

# european surgery

ACA Acta Chirurgica Austriaca

---

56. Jahrgang 2024 · Supplement 1

Eur Surg (2024) 56 (Suppl 1):S3–S115  
<https://doi.org/10.1007/s10353-024-00831-4>  
Online publiziert: 16 May 2024  
© Springer-Verlag GmbH Austria, part of Springer  
Nature 2024

## Abstracts

### 65th Annual Meeting of the Austrian Society of Surgery

Salzburg, June 5–7, 2024

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH) und die ihr assoziierten Fachgesellschaften  
Präsident: Univ.-Prof. Dr. Stephan Kriwanek

## Contents

|  |     |   |      |
|--|-----|---|------|
| 02. Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie.....  | S3  | 32. ÖGR: Entwicklung der robotischen Chirurgie zu den komplexeren Operationen.....                | S46  |
| 03. Österreichische Gesellschaft für Thoraxchirurgie ....  | S3  | 34. Chirurgische Forschung.....   | S49  |
| 04. Young Surgeons Forum 1: Ausbildung.....  | S5  | 35. ÖGKJCH 3: Mangement von komplexen Krankheitsfällen.....                                       | S52  |
| 06. Medizinische Videografie .....   | S8  | 37. Young Surgeons Forum: Transplantation .....   | S58  |
| 08. AEC: Interventionelle Endoskopie.....  | S8  | 40. ACO ASSO: Faktoren, die das Langzeitüberleben nach onkologischer Resektion beeinflussen ..... | S61  |
| 10. ACP 1: Komplikationsmanagement in der Koloproktologie .....  | S14 | 43. Adipositas- und metabolische Chirurgie I .....  | S66  |
| 12. Gefäßchirurgie.....  | S17 | 44. ACE 1 .....   | S68  |
| 13. ACP 2: My worst case.....  | S19 | 46. ACO ASSO: Rapid Fire: Neues aus der onkologischen Chirurgie.....                              | S72  |
| 15. Young Surgeons Forum: Onkologie .....  | S21 | 47. ÖGMKG .....   | S78  |
| 17. Hernienchirurgie 1: Chirurgie und Management.....  | S26 | 49. Hot Topic .....   | S78  |
| 19. ÖGCH goes International 1.....   | S29 | 50. Adipositas- und metabolische Chirurgie II .....   | S79  |
| 20. ÖGKJCH 1: Aktuelle Strategien in der kinderchirurgischen Spitzenmedizin.....   | S29 | P1. Postersession 1 .....   | S82  |
| 22. I. S. D. S. CED/M Crohn: Chirurgische, medikamentöse und radiologische Aspekte, besseres Management durch ein CED Board? ..... | S32 | P2. Postersession 2 .....   | S91  |
| 25. Hernienchirurgie 2: Techniken und Fallberichte.....  | S32 | P3. Postersession 3 .....   | S96  |
| 28. ÖGKJCH 2: Interdisziplinäre Kooperationen in Grenzbereichen der KJCH .....   | S36 | P4. Postersession 4 .....   | S98  |
| 29. AMIC 2: Ausbildung und New Gimmicks.....   | S39 | P5. Postersession 5 .....   | S105 |
| 30. Young Surgeons Forum: Leber .....  | S40 | Autorenverzeichnis .....  | S109 |

### Kongresspräsident:

Univ.-Prof. Dr. Stephan Kriwanek

### Kongressorganisation:

on:concept e.u Kongressmanagement

Mag. Birgit Kamolz, ZWT II, Stiftingtalstraße 14, 8010 Graz

### Homepage:

<http://www.chirurgenkongress.at>

auch eine beginnende Spezialisierung möglich ist. Die ersten Schritte dafür werden bereits während der Zeit als Assistenzarzt gesetzt, die Vertiefung erfolgt als junger Facharzt.

**Methoden:** Im Fokus stehen die Bedingungen für eine gute allgemeinchirurgische Ausbildung sowie spezialisierte Ausbildung, u. a. in „chirurgischen Nischen“ (z. B. endokrine Chirurgie, Mammachirurgie etc.), die bereits während der Zeit als Assistenzarzt stattfinden soll. Im Kepleruniversitätsklinikum Linz versuchen wir ein eigenes Konzept umzusetzen – dieses soll erläutert werden.

**Ergebnisse:** Eine gleichzeitig stattfindende spezialisierte sowie allgemeinchirurgische Ausbildung, die mit einer Dienstfähigkeit einhergeht, ist unter gewissen Voraussetzungen möglich. Faktoren wie eingeschränkte OP-Kapazitäten, Personalmangel, geregelte Arbeitszeiten sowie zwischenmenschliche Konflikte im Team stellen sowohl den Abteilungsleiter/Ausbildungsleiter als auch den auszubildenden Assistenzarzt vor große Herausforderungen.

**Schlussfolgerungen:** Unter enger Absprache und Zusammenarbeit zwischen dem Auszubildenden und der chirurgischen Leitung ist nach genauer Planung eine beginnende Spezialisierung möglich. Voraussetzung ist ein klares Konzept mit Zuteilung und Zielvereinbarungen.

### P3.4. Bewertung von Donornephrektomie-Videos auf der weltweit bekannten Online-Plattform „YouTube“ für die chirurgische Ausbildung

El-Mahrouk M<sup>1</sup>, Jaradat D<sup>1</sup>, Sucher R<sup>1</sup>, Margreiter C<sup>1</sup>, Lederer A<sup>1</sup>, Stiegler P<sup>1</sup>, Geisler AA<sup>1</sup>, Hau HM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LKH-Univ. Klinikum Graz, Graz, Österreich

**Ziel:** Die chirurgische Ausbildung hat einen bedeutenden Wandel in den letzten Jahren erfahren. Insbesondere die COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 hat die Integration von verschiedenen E-Learning Möglichkeiten vorangetrieben. Die weltweit zunehmende Prävalenz von terminaler chronischer Niereninsuffizienz hat die Nachfrage von Nierentransplantationen, die als wirksamste Behandlung für dieses Patientenkollektiv gelten, erhöht. Die Lebendspende ist eine adäquate Lösung, um die langen Wartezeiten für ein Spenderorgan zu überbrücken. Aufgrund der Tatsache, dass die Spendernephrektomie eine äußerst altruistische Handlung ist, spielt die Sicherheit des Spenders für den behandelnden Chirurgen den höchsten Vorrang. Online-Videoressourcen wie „YouTube“ bieten die Möglichkeit, den Ablauf von Spendernephrektomien sicher und adäquat zu studieren. Das Ziel dieser Studie ist die Untersuchung und Bewertung dieser Videos auf Qualität und Vollständigkeit für chirurgische Ausbildungszwecke.

**Methoden:** Am 24. Oktober 2023 wurden auf YouTube die Suchanfragen „laparoscopic live donor nephrectomy“ und „robotic live donor nephrectomy“ eingegeben, welche insgesamt 123 Videos ergaben. Nach dem Ausschluss von 60 Videos aus Gründen wie nicht-englischer Inhalt, Werbung, Animation, Fokus auf andere Verfahren oder Patientenerfahrungen blieben 63 Videos für die Auswertung übrig, welche von zwei erfahrenen Chirurgen überprüft wurden. Die Popularität wurde mit dem Video Power Index (VPI) bewertet. Die Zuverlässigkeit und Qualität wurde mit dem LAP-VEGas Video Assessment Tool und den Benchmark-Kriterien des Journal of American Medical Association (JAMA) gemessen. Darüber hinaus wurde eine Checkliste (Live Donor Nephrectomy Scoring System - LDNSS) entwickelt, um die Vollständigkeit und den pädagogischen Wert

der Verfahrensschritte bei der Nephrektomie von Lebendspendern zu bewerten.

**Ergebnisse:** Von den 63 durchgeführten Spendernephrektomien und den analysierten Videos wurden 45 (71,4 %) laparoskopisch und 18 (28,6 %) robotisch durchgeführt. In der Mehrzahl (81 %) der gezeigten Videos wurde die linke Niere des Spenders entfernt, während 12,7 % rechte Spendernephrektomien zeigten. Die Arten der Quellen waren wie folgt: 23,58 % private, 27,64 % akademische und 48,78 % sonstige Quellen. Die Durchschnittswerte der VPI-, JAMA- und LAP-VEGas-Werte sowie der LDNSS-Wert aller Videos betragen in dieser Reihenfolge 6,3; 2,08; 9,79 und 9,68. Unsere Analysen ergaben einige signifikante Ergebnisse bezüglich der verschiedenen Scores. Videos mit höheren Clicks (LDNSS  $p=0.002$ , LAP-VEGas  $p=0.008$ ) und Likes (LDNSS  $p=0.004$ , LAP-VEGas  $p=0.043$ ), welche dadurch einen erhöhten VPI (LDNSS  $p=0.001$ , LAP-VEGas  $p=0.046$ ) erzielten, wiesen einen signifikant verbesserten LDNSS und LAP-VEGas-Wert auf. Kommentierte Videos schnitten in allen drei Scores signifikant besser ab (JAMA  $p<0.001$ , LDNSS  $p=0.13$ , LAP-VEGas  $p<0.001$ ). Des Weiteren zeigten Videos in HD-Qualität (JAMA  $p=0.05$ , LAP-VEGas  $p=0.043$ ) und solche mit akademischem Hintergrund (JAMA und LAP-VEGas  $p<0.001$ ) einen signifikant verbesserten JAMA- und LAP-VEGas-Wert.

**Schlussfolgerungen:** Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Plattform „YouTube“ eine hilfreiche und geeignete Aufklärungsmöglichkeit bietet, um sich mit dem Thema der minimal-invasiven Spendernephrektomie auseinanderzusetzen. Allerdings variierten die Qualität der Videos und teilweise zeigte sich ein erhöhter Anteil an unvollständigen Informationen. Daher ist es notwendig, dass Chirurgentrainer und chirurgische Ausbilder die Qualität der Videoinhalte kritisch analysieren und bei der Anleitung der angehenden Chirurgen Verantwortung übernehmen.

### P3.5. Features of blood coagulation indicators in surgical patients with a confirmed diagnosis of COVID-19

Andrusovych I<sup>1</sup>, Korolevska A<sup>1</sup>, Komarchuk I<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

<sup>2</sup>Karazin V. N. Kharkiv National University, **XapkiB**, Ukraine

**Aim:** Introduction. Timely and accurate assessment of the state of the hemostasis system in patients with the different severity of the course of COVID-19 is the key to the correct appointment appropriate volume of anticoagulant therapy in order to prevent complications disease. Thromboelastography is a non-invasive method evaluation of the hemostasis system – not only provides data on the state of the links thrombus formation, but also the processes of fibrinolysis, a comprehensive assessment of which can contribute to the personalized selection of anticoagulant therapy. The aim of the research. Determine the relationship between the difficulty of the course and the tension of the system hemostasis in patients with different course of the COVID-19 coronavirus disease.

**Methods:** The nature of the distribution of qualitative indicators was determined using the Shapiro-Wilk test. Since the nature of the distribution of the trait was significantly different from the normal one, non-parametric statistical methods were used. Thus, qualitative variables were provided in the form of median, values of the lower and upper quartiles: Me (LQ; UQ). In the case of describing the average values of the third repeated coagulogram (treatment), the data were provided in the form of the mean and standard deviation, given the small number of

indicators and the impossibility of using non-parametric methods of descriptive statistics. Determination of the reliability of differences between 2 dependent variables was carried out using the method of Wilcoxon signed ranks. To all patients, a complex and dynamic survey was conducted according to the current ones protocols for the diagnosis and treatment of the COVID-19 coronavirus infection. Along with routine diagnostic methods, including coagulograms, thromboelastography was performed. Patients also underwent thromboelastography (Rotem Delta, Germany) in order to determine the parameters of the hemostasis system (indicators of thrombus formation and fibrinolysis): parameters of enzymatic activity (R), kinetics (K), speed of fibrin mesh formation (angle  $\alpha$ ), amplitude (A) and lysis.

**Results:** 52 patients with coronavirus were examined with the disease COVID-19: 32 (61.5%) women and 20 (38.5%) men, average age which were  $59.1 \pm 11.5$  years and  $48.7 \pm 14.3$  years, respectively. All patients also had acute surgical diagnoses: acute bleeding from the upper parts of the gastrointestinal tract 13 (25%), bleeding from hemorrhoidal nodes 13 (25%), venous thrombosis of the lower extremities 13 (25%), and acute pancreatitis 13 (25%). The mild condition was observed in 16 (30.8%) cases and moderate-severe - in 36 (69.2%). Thus, the enzymatic activity prevailed in patients with a medium-severe condition than with a mild one:  $8.1 \pm 2.9$  min, respectively. And  $7.6 \pm 1.1$  min,  $p=0.844$ . The kinetics were the same in both groups of patients: respectively  $3.3 \pm 2.1$  min. and  $3.2 \pm 1.0$  min ( $p=0.263$ ). The formation speed of fibrin mesh was slightly ( $p=0.182$ ) higher in patients with medium with a heavy course than with a light one:  $53.3 \pm 12.6^\circ$  and  $51.2 \pm 5.9^\circ$ , respectively; the amplitude was also higher:  $45.7 \pm 22.2$  mm and  $37.5 \pm 13.9$  mm, respectively ( $p=0.251$ ). The lysis index was the same in both groups: respectively  $71.3 \pm 26.6\%$  and  $72.6 \pm 19.7\%$  ( $p=0.943$ ).

**Conclusions:** Thromboelastography is a complex, effective, and informative tool for evaluating the parameters of the hemostasis system in patients with COVID-19. The association of parameters of thrombus formation and fibrinolysis with the severity course of the disease is an additional diagnostic mechanism for the assessment collapse system and can be a necessary tool for personalized selection and volume of anticoagulant therapy for patients with COVID-19. Thromboelastography for mild severity, COVID-19 did not provide reliably informative changes, while for moderate and severe it provided more conclusive information.

## P4. Postersession 4

### P4.1. Fadendrainage bei Katzenbissen – eine neue therapeutische Möglichkeit

Henne DT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>KKH OHZ, Osterholz-Scharmbeck, Deutschland

**Ziel:** Ca 35.000 Menschen werden jedes Jahr in Deutschland von Tieren gebissen. 80 % der Patienten benötigen keine medizinische Behandlung. Aber speziell Katzenbisse sind ein therapeutisches Problem, denn der klinische Verlauf ist auf Grund multipler Variabler (microbiologische Besiedlung des Katzenmauls, immunbiologischer Status des Patienten) nicht prognostizierbar [1,2]. 50 % der Katzenbisse sind infiziert. Die aktuellen Empfehlungen reichen vom watchfull waiting bis zur chirurgischen Revision in jedem Fall.

**Methoden:** Hier wird die Fadendrainage als neue therapeutische Option vorgestellt. Dabei wird bei klinisch bestehendem Infekt durch die Bisswunde ein nicht resorbierbarer monofiler Faden in das Subcutangewebe geführt und ca 1–2 cm der Wunde ausgestochen und durch einen Luftknoten fixiert, so daß sich die Bisswunde nicht definitiv schließen kann. Anschließend wird ein mit Octenidin-Phenoxyethanol getränkter Verband angelegt, die betroffene Extremität durch eine Schiene immobilisiert und Moxifloxacin rezeptiert. Der Befund wird täglich kontrolliert. Nach Abklingen des Infektes können die Fäden entfernt werden. Das Antibiotikum wird dann 2 Tage später abgesetzt und weitere 2 Tage später kann wieder gearbeitet werden.

**Ergebnisse:** Bis jetzt wurden 24 Patient/innen mit Bisswunden an Hand oder Armen gemäß dem oben genannten Procedere behandelt (Katzenbiss  $n=21$ , Hundebiß  $n=1$ , Degu (süd-amerikanischer Hamster)  $n=1$ , Ratte  $n=1$ ). Die Patient/innen kamen zwischen 6 h und 48 h post Trauma zur Behandlung (Ausnahme: transungualer Rattenbiß am Daumen nach 14 Tagen). Klinische Befunde: Schmerzen  $n=24$ , Schwellung  $n=24$ , lokaler Infekt  $n=24$ , Lymphangitis  $n=6$ , Fieber  $n=3$ . Bei 22 Patient/innen heilten die Wunden komplikationslos ab. Die Patientin, die sich nach 48 h post Biß vorgestellt hatte, mußte 24 h später operiert werden und eine Patientin entwickelte 6 Wochen später einen Abszess an dem betreffendem Finger, der operativ saniert werden mußte.

**Schlussfolgerungen:** Eine definitive Beurteilung der Methode benötigt trotz der initial positiven Ergebnisse größere Patientenzahlen. Eine entsprechende Studie zu initiieren dürfte sich aber als schwierig erweisen.

## Referenzen

1. Rothe K, Tsokos M, Handrick W. Tier- und Menschenbißverletzungen. Dtsch Arztebl. 2015;112:545–53.
2. Stegmüller J, Neubrech F, Sauerbier M. Tierbisse an der Hand. CHAZ. 2019;20:246–50.

### P4.2. Treatment of congenital ovarian cysts during neonatal period

Chaikivska E<sup>1,2</sup>, Pereyaslov A<sup>3</sup>, Malovanyy B<sup>4</sup>, Stenyk R<sup>4</sup>, Hyzha L<sup>1,2</sup>, Sodoma O<sup>4</sup>

<sup>1</sup>L'viv national medical university, L'viv, Ukraine

<sup>2</sup>L'viv regional children's clinical hospital „OXMATDYT“, L'viv, Ukraine

<sup>3</sup>L'viv National Medical University, L'viv, Ukraine

<sup>4</sup>Clinical Centre of Pediatric Medicine „OXMATDYT“, L'viv, Ukraine

**Aim:** Ovarian cysts are the most common intra-abdominal cystic formation that prenatally revealed in female fetuses. The incidence of this pathology is 1 in 1000–2500 live born. However, the indications and method of surgery in newborns with prenatally diagnosed ovarian cysts remain under discussion. The aim of the study was summarized own experience in the treatment of newborns with congenital ovarian cysts.

**Methods:** Among 57 fetuses with prenatal US diagnosis of ovarian cyst, 16 newborns that were operated in our clinic at 2010–2023 years. For the diagnose confirming, the US was applied in all newborns after birth. The open surgery was applied in 9 (56.25%) patients and laparoscopic - in 7 (43.75%) patients.

**Results:** The urgent hospitalization, immediately after birth, required 9 (56.25%) newborns, 4 (25%) - during of the first month of life, and 3 (18.75%) infants were hospitalized for elective sur-

## A

Abdelrahman, Amro 30.7.  
 Abete, Luca 44.  
 Adjei Antwi, Stella 15.7., 30.4., 30.7.  
 Agardan, Funda 15.3., P5.4.  
 Aiad, Monika 15.7., 30.1., 30.5., 30.6., 37.2.  
 Aigner, Carina 44.8., P2.8.  
 Alipouriani, Ali P4.3.  
 Al-Madhi, Sara P1.4.  
 Al-Najami, Issam 40.5.  
 Al-Qahom, Fuad P1.4.  
 Ammann, Markus 15.7., 30.4., 30.5.,  
 30.7., 37.1., 37.2.  
 Andrusovych, Inna P3.5.  
 Anegg, Udo 08.8., 46.10.  
 Appel, Katharina 04.2.  
 Arif, Rawa 37.7.  
 Arikan, Melisa 44.1., 44.3., 44.4., 44.9.  
 Arndt, Michael 40.2.  
 Arndt, Stephan P1.10.  
 Arneitz, Christoph 20.4., 20.8., 35.5.,  
 35.7., 35.8., 35.10.  
 Asari, Reza 08.6., P4.13.  
 Assinger, Alice 30.1., 30.3., 30.6.  
 Auer, Christian 35.4.  
 Auer-Schönbach, Thomas 25.2.  
 Augustin, Florian 03.4.  
 Augustin, Herbert 20.3.  
 Aumer, Florian 46.7., P2.1.

## B

Backhaus, Kathrin 20.1.  
 Ban, Kristen 04.6.  
 Bareck, Katharina 04.7.  
 Barek, Evelyne 04.7.  
 Baron, David 34.5.  
 Barth, Udo P1.10.  
 Bartsch, Claudia 13.5.  
 Basharkhah, Alireza 20.1.  
 Baumgartner-Parzer, Sabina 44.1.  
 Becker, Nikolaus 37.3., 37.5., 37.6.  
 Beckerhinn, Philipp 43.8., P4.12.  
 Beganovic, Mirza 10.6.  
 Behanova, Martina 40.9.  
 Belei, Oana 35.6.  
 Bellotti, Ruben 15.3., 15.8., P5.4.  
 Benkö, Thomas 28.4., 28.5.  
 Bergmann, Michael 10.1., 10.2., 10.5.,  
 34.2., 34.3., 34.4.  
 Berlakovich, Gabriela 37.3., 37.4., 37.5.,  
 37.6.  
 Bermoser, Katrin 49.1.  
 Betz, Viktoria 08.7.  
 Bichler, Christoph 50.6.  
 Biebl, Matthias 03.6., 13.5., 15.6., 17.3.,  
 25.4., 32.4., 32.5., 32.7., 44.7., 46.5.,  
 P1.17., P1.18., P2.6., P2.11., P4.6.,  
 P4.14.  
 Bileck, Andrea P2.2.  
 Binter, Teresa 44.1., 44.3., 44.9.  
 Biricz, Karin 17.5., 25.5., 43.6., 50.3., 50.5.  
 Bittermann, Clemens 44.5., 44.6.  
 Bodingbauer, Martin P2.3.

Bogner, Andreas 10.3., P2.7.  
 Bogovic, Marko 20.4., 28.7., 35.5., 35.7.  
 Bogusch, Ruth 15.2., 17.1., 17.6., 17.7.  
 Bokros, Agnes 20.3., 35.12.  
 Bologheanu, Milena 08.6.  
 Borger, Anton 04.4.  
 Boyko, Valerii P1.13., P1.14.  
 Boyko, Valeriy P4.10.  
 Braun, Katrin 28.6.  
 Braunschmid, Tamara 34.5.  
 Braunwarth, Eva 15.8., 37.1.  
 Breitegger, Bernhard P5.5.  
 Brenner, Miriam 30.6.  
 Brinkers, Michael P2.  
 Brinzeu, Andrei 35.8.  
 Brock, Thomas 40.4., 40.6.  
 Brostjan, Christine 30.6.  
 Brunner, Eberhard 29.5.  
 Brunner, Sarah 30.5.  
 Brunner, Walter 40.4.  
 Brunnthaler, Laura 30.1., 30.6.  
 Buch, Madita 20.2.  
 Buhr, Heinz 04.1.  
 Burghofer, Jonathan 15.6.

## C

Cakar, Fergül 03.1.  
 Cakar-Beck, Fergül 43.4.  
 Cardini, Benno 15.8.  
 Cerbu, Simona 35.6.  
 Chaikivska, Elina P4.2.  
 Chia, Nicholas 30.1.  
 Chihungi, Madundo 17.5.  
 Chihungi, Philipp 04.5.  
 Cleary, Sean 30.4.  
 Clemens, Patrick 40.4., 40.6.  
 Connelly, Tara 46.8.  
 Croner, Roland 40.1., 40.2., P1.3., P1.4.,  
 P1.5.  
 Cucui, Cosmina 35.6.

## D

Danhel, Lorenz 17.3., 32.7., P1.17.,  
 P1.18., P2.6., P2.11., P4.6., P4.14.  
 de Cillia, Michael 29.4., 29.5., 43.5.  
 Dengler, Tobias 10.5.  
 Dilmen, Kevin 04.4.  
 Dingfelder, Jule 37.3., 37.4., 37.5., 37.6.  
 Doleschal, Bernhard 15.6.  
 Dollinger, Christine 20.7., 35.7.  
 Dong, Yawen 15.7., 30.5., 37.1.  
 Dornauer, Isabella 15.1., 40.8.  
 Duraes, Leonardo 40.3.

## E

Eibensteiner, Fabian 20.2.  
 Eichelter, Jakob 32.6., 50.6.  
 Eid, Jarjoura 43.8.  
 Eigenbauer, Ernst 34.5.

El-Mahrouk, Mohamed 30.8., 46.1.,  
 P3.4., P5.3.  
 Elsayed, Hesham 35.12.  
 El-Shabrawi, Azab P5.3.  
 Emmanuel, Klaus 08.2., 15.1., 15.2.,  
 15.5., 17.1., 17.6., 17.7., 25.3., 30.2.,  
 32.2., 40.4., 40.6., 40.7., 40.8., 43.7.,  
 46.2., 46.4., 46.9., 46.11., 50.4., P1.8.,  
 P4.11., P5.2.  
 Ennemoser, Anna 15.6.  
 Erlinger, Nico 35.10.  
 Erozkhan, Kamil P4.3.  
 Esswein, Katharina 08.1.

## F

Faass, Maximilian P2.10.  
 Falbesoner, Nadine P5.4.  
 Faraj-Allah, Ayah P4.15.  
 Farlik, Matthias 34.2.  
 Fehrer, Hans-Jörg 17.3., 25.4.  
 Feichtinger, René 46.2.  
 Feka, Joy P4.13.  
 Felsenreich, Daniel 43.2., 50.6.  
 Fessler, Sarah P2.7.  
 Fink, Marcus 04.5., 06.2., 17.5., 32.1.,  
 32.3., 46.6.  
 Fiorentini, Guido 30.4., 30.7.  
 Fischer, Ines 32.4., 32.5., 46.5.  
 Fitzner, Theresia 46.2.  
 Flucher, Christina 28.6., P4.16.  
 Foditsch, Rudolf P4.8.  
 Fogliati, Alessandro 15.7.  
 Foidl, Patricia 03.1.  
 Fortelny, Rene 49.1.  
 Frick, Jürgen 15.4.  
 Friebe, Raoul P1.10.  
 Friehs, Elena 28.2., 28.3., 35.12.  
 Fritz, Antonia 17.3., 32.7., P1.17., P1.18.,  
 P2.6., P2.11., P4.6., P4.14.  
 Fuchs, Patricia P4.16.  
 Fuegger, Reinhold 25.4.  
 Fuesi, Ferdinand 35.12.  
 Földner, Frank 08.10.  
 Füsü, Ferdinand 28.2., 28.3.

## G

Gabor, Sabine 03.5., 10.6., 25.2., P2.4.,  
 P5.6.  
 Gail, Laura 34.3.  
 Gangl, Odo 17.3.  
 Gantschnigg, Antonia 08.2., 30.2., 40.7.,  
 46.4.  
 Ganzhiy, Iryna P1.16.  
 Garancini, Mattia 15.7.  
 Gasparella, Paolo 20.1., 20.3.  
 Gebauer, Daniel 04.5.  
 Gehwolf, Philipp 03.1., 08.3., 43.4., 50.7.,  
 P1.1.  
 Geisler, Antonia 30.8., 44.2., P3.4.  
 Gensthaler, Lisa 50.6.  
 Gerakopoulos, Vasileios 34.2.  
 Gerhold, Clemens 20.8.