (0)650 2002103
F: +43 (0)512 504 22602
E: aco-asso@congressorganisation.at
www.congressorganisation.at

Einladung zur **Vollversammlung**

der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ÖGCH und ihren assoziierten Fachgesellschaften

Montag, 14.06.2021, 15:00 – ca. 17:00 Uhr
Videokonferenz

Wir bitten um Anmeldung unter **chirurgie@oegch.at** damit wir Ihnen den Link zum Einstieg in die Videokonferenz übermitteln können.

Tagesordnung

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

1. Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Bericht des Präsidenten – *K. Emmanuel*
3. Bericht des Generalsekretärs – *A. Tuchmann*
4. Bericht des Kassenverwalters – *H. Mächler*
5. Abnahme der Jahresrechnung und Entlastung des Vorstandes
6. Bericht des Vorsitzenden der Fortbildungsakademie – *D. Öfner-Velano*
7. Bericht des Vorsitzenden des Aktionskomitees – *H.J. Mischinger*
8. Bericht des Schriftleiters der „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca“ – *M. Riegler*
9. Bericht Qualitätssicherung – *S. Roka*
10. Wahlen zum Vorstand 2021/22
11. Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
12. Aufnahme neuer Mitglieder
13. Vorschau ÖCK2022 – *H. Hauser*
14. Statutenänderung: Student*innen Mitgliedschaft – *A. Tuchmann*
15. Allfälliges

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

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

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

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

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

Zur Teilnahme an Abstimmungen ist der Nachweis der Mitgliedschaft erforderlich (Mitgliedschaftsbestätigung = Beitragsvorschreibung 2021)

WIR BITTEN UM ZAHLREICHE TEILNAHME!

Univ.-Prof. Dr. A. Tuchmann, e.h.
Generalsekretär ÖGCH

Univ.-Prof. Dr. K. Emmanuel, e.h.
Präsident ÖGCH

Ein Ausbildungsmodell am LKH Villach – Die YSA fragen nach!

Autoren: M. de Cillia, Salzburg, R. Van De Haar, Villach

YSA: Lieber Remondus, danke, dass du dir die Zeit nimmst, um uns einen kurzen Einblick in das Ausbildungsmodell am LKH Villach zu geben.

Beginnen möchten wir mit der Frage: Was hat sich für euch AssistentInnen und Assistenten im Ausbildungskonzept geändert als Herr Prim. Dr. Jenic die Abteilungsleitung übernommen hat?

R. Van De Haar: Als Herr Prim. Dr. Jenic die Abteilungsleitung übernommen hat, wurde auch sofort begonnen, sein strukturiertes Ausbildungskonzept zu implementieren, das einerseits die theoretische Wissensvermittlung und anderseits die praktische Umsetzung optimieren soll. Verschiedene Aspekte haben hierzu beigetragen.

YSA: Würdest du uns Schritt für Schritt durch die wesentlichen Eckpfeiler des Ausbildungsmodells führen?

R. Van De Haar: Zuerst erhielt die Ausbildung in der Chirurgie mit der Einführung eines **Logbuchs** und der einhergehenden Dokumentation des Leistungsfortschrittes eine optimale Strukturierung und gleichzeitig eine vollkommene Transparenz der zu vermittelnden Ausbildungsinhalte. Dies entspricht dem Kern seiner Ausbildungsstrategie, wobei einerseits der Fahrplan für die praktische Ausbildung festgelegt ist, andererseits auch die erforderlichen externen und internen Fortbildungen. Die Fortschritte von den AusbildungsassistentInnen werden quartalsmäßig vom ausbildungsverantwortlichen Oberarzt kontrolliert.

Zweitens wurde ein **Mentorensystem** eingeführt wobei jeder Ausbildungsassistent (Mentee) operativ von den meist erfahrenen Oberärzten in dem Bereich (Mentoren) selektiv ausgebildet wird. Die Mentorenrolle wird als „Priveliging“ bezeichnet und in Form einer Tabelle vom Abteilungsvorstand anhand der individuellen Kenntnisse der Chirurginnen und Chirurgen laufend erneuert. Dies führt zu einer Standardisierung und Optimierung der Operationstechnik.

Weiters wird engagierten MitarbeiterInnen die Möglichkeit für Spezialisierungen geboten. **Kooperationsmöglichkeiten** werden dafür im Verbund der KABEG sowie mit kooperierenden Universitätskliniken bereit gehalten.

Eine kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität im gesamten Team ist das Ziel. Alle der oben genannten Punkte ermöglichen eine strukturierte und transparente Ausbildung, wobei sowohl Ausbildender als auch Auszubildende wissen, welche Ziele zu erreichen sind.

YSA: Mit Prim. Dr. Gerhard Jenic hat sich also sozusagen über Nacht die komplette Ausbildungsstruktur umgestellt. Was war euer erster Eindruck des neuen Konzeptes und wie reagierten eure Aubildungsfach- und oberärztInnen darauf?

R. Van De Haar: Die gebotene Struktur und Transparenz wurde sofort von allen gut aufgefasst. Letztendlich ist nur dadurch eine Qualitätssicherung der Ausbildung möglich. Für die Ausbildungsassistenten

wird durch diese Transparenz auch die Möglichkeit geboten die Vorgesetzten an die Ausbildungsinhalte zu erinnern.

YSA: War das Arbeitszeitgesetz jemals Thema, als dass es Zweifel daran gab in 48h zur Chirurgin/zum Chirurgen ausgebildet zu werden?

R. Van De Haar: Das Arbeitszeitgesetz ist selbstverständlich ein Thema, wenn es um die Ausbildung zum chirurgischen Facharzt geht. ,,Learning by doing" ist der ‚keystone' in der chirurgischen Ausbildung. Mit einem strukturierten Ausbildungsplan, sowie ihn Prim. Dr. Jenic gestalten hat, ist, unserer Meinung nach, eine qualitativ hochwertige Ausbildung sehr wohl gut möglich.

YSA: Ist mit diesem Ausbildungskonzept eine komplette Ausbildung zur/zum Allgemein- und Viszeralchirurgin/chirurgen möglich?

R. Van De Haar: Natürlich hängt die Umsetzung dieses Ausbildungskonzeptes damit zusammen, welche Leistungsspektren in einer Ausbildungsstätte angeboten werden können. Im LKH Villach kann ein Ausbildungsassistent aber sehr gut zum Allgemein- und Viszeralchirurgin/Chirurgen ausgebildet werden, womit so ein Ausbildungskonzept mit eindeutiger Strukturierung und Transparenz nur Vorteile bringt.

YSA: Gibt es neben den Eckpunkten des Ausbildungsmodells auch noch Rahmenveranstaltungen innerhalb des Klinikalltages die der Ausbildung gewidmet sind? Beziehungsweise wie ist allgemein der Stellenwert und Förderung von Fort- und Weiterbildung?

R. Van De Haar: Zur Qualitätserhöhung wurden regelmäßige M&M-Konferenzen eingeführt, welche interprofessionell abgehalten und anhand von standardisierten Checklisten abgearbeitet werden. Diese „golden hour" der Weiterbildung ermöglicht Transparenz (offene Fehlerkultur) und ist ein wichtiger Baustein für Fort- und Weiterbildungen („aus eigenen Fehlern lernen").

Außerdem sind auch externe Fortbildungen verpflichtend gestellt worden, wobei es zum einen unserem Abteilungsvorstand als auch der KABEG ein großes Anliegen ist, dass Fortbildungen besucht werden. Zum anderen sind außerdem gute Möglichkeiten mittels Dienstfreistellungen und einem Kostenersatz vorhanden.

Um den Wissenstransfer zu gewährleisten, muss das Gelernte anhand von Kurzvorträgen dem Team präsentiert werden. Dies erfolgt im Rahmen der 14-tägigen abteilungsinternen Vorträge mit anschließender Diskussion. In diesem regelmäßigen Fortbildungszyklus werden, mittels Minijournal-clubs, wissenschaftliche Vorträge abgehalten. Diese werden offiziell bei der Ärztekammer angemeldet und mit Fortbildungspunkten akkreditiert, um den Wissenstransfer und die Präsentationstechnik weiter zu fördern.

YSA: Wie hat die Corona Pandemie die Ausbildungsstruktur am LKH Villach beeinflusst und wie habt ihr darauf reagiert?

R. Van De Haar: Prim. Dr. Jenic war es sehr wichtig, die neu gestaltete Ausbildungsstruktur so gut als möglich bei zu behalten. Bei deutlich reduziertem Patientenfluss ist die Aufrechterhaltung der Ausbildungsfortschritte eine große Herausforderung. Mit stornierten Kongressen und Weiterbildungen ist auch der Wissenstransfer unter Druck gekommen. Dennoch wurden Online- Fortbildungen gefördert und AusbildungsassistentInnen wurden gemäß ihrem Ausbildungsstand und den gegebenen Möglichkeiten in chirurgische Eingriffe miteinbezogen. Zusätzlich wird zurzeit ein Skills-Lab eingerichtet, wo chirurgische Fähigkeiten unter Anleitung geübt werden können. Hier hoffen wir noch auf die Unterstützung seitens der Industrie.

YSA: Die Young Surgeons Austria haben mit der ***www.rotationsboerse.at*** eine Plattform geschaffen, auf der junge ChirurgInnen miteinander in Kontakt treten können und einen Ausbildungsaustausch (Rotation) durchführen können.

Auch wenn am LKH Villach eine komplette Ausbildung zum Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie möglich ist, wärst du prinzipiell interessiert daran in deiner Ausbildung einmal zu rotieren?

R. Van De Haar: Unter Voraussetzung eines vergleichbaren Ausbildungskonzepts wie Prim. Dr. Jenic gestalten hat mit eben jenem transparenten Ausbildungsklima, ist so eine Rotationsbörse absolut zu unterstützen.

YSA: Wir danken dir für deine interessanten und offenen Antworten. Eine sehr spannende Schilderung des Ausbildungsmodells am LKH Villach mit vielen neuen Ideen und einem tollen Konzept. Die YSA wünschen dir und deinen jungen KollegInnen weiterhin viel Erfolg in eurer chirurgischen Ausbildung!

Gut Schnitt !

KORRESPONDENZADRESSEN

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

Dr. Remondus Van De Haar
Assistenzarzt am LKH Villach
Abteilung für Allgemein und Gefäßchirurgie
Nikolaigasse 43
9500 Villach
E-Mail: Remondus.VandeHaar@kabeg.at

20. Österreichischer **Chirurgentag**

153. Fortbildungsseminar der Fortbildungsakademie der ÖGCH

P R O G R A M M

Donnerstag, 11. November 2021

10.00 – 12.00 SITZUNG 1 – Möglichkeiten und Grenzen der minimal-invasiven Chirurgie

10.00 – 10.20 Verbreitung der MIC in Österreich
10.20 – 10.40 Schadet eine Konversion? - Der richtige Zeitpunkt zum Umstieg
10.40 – 11.00 Anastomosentechniken in der MIC: oberer GI-Trakt
11.00 – 11.20 Anastomosentechniken in der MIC: unterer GI-Trakt
11.20 – 11.40 Simulatortraining in der MIC – von der Box zum Roboter
11.40 – 12.00 Wieviel Robotics braucht das Land?
12.00 – 13.00 Mittagspause

13.00 – 15.00 SITZUNG 2 – Fast Track Chirurgie

13.00 – 13.20 Präoperative Patientenoptimierung (Prähabilitation)
13.20 – 13.40 Präoperatives Carboloading und Immunonutrition
13.40 – 14.00 Tagesklinische Chirurgie in Österreich: Möglichkeiten und Grenzen
14.00 – 14.20 Einfluss der Darmvorbereitung und Mikrobiom auf Anastomosenkomplikationen
14.20 – 14.40 Fast-Track bei hochstandardisierten Eingriffen – Was können wir von der bariatrischen Chirurgie lernen?
14.40 – 15.00 Was können Anästhesisten im Fast-Track-Konzept beitragen?
15.00 – 15.30 Kaffeepause

15.30 – 17.30 SITZUNG 3 – Die abdominelle Sepsis

15.30 – 15.50 Management der akuten Cholezystitis
15.50 – 16.10 Akute Pankreatitis – noch eine chirurgische Erkrankung?
16.10 – 16.30 Alternativen zur Diskontinuitätsresektion in der Peritonitis
16.30 – 16.50 Management enteroatmosphärischer Fisteln
16.50 – 17.10 Der Bauchdeckenverschluss nach offener Abdominalbehandlung – optimale Technik, optimaler Zeitpunkt
17.10 – 17.30 Interventionelle und minimalinvasive Maßnahmen bei abdomineller Sepsis

17.30 – 20.00 Networking Event

gemeinsam mit:

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgie (ÖGCH)

13. November 2021
10. Forum Niedergelassener Chirurgen

www.boec.at

11. und 12. November 2021

Congress Casino Baden

Berufsverband Österreichischer Chirurgen

P R O G R A M M

Freitag, 12. November 2021

08.00 – 09.00 Generalversammlung

09.00 – 10.40 SITZUNG 4 – Standards in der chirurgischen Onkologie

09.00 – 09.20 Timing der Chirurgie nach neoadjuvanter Therapie: Rektumkarzinom
09.20 – 09.40 Timing der Chirurgie nach neoadjuvanter Therapie: kolorektale Lebermetastasen
09.40 – 10.00 Tumorboards: Wie gut sind unsere Entscheidungen?
10.00 – 10.20 Die korrekte onkologische Resektion: Magen (Video)
10.20 – 10.40 Die korrekte onkologische Resektion: CME (Video)
10.40 – 11.10 Kaffeepause

11.10 – 12.30 SITZUNG 5 – Alltägliches in der Chirurgie

11.10 – 11.30 Arbeitsgesetz und chirurgische Ausbildung – Wunsch trifft Realität
11.30 – 11.50 COVID –„lessons learned" für den chirurgischen Alltag
11.50 – 12.10 Traut man sich noch eine Appendizitis klinisch zu diagnostizieren? – Defensivmedizin am Vormarsch?
12.10 – 12.30 Ganz einfach(e) Proktologie?
12.30 – 13.45 Mittagspause

13.45 – 15.25 SITZUNG 6 – Fokus Lebensqualität

13.45 – 14.05 Chronisch rezidivierende Divertikulitis: Lebensqualität unter konservativer und nach chirurgischer Therapie
14.05 – 14.25 Chirurgie als palliative Maßnahme
14.25 – 14.45 Lebensqualität nach tiefer Rektumresektion
14.45 – 15.05 Lebensqualität bei Kurzdarmsyndrom
15.05 – 15.25 Lebensqualität nach multiviszeralen Eingriffen
15.25 – 15.55 Kaffeepause

15.55 – 17.55 SITZUNG 7 – Komplikationsvermeidung und Komplikationsmanagement

15.55 – 16.15 Voraussetzungen der sicheren Anastomose
16.15 – 16.35 TBC
16.35 – 16.55 Moderne Hämostyptika
16.55 – 17.15 Interdisziplinäres Komplikationsmanagement: oberer GI-Trakt
17.15 – 17.35 Interdisziplinäres Komplikationsmanagement: HPB
17.35 – 17.55 Interdisziplinäres Komplikationsmanagement: unterer GI-Trakt

BÖC Akademie

Digital Transformation

What's next?

ÖCK 2021

62. Österreichischer Chirurgenkongress

08. – 11. Juni 2021

Salzburg Congress

Kongresspräsident:
Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel

Kongress-Sekretäre:
Priv.-Doz. Dr. Oliver Koch, FEBS
FA Dr. Michael Weitzendorfer, PhD
Ass. Dr. Michael Grechenig
Ass. Dr. Ricarda Gruber

www.chirurgenkongress.at

Kongressbüro:
Wiener Medizinische Akademie GmbH
Bianca Theuer, BA, +43 1 405 13 83 12
chirurgenkongress@wma.co.at

BÖC Akademie Webinare

Donnerstag 18:00–19:00

© shutterstock

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Wir freuen uns sehr, über die steigende Beliebtheit unserer BÖC Akademie Webinar-Fortbildungsreihe und haben für die kommenden Wochen und Monate wieder ein interessantes und vielfältiges Webinarprogramm für Sie zusammengestellt.

Seit 18. Juni 2020 haben wir 23 Webinare mit State of the Art-Vorträgen zu ausgewählten chirurgischen Themen abgehalten. Mehr als 2200 TeilnehmerInnen haben online die Vorträge verfolgt und so auch unmittelbar DFP Punkte auf ihr Konto gebucht bekommen.

Wir hoffen Sie auch in Zukunft am Donnerstagabend begrüßen zu dürfen und präsentieren Ihnen hier das Programm für die nächsten Wochen. Wir bedanken uns für Ihr zahlreiches Feedback nach den Webinaren, wodurch auch Sie die Themen wesentlich mitgestaltet haben.

Sollten Sie einmal ein Webinar, das für Sie von besonderem Interesse ist, verpassen, können Sie es problemlos nach Registrierung zu einem späteren Zeitpunkt auf unserer www.boec.at online streamen. Dieser Service ist kostenlos.

Thema	Termin	Vortragende(r)
Aortenaneurysma – Teil 2	24.06.2021	Priv. Doz. Dr. Jürgen Falkensammer, Klinik Ottakring
Stoma: Indikation, Anlage, Verschlusstechnik	08.07.2021	OA Dr. Martina Lemmerer, MBA, FEBS, Universitätsklinik für Chirurgie Graz
Dialysis Access – What's Hot, what's new	22.07.2021	Prim. Priv. Doz. Herwig Pokorny, Franziskusspital Wien
Sommerpause	August 2021	Assoc. Prof. PD Dr. G. Sengölge, PD Dr. G. Györi, Medizinische Universität Wien e
Proktitis Behandlung – kausal und symptomatisch	07.09.2021	Univ. Prof. Dr. Andreas Salat, Medizinische Universität Wien

Für laufende Informationen folgen Sie uns auf Twitter unter @boecakademie. Wir bieten weiterhin die Webinare kostenlos an, selbstverständlich können sich auch Nicht-BÖC-Mitglieder registrieren. Details zur Registrierung und das jeweils aktuelle Programm entnehmen Sie bitte unserer Website www.boec.at.

Hochachtungsvoll

Georg Györi
Leiter BÖC Akademie

ÖGCH-Veranstaltungen & assoziierte Fachgesellschaften/ Arbeitsgemeinschaften der ÖGCH

11. bis 12. November 2021 (neuer Termin!)
20. Österreichischer Chirurgentag

13. November 2021
10. Forum Niedergelassener Chirurgen
Ort: Baden, Congress Center
Kongresspräsident: Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka
Tel: +43 1 4051383 18
E-Mail: chirurgentag@boec.at
Info: www.boec.at

07. bis 09. Oktober 2021
37. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)
Thema: Chirurgische Behandlung von GIST, NET und Sarkom
Ort: virtuell
Info: www.aco-asso.at

07. bis 09. Oktober 2021
57. ÖGU & 2. ÖGOuT Jahrestagung
Thema: Minimalinvasive Unfallchirugie & Orthopädie
Ort: Salzburg, hybrid
Info: www.unfallchirurgen.at

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

22. bis 26. Juni 2021
EASL
Ort : virtuell
Info : www.easl.eu

23. bis 27. Juni 2021
22. Frühjahrstagung der I.S.D.S./ österr. Sektion
Ort : Pörtschach
Info : www.isds.at/tagung.php

24. bis 26. Juni 2021
21st Meeting of the European Venous Forum
Ort : virtuell
Info : www.europeanvenousforum.org

21. bis 23. Juli 2021
98. Jahrestagung der Vereinigung Bayerischer Chirurgen
Ort : virtuell
Info : www.vbc2021.de

27. bis 28. August 2021
Gastro Tage 2021 am Rhein
Ort : Köln
Info : www.gastrotage-am-rhein.de

30. August bis 03. September 2021
International Surgical Week – 49th World Congress of the International Society of Surgery (ISS/SIC)
Ort : virtuell
Info : www.isw2021.org

01. bis 04. September 2021
London Breast Meeting 2021
Ort : London
Info : www.londonbreastmeeting.com

9. bis 10. September 2021
4th Swiss Hernia Days
Ort : Basel
Info : www.swissherniadays.com

09. bis 11. September 2021
Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Senologie
Ort : St. Wolfgang, hybrid
Info : www.senologie.at

9. bis 11. September 2021
54. Jahrestagung der ÖGGH
Ort : Linz
Info : www.oeggh.at

15. bis 17. September 2020
39. AGA Kongress
Ort : Hamburg
Info : aga-kongress.info

11. bis 16. September 2021
38th International Gastrointestinal Surgery Workshop Ort: Davos Info:
Ort : Davos
Info : www.davoscourse.ch

15. bis 18. September 2021
Viszeralmedizin 2021
Ort : Leipzig
Info : www.viszeralmedizin.com

23. bis 25. September 2021
28. Kongress der Österreichischen Schmerzgesellschaft
Ort : Villach
Info : www.oesg-kongress.at/web/

28. September 2021
TOETVA
Ort : Wien
Info : www.toetva.at

30. September bis 01. Oktober 2021
108. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Ort : Böblingen
Info : www.der-mittelrheiner.de

07. bis 08. Oktober 2021
Schilddrüsen Kongress 2021
Ort : München
Info : www.schilddruesenkongress.net

07. bis 09. Oktober 2021
29. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DGT)
Ort : Stuttgart
Info : www.dtg2021.de

13. bis 15. Oktober 2021
Eurospine 2021
Ort : Gothenborg
Info : www.eurospine.org

24. bis 28. Oktober 2021
106th Clinical Congress of the American College of Surgeons (ACS)
Ort : Washington
Info : www.facs.org

26. bis 29. Oktober 2021
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
Ort : Berlin
Info : www.dkou.org

25. bis 27. November 2021
endo-update 2021
Ort : Augsburg
Info : www.endoupdate.de

28. November bis 02. Dezember 2021
15. European Colorectal Congress
Ort : St. Gallen
Info : www.colorectalsurgery.eu/

01. bis 03. Dezember 2021
33rd Annual Meeting of the European Musculo-Skeletal Oncology Society
Ort : Graz
Info : www.emsos2021.org

09. bis 11. Dezember 2021
Salzburger Hernientage
Ort : Salzburg
Info : www.hernien.at

13. bis 15. Jänner 2022
26. Forum Wirbelsäulenchirurgie
Ort : St. Anton
Info : www.forum-wirbelsaeulenchirurgie.de

10. bis 12. Februar 2022
15. Endoprothetikkongress Berlin
Ort : Berlin
Info : www.endokongress.de

10. bis 12. Februar 2022
24. Internationales Endoskopie Symposium
Ort : Düsseldorf
Info : www.endo-duesseldorf.com

21. bis 23. April 2022
61. DAH Symposium
Ort : Bozen
Info : www.dah.at/symposium-2022/

19. bis 21. Mai 2022
51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren e.V.
Ort : Potsdam
Info : www.dge-bv.de

Gerne kündigen wir auch Ihre chirurgische **Fortbildung in unserem Terminkalender an!**

Um unser Veranstaltungsprogramm so aktuell und vielfältig wie möglich zu gestalten, freuen wir uns über Ihre Veranstaltungshinweise.

Senden Sie diese bitte an **sekretariat@boec.at** und geben Sie uns dazu folgende Daten bekannt:

- Titel der Veranstaltung
- Art der Veranstaltung (z.B. Kongress, Workshop, Konferenz)
- Durchführungsart (z.B. Präsenzveranstaltung, Hybridkongress, Virtuelle Veranstaltung)
- Ort der Veranstaltung (falls Präsenzveranstaltung)
- Datum
- Link der Veranstaltungswebsite

Wir freuen uns auf Ihre Veranstaltungen!

Hinweis: Das Redaktionsteam behält sich das Recht vor, Veranstaltungen ohne Angabe von Gründen nicht anzukündigen.

Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)

Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel: +43-(0)1-405 13 83 - 37, Fax: +43-(0)1-407 82 74
E-Mail: sekretariat@boec.at, URL: www.boec.at

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

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH)

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

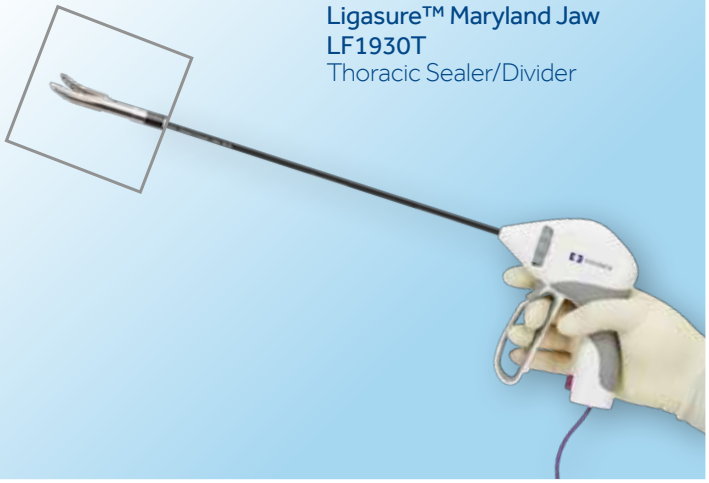
Vorstand 2020/21		
Präsident	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Past President	F. Längle, Wr. Neustadt	friedrich.laengle@wienerneustadt.lknoe.at
President Elect	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Generalsekretär	A. Tuchmann, Wien	info@tuchmann.at
Kongresssekretäre	O. Koch, Salzburg M. Weitzendorfer, Salzburg	o.koch@salk.at m.weitzendorfer@salk.at
1. Kassenverwalter	H. Mächler, Graz	heinrich.maechler@medunigraz.at
2. Kassenverwalter	H. Hauser, Graz	hubert.hauser@kages.at
Vorsitz Aktionskomitee	H. J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vorsitz Fortbildungsakademie	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at
Schriftleiter „European Surgery/Acta Chirurgica Austriaca	M. Riegler, Wien	martin.riegler@refluxordination.at
Vertreter Berufsverband Österreichischer Chirurgen (BÖC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Bundesfachgruppenobmann Chirurgie der Österr. Ärztekammer	G. Wolf, Graz	gerhard.wolf@medunigraz.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Wien	G. Laufer, Wien	guenther.laufer@meduniwien.ac.at
Vertreter Professorenkurie der chirurgischen Universitätskliniken des Departments für Operative Medizin, Med. Universität Innsbruck	G. Pierer, Innsbruck	gerhard.pierer@tirol-kliniken.at
Vertreter Professorenkurie der Universitätsklinik für Chirurgie, Med. Universität Graz	H.-J. Mischinger, Graz	hans.mischinger@medunigraz.at
Vertreter der chirurgischen Abteilungsleiter von Zentralkrankenhäusern für Maximalversorgung sowie weiterer (Privat)Universitäten	K. Emmanuel, Salzburg	k.emmanuel@salk.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Schwerpunktkrankenhäusern für Zentralversorgung	R. Függer, Linz	reinhold.fuegger@elisabethinen.or.at
Vertreter der chirurgischen Primarii von Standardkrankenhäusern für Grundversorgung	J. Tschmelitsch, St. Veit	joerg.tschmelitsch@bbstveit.at
Vertreterin des Mittelbaus des Fachbereiches Chirurgie der österreichischen Universitätskliniken	D. Kniepeiss, Graz	daniela.kniepeiss@medunigraz.at
Vertreter des Mittelbaus von chirurgischen Krankenhausabteilungen	Z. Sow, Wien	zacaria.sow@gesundheitsverbund.at
Vertreter der in Ausbildung stehenden Ärzte im Fachbereich Chirurgie	S. Czipin, Innsbruck	sascha.czipin@i-med.ac.at
Young Surgeons Austria	M. de Cillia	michael.de-cillia@youngsurgeons-austria.at

Delegierte der assoziierten Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften 2020/21		
ARGE für Chirurgische Endokrinologie (ACE)	P. Riss, Wien	philipp.riss@meduniwien.ac.at
ARGE für Coloproctologie (ACP)	F. Aigner, Graz	felix.aigner@bbgraz.at
ARGE für Endoskopie in der Chirurgie (AEC)	C. Profanter, Innsbruck	christoph.profanter@i-med.ac.at
ARGE für Hernienchirurgie (AHC)	R. Schrittwieser, Bruck/Mur	rudolf.schrittwieser@kages.at
ARGE für Osteosynthesefragen (AO Trauma Austria)	F. Kralinger, Wien	franz.kralinger@gesundheitsverbund.at
ARGE für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC)	S. Roka, Wien	sebastian.roka@oegk.at
Ges. der Chirurgen in Wien	C. Scheuba, Wien	christian.scheuba@meduniwien.ac.at
Ges. für Implantologie und gewebeIntegrierte Prothetik (GIGIP)	C. Schaudy, Wien	christian@schaudy.com
I.S.D.S.(Int.Society for Digestive Surgery)/österr. Sektion	I. Haunold, Wien	ingrid.haunold@bhs.at
Österr. Ges. f. Adipositaschirurgie	S. Kriwanek, Wien	stephan.kriwanek@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Forschung	R. Oberhuber, Innsbruck	rupert.oberhuber@i-med.ac.at
Österr. Ges. f. Chirurgische Onkologie (ACO-ASSO)	S. Schoppmann, Wien	sebastian.schoppmann@meduniwien.ac.at
Österr. Ges. f. Gefäßchirurgie (ÖGG)	F. Schmöller, Amstetten	friedrich.schmoeller@amstetten.lkoe.at
Österr. Ges. f. Handchirurgie (ÖGH)	M. Gabl, Innsbruck	markus.gabl@tirol-kliniken.at
Österr. Ges. f. Minimal Invasive Chirurgie (AMIC)	R. Mittermair, Klagenfurt	reinhard.mittermair@kabeg.at
Österr. Ges. f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (ÖGMKG)	W. Millesi, Wien	werner.millesi@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendchirurgie	J. Schalamon, Graz	johannes.schalamon@medunigraz.at
Österr. Ges. f. Medizinische Videographie	M. Hermann, Wien	michael.hermann@gesundheitsverbund.at
Österr. Ges. f. Neurochirurgie (ÖGNC)	P. Winkler, Salzburg	p.winkler@salk.at
Österr. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	A. Leithner, Graz	andreas.leithner@medunigraz.at
Österreichische Ges. f. Orthopädie und Traumatologie (ÖGOuT)	T. Neubauer, Horn	thomas.neubauer@horn.lknoe.at
Österr. Ges. f. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	B. Zink, Klagenfurt	praxis@drzink.at
Österr. Ges. f. Roboterchirurgie	L. Kirchner, Wien	elisabeth.kirchner@bbwien.at
Österr. Ges. f. Thoraxchirurgie	E. Stubenberger, Krems	elisabeth.stubenberger@krems.lknoe.at
Österr. Ges. f. Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	R. Seitelberger, Salzburg	r.seitelberger@salk.at
Österreichische Ges.f.Unfallchirurgie (ÖGU)	T. Neubauer, Horn	thomas.neubauer@horn.lknoe.at
Österr. Ges. f. Wirbelsäulenchirurgie	H. Hiertz, Bad Vigaun	helmut.hiertz@badvigaun.com
Vertreter der Senatoren	F. Smolle-Jüttner, Graz R. Roka, Wien	freyja.smolle@medunigraz.at rudolf.roka@speed.at
Governor der österreich.-ungarischen Sektion des American College of Surgeons (ACS)	M. Gnant, Wien	mgnant@icloud.com

Kooptierte Vorstandsmitglieder		
UEMS	W. Feil, Wien	dr.wolfgang.feil@gmail.com
Facharztprüfung Vorsitzender der fachspezifischen Prüfungskommission	D. Öfner-Velano, Innsbruck	dietmar.oefner@i-med.ac.at

Vertreter der Industrie		
Branchensprecher Industrie	G. Juffinger, Wien	gjuffinger@its.jnj.com
Johnson & Johnson Medical Products GmbH	M. Obermayr, Wien	mobermay@its.jnj.com
Medtronic Österreich GmbH	W. Deutschmann, Wien	wolfgang.deutschmann@medtronic.com

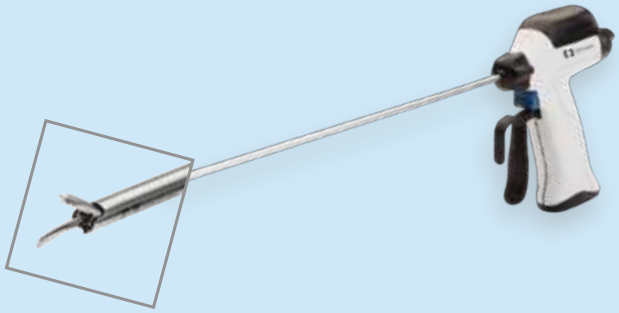
SURGICAL SOLUTIONS EVOLVED



Ligasure™ Maryland Jaw
LF1930T
Thoracic Sealer/Divider

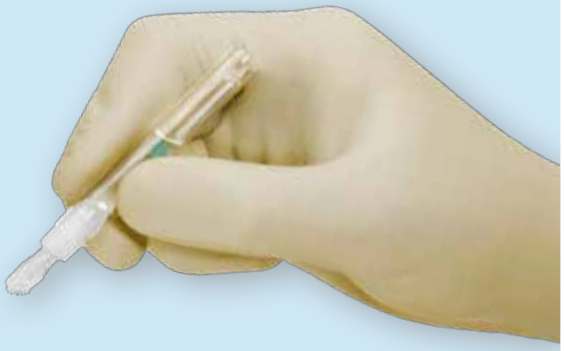
Tri-Staple™ Technology
now on the EEA™ Circular Stapler

VersaOne™
Fascial Closure System



Sonicision™ Curved Jaw
Cordless Ultrasonic Dissection System

INDERMIL™* Flexifuze™*
Topical Tissue Adhesive



Dextile™
Anatomical Mesh

© 2020 Medtronic. Medtronic, Medtronic logo with and without tagline and ™-marked brands are trademarks of a Medtronic company. ™* Third party brands are trademarks of their respective owners. All Rights Reserved. AT 07/2020

Medtronic
Further, Together