



MITTENDRIN

Jahresbericht 2022/23
Zahlen, Fakten und Kommentare



WIR SIND DIE SGVC

Der Name ist Programm. Die Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC) bezweckt, die Viszeralchirurgie in Zusammenarbeit mit und innerhalb der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie zu fördern. Sie befasst sich vor allem mit gesundheitspolitischen Fragen, standespolitischen Aspekten, mit Problemen und Qualität der Weiterbildung und Fortbildung wie auch mit der Titelführung. Die Gesellschaft vertritt die Interessen der Viszeralchirurgie in Berufsorganisationen und bei Tarifverhandlungen. Sie arbeitet mit europäischen Fachgesellschaften gleicher oder ähnlicher Zielsetzung zusammen und kann solchen als Mitglied beitreten.

www.viszeralchirurgie.ch

20

Mitglieder stiessen im Geschäftsjahr 2022/23 neu zur SGVC. Willkommen im Club!

13

Ehrenmitglieder zählt die SGVC. An der Mitgliederversammlung 2022 wurde Professor Bernhard Egger in diesen illustren Kreis aufgenommen. Wir gratulieren ihm herzlich zu dieser Wahl!

462

Mitglieder umfasst die SGVC. Die Zusammensetzung sieht folgendermassen aus:

- 300 Ordentliche Mitglieder
- 79 Freimitglieder
- 13 Ehrenmitglieder
- 16 Ausserordentliche Mitglieder
- 54 Zugewandte Mitglieder

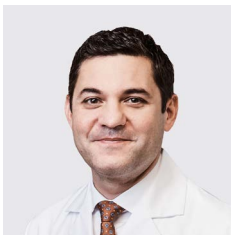
Impressum

Konzeption, Redaktion und Grafik: Antonio Nocito, Omar Gisler, Tanja Martin | Druck: Effingermedien AG, Brugg | Auflage: XXX | Redaktionsschluss: 8.8.2023

DER VORSTAND

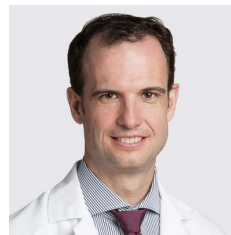
11

Mitglieder mit Stimmrecht umfasst der Vorstand der SGVC. Dazu kommen noch drei Vertreter von Interessensgruppen, die allerdings über kein Stimmrecht verfügen. Der Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:



PRÄSIDENT
Prof. Dr. Antonio Nocito

*Kongressorganisation SCS
und SGG-SGVC-SASL,
Vertreter Koloproktologie*



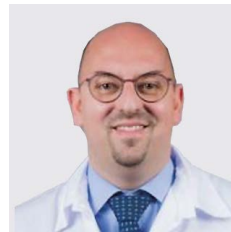
PAST-PRÄSIDENT
Prof. Dr. Guido Beldi

*Vertreter Vorstand SGC,
DRG- und Tarifverhandlungen*



VIZE-PRÄSIDENT
& SCHRIFTFÜHRER
Prof. Dr. Markus K. Müller

*Vertreter Facharzt
Prüfungskommission SGC
und Verantwortlicher
Weiterbildungsstätten*



KASSIER
Prof. Dr. Frédéric Ris

*Vertreter SPCG, Bindeglied
zur European Society of
Coloproctology ESCP*



WEITERBILDUNG
& PRÜFUNGSWESEN
Prof. Dr. Markus Weber



BEISITZER
Prof. Dr. Dieter Hahnloser

Vertreter Vorstand SCS



BEISITZERIN
PD Dr. Diana Vetter

*Kongressorganisation SCS
und SGG-SGVC-SASL,
Bedürfnisse des Nachwuchses,
Verantwortliche
Hospitationsstipendien*



BEISITZER
Dr. Diego De Lorenzi

*Vertreter SAHC, Vertreter
Facharzt Prüfungskommission SGC*



BEISITZER
Dr. Andrea Donadini

Vertreter Belegärzte



JUNIOR-MITGLIED
Dr. Fariba Abbassi



JUNIOR-MITGLIED
Dr. Valentine Luzuy-
Guarnero



VERTRETER VON
INTERESSENSGRUPPEN*
Prof. Dr. Ralph Peterli

SMOB



VERTRETER VON
INTERESSENSGRUPPEN*
Prof. Dr. Beat Schnüriger

SwissACS



VERTRETER VON
INTERESSENSGRUPPEN*
Prof. Dr. Maurice Matter

AGEC

*ohne Stimmrecht

DER VORSTAND

4

Mal hat der Vorstand seit der ordentlichen Mitgliederversammlung vom 15. September 2022 getagt. Dabei hat er u.a. folgende Traktanden behandelt:

- Beitritte Neumitglieder
- Positionierung und Klärung unserer standes-organisatorischen Beziehung zum Swiss College of Surgeons (SCS) und zur Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC)
- Bereinigung der Schwerpunkte Traumatologie und Übergangsbestimmungen Schwerpunkt Viszeralchirurgie
- Organisation der beiden Kongresse 2022 (SCS und SGG-SGVC-SASL)
- Organisation und Durchführung der Schwerpunktprüfungen
- Hospitationsstipendium 2023
- Bearbeitung Neuanträge Weiterbildungsstätten und Visitationen
- Audits einzelner Kliniken resp. Institutionen im Hinblick auf den Schwerpunkt Viszeralchirurgie im Auftrag des SIWF
- Tarife
- Social Media (Beekeeper/LinkedIn)

DIE FINANZEN

24'608

Franken betragen die Sekretariatskosten im Jahr 2022. Darin sind die Arbeiten um die Gesamtevaluation enthalten. Verantwortlich für das Sekretariat ist Britta Bräutigam von der Agentur Meister ConCept GmbH mit Sitz in Aarau. Sie nimmt jeweils als Protokollführerin an den Sitzungen des Vorstandes teil und hat sich darüber hinaus als zentrale Drehscheibe bei der Koordination der vielen Schwerpunktprüfungen bewährt. Der Vorstand dankt Britta Bräutigam und ihrer Stellvertreterin Martina Siegenthaler für die hervorragende Arbeit, die sie als Sekretärinnen leisten.

43'027

Franken beträgt der Verlust per 31.12.2022. Dennoch ist die Finanzlage der SGVC weiterhin sehr erfreulich. Der Vorstand stellt daher den Antrag, die Mitgliederbeiträge unverändert zu lassen:

- CHF 80.- für ordentliche Mitglieder
- CHF 50.- für ausserordentliche und zugewandte Mitglieder

KONZENTRATION AUFS WESENTLICHE



Heute sind die guten alten Zeiten von morgen. – Was der Münchner Komiker und Volkssänger Karl Valentin vor hundert Jahren postuliert hat, gilt heute mehr denn je, auch in der Chirurgie. Rund neunzig Prozent der über 200 Teilnehmenden an unserer Umfrage gaben an, dass sich die Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft in den letzten Jahren verschlechtert hätten. Eine Kehrtwende ist nicht in Sicht, zumal kein Ende der Regulierungsflut durch die Behörden absehbar ist. Beim Kampf gegen die Regulierung und Bürokratisierung unserer Arbeit sehen denn auch die meisten von Ihnen, so eine weitere Erkenntnis aus unserer Umfrage, den dringendsten politischen Handlungsbedarf.

Die vom Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) erhobene Forderung nach einer 42-Stunden-Woche passt in dieses Bild. Für einige medizinische Fachrichtungen mag ein solches Arbeitsmodell durchaus angebracht sein. Für angehende Chirurgen wäre eine solche zeitliche Beschränkung jedoch fatal. Denn für die Chirurgie sind Quantität und Qualität gleichermaßen bedeutend. Indikatoren wie die Infektionsrate oder die Verweildauer im Spital zeugen davon, dass sich die Qualität der Versorgung laufend verbessert hat. Getreu dem Motto «Übung macht den Meister» erlangen angehende

Chirurginnen und Chirurgen mit zunehmender Routine bzw. wachsenden Fallzahlen die notwendige Sicherheit, um solch hohe Qualitätsstandards zu erfüllen. Womit wir bei des Pudels Kern wären: Wer sich nach dem Grundstudium für die Chirurgie entscheidet, ist in der Regel überdurchschnittlich motiviert und stressresistent. Eine hohe Leistungsbereitschaft wird ebenso vorausgesetzt wie feinmotorisches Geschick. Die Arbeitszeit im OP-Saal regulieren zu wollen, ist realitätsfremd: Die Arbeit ist frühestens dann zu Ende, wenn der Eingriff erfolgreich durchgeführt und der OP-Bericht verfasst ist.

«Für angehende Chirurgen wäre eine Beschränkung der Arbeitszeit fatal.»

Solche Grundlagen lassen sich in einer 50-Stunden-Woche vermitteln. Das bedingt aber, dass sich die Assistenz- und Oberärzte auf ihr chirurgisches Kerngeschäft konzentrieren können. Dass dies heute oft nicht der Fall ist, zeigen die Beispiele aus verschiedenen Spitälern, die wir in diesem Jahresbericht zusammengetragen haben. Termine

organisieren, Datenbanken bewirtschaften oder Berichte einscannen prägen den Alltag der angehenden Chirurginnen und Chirurgen. Schätzungsweise siebzig bis achtzig Prozent ihrer Arbeitszeit verbringen sie mit administrativen Tätigkeiten, wie Sie auf den Seiten 12 bis 21 erfahren. Diesen Trend gilt es zu stoppen! Anhand von konkreten Beispielen zeigen wir auf, welche nicht-medizinischen Tätigkeiten man an andere Berufsgruppen delegieren könnte.

Lernen können wir Ärzte dabei von der Pflege, die Aufgaben, die nicht in ihren Kernbereich gehören, konsequent an andere Berufsgruppen (z.B. an die Hotellerie) abgegeben hat. Studien zeigen, dass es bei den Chirurgen eine Korrelation gibt zwischen Burnout-Quote und administrativem Aufwand. Anstatt sie also mit zusätzlichen regulatorischen Vorschriften, deren Nutzen für die Patienten meist gegen Null tendieren, und einer Verschärfung des Arbeitsgesetzes zu knebeln, wäre es sinnvoller, sie von bürokratischen Aufgaben zu entbinden. Bloss: Wer soll diesen Job machen? Neue Jobprofile an der Schnittstelle zwischen Medizin, Pflege und Verwaltung sind gefragt. Pilotprojekte an verschiedenen Spitälern mit medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten haben zu ersten positiven Resultaten geführt. Es zeigt sich allerdings, dass der Fach-

kräftemangel auch hier zu spüren ist: Personen mit dem entsprechenden Know-how sind auf dem Markt dünn gesät. Davon abgesehen stellt sich die Frage, wer dieses zusätzliche Personal bezahlt. Denkbar wäre beispielsweise eine Abgeltung über eine Erhöhung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch die Kantone, welche die Ausbildung der Assistenzärzte bereits heute finanziell unterstützen. Natürlich hat das seinen Preis. Aber es kommt die Gesellschaft immer noch günstiger zu stehen, als wenn Ärztinnen und Ärzte wegen Burnouts krankgeschrieben werden oder nach dem teuren Studium den Bettel hinschmeissen.

Apropos Geld: Kaum ein Spital schafft es mittlerweile noch, eine EBITDA-Marge von über zehn Prozent zu erwirtschaften und so die Grundlage zu schaffen, um finanziell nachhaltig aufgestellt zu sein. Einer der Hauptgründe für die Misere sind die Tarife, die seit Jahren grundsätzlich zu tief sind. Der ambulante Bereich ist gemäss dem Branchenverband Hplus rund 30 Prozent unterfinanziert und der stationäre Bereich rund 10 Prozent. Dazu kommt, dass die Tarife nicht prospektiv inflations-indexiert sind, das heisst, sie werden nicht automatisch an veränderte Marktsituationen angepasst. Kein Wunder also, dass das Thema «Tarife» bei unserer Umfrage nebst der über-

bordenden Bürokratisierung als zweites Sorgenkind identifiziert wurde.

«Neue Jobprofile an der Schnittstelle zwischen Medizin, Pflege und Verwaltung sind gefragt.»

Nicht nur für die SGVC, sondern auch für die übrigen Branchen- und Berufsverbände gibt es also viel zu tun, wollen wir unsere Arbeitsbedingungen nachhaltig verbessern. Jammern bringt nichts. Stattdessen wollen wir uns an die Devise des Schriftstellers Erich Kästner halten: «Es gibt nichts Gutes, ausser man tut es.» Packen wir es an!



Prof. Dr. med. Antonio Nocito
Präsident SGVC, Direktor Departement
Chirurgie Kantonsspital Baden

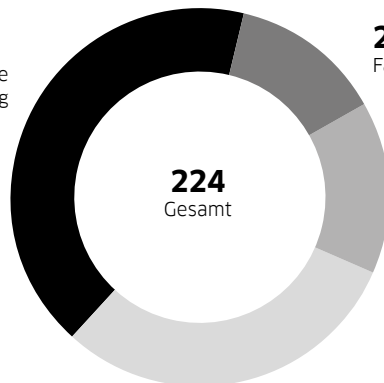
BÜROKRATIE UND TARIFE ALS SORGENKINDER

224

Mitglieder haben im Juli 2023 an unserer internen Umfrage teilgenommen. Das Ergebnis spricht für sich: Bürokratisierung und ungenügende Tarife haben sich als die grössten Sorgenkinder herausgestellt. Bemerkenswert ist auch, dass unsere Mitglieder das Gefühl haben, von der Politik zu wenig wahrgenommen zu werden. Am ehesten traut man noch der FDP zu, die Interessen der Ärzteschaft zu vertreten.

BEI WELCHEM POLITISCHEN THEMA
SEHEN SIE DEN DRINGENDSTEN
HANDLUNGSBEDARF?

94
Kampf gegen die
Bürokratisierung



224
Gesamt

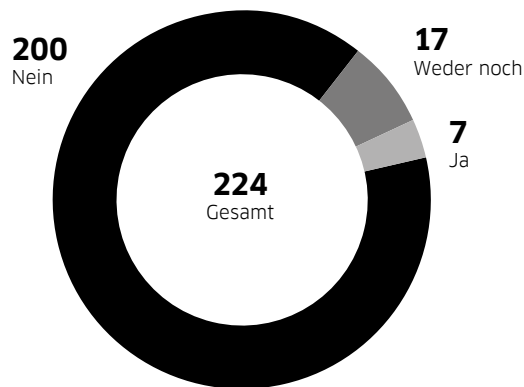
29
Fachkräftemangel

33
Ausbildung/
Arbeitszeit

68
Tarife

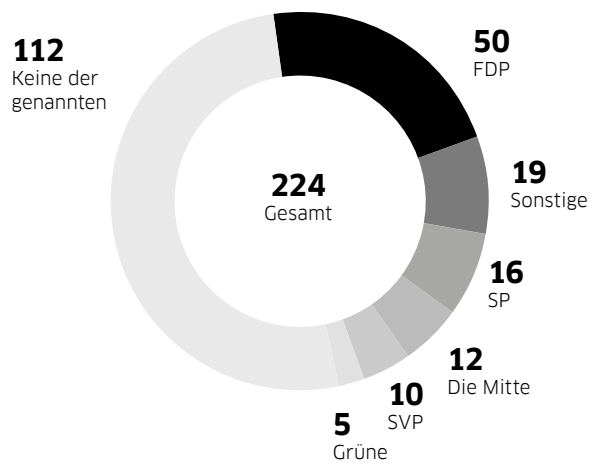
Ein klares Statement: Die Bürokratisierung muss eingedämmt werden. Für den Grossteil der 224 Teilnehmenden hat dieses Thema in der politischen Agenda Priorität. Auf Rang zwei folgen die Tarife, die dringend angepasst werden müssen.

HABEN SICH DIE POLITISCHEN RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE ÄRZTESCHAFT IN DEN LETZTEN JAHREN VERBESSERT?



Bloss sieben Personen gaben an, dass sich die Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft in den letzten Jahren verbessert haben. 200 sind jedoch der Ansicht, dass das Gegenteil der Fall ist: früher war's besser!

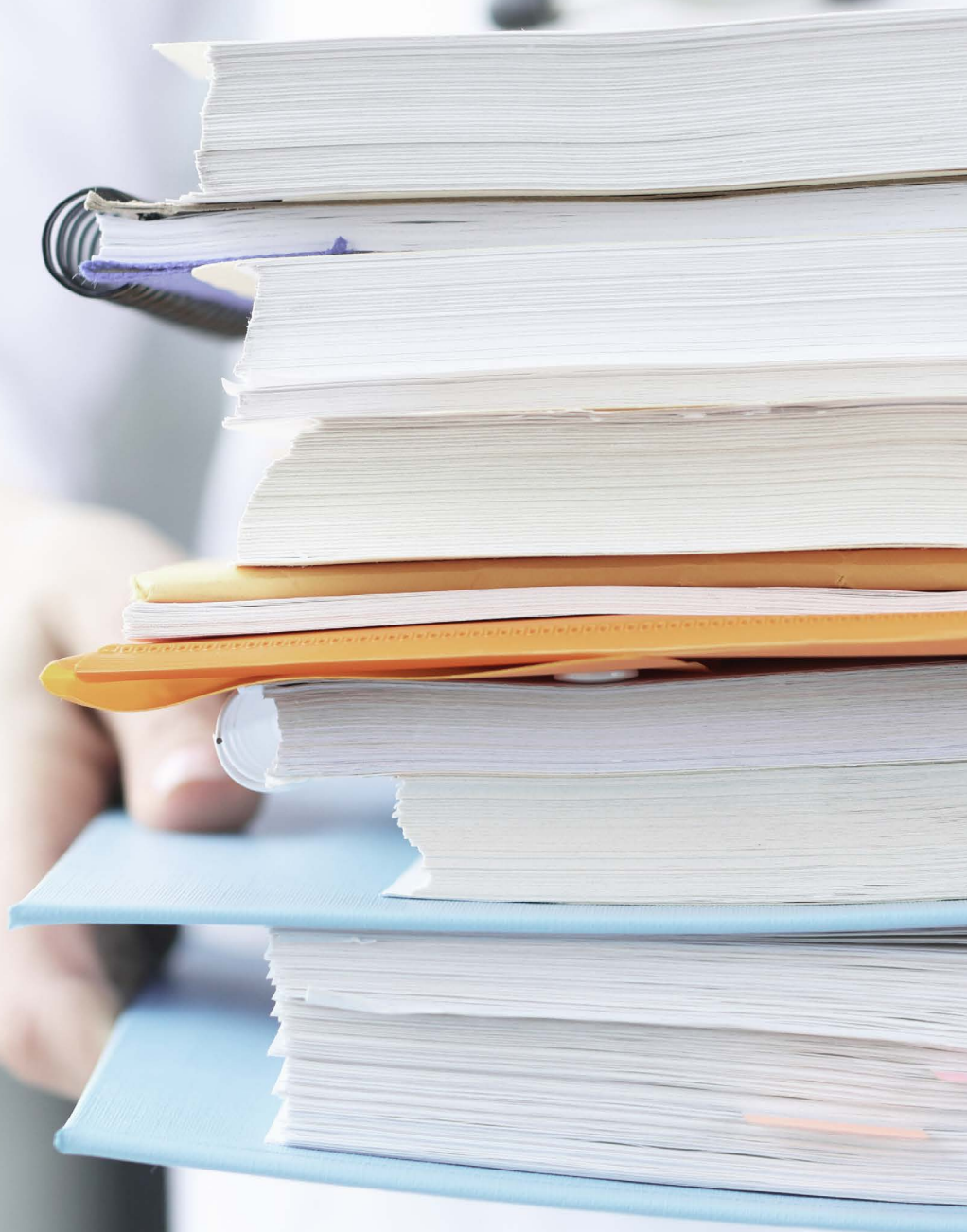
WELCHE PARTEI SETZT SICH IHRER MEINUNG NACH AM STÄRKSTEN FÜR DIE INTERESSEN DER ÄRZTESCHAFT EIN?



Die Chirurgeninnen und Chirurgen sind der Meinung, dass ihre Anliegen politisch schlecht vertreten sind. Die Mehrheit gibt an, dass keine Partei ihre Interessen vertritt. Am ehesten traut man noch der FDP zu, eine Lanze für die Ärzteschaft zu brechen.

AM SCANNER STATT IM OP-SAAL

Im Kampf gegen die Bürokratisierung orten viele Chirurginnen und Chirurgen den grössten Handlungsbedarf. Doch was hat es damit genau auf sich? Wir haben bei Assistenz- und Oberärzten in verschiedenen Spitälern nachgefragt: Welche Tätigkeiten würden sie gerne an nicht-medizinisches Personal delegieren, um sich dadurch voll auf die eigentlichen Kernaufgaben fokussieren zu können? Die Rückmeldungen zeigen eindrücklich, wie hoch der administrative Aufwand ist, der die Assistenz- und Oberärzte beschäftigt.





David Wildi
*Assistenzarzt Chirurgie,
Kantonsspital Baden*

Patiententermine vereinbaren, während der Visite Labordaten ins Klinikinformatiksystem eingeben oder Therapien organisieren: das sind Tätigkeiten, die meiner Meinung nach nicht zwingend von Assistenzärzten erledigt werden müssen. Neulich haben wir beispielsweise entschieden, dass ein Patient ein Methadonprogramm benötigt. So weit, so gut. Ich wurde anschliessend mit der Organisation betraut. Insgesamt führte ich zwei Dutzend Telefonate, unter anderem

mit den Kollegen von den Psychiatrischen Diensten sowie dem aktuellen und ehemaligen Hausarzt des Patienten. So kamen schliesslich eine Menge Informationen zusammen. Aber für solche organisatorischen Tätigkeiten benötigt man definitiv kein Medizinstudium. Wenn man diese Aktivitäten an administratives Personal delegieren könnte, bliebe uns Assistenzärzten mehr Zeit fürs Wesentliche, nämlich die Arbeit mit den Patienten respektive im OP-Saal.



John Rampa
*Assistenzarzt Viszeral-,
Thorax-und Gefässchirurgie,
Stadthospital Zürich*

Zahlreiche bürokratisch-organisatorische Aufgaben fallen täglich an, die zum einen den Ablauf aufhalten und zum anderen die Zeit einschränken, um sich der eigenen Weiterbildung oder der Zeit mit den Patientinnen und Patienten zu widmen. Da sind zum einen das Anfordern von externen Berichten oder Medikamentenlisten. Die (Hausarzt-)Praxen sind nur werktags tagsüber erreichbar, wenn man selbst als Assistenzarzt im OP steht oder patientenrelevante Tätigkeiten macht (Sprechstunde, Visite). Solche Aspekte könnten durch

nicht-medizinisches Personal organisiert werden. Zudem verursacht das Bearbeiten von Kostengesuchen und Anfragen der Krankenkassen/Versicherungen unnötigen bürokratischen Aufwand. Dabei geht es teilweise nur darum, die Arbeitsunfähigkeit, das damalige Leiden, die Röntgenuntersuchungen und Befunde händisch aus alten Berichten abzuschreiben – auch wenn man den Patienten, wenn überhaupt, nur einen Tag betreut hat. Das hat nichts mit medizinischer Tätigkeit zu tun.



Evelyn Sebestyen
*Assistenzärztin Viszeral-,
Thorax-und Gefässchirurgie,
Stadtspital Zürich*

Anschlusslösungen für den Patienten nach abgeschlossener Hospitalisierung im Akutspital zu finden, ist per se keine ärztliche Tätigkeit. Die Indikationsstellung für eine Rehabilitation oder Akutgeriatrie wird durch das ärztliche Personal gestellt, die Umsetzung (administrativer Aufwand, Transport, Angehörigengespräche) sollte meiner Meinung nach durch eine andere Berufsgruppe erfolgen. Durch den Sozialdienst wird eine Rehabilitation aufgegleist, nachdem das Gesuch zur Kostengutsprache durch uns ausgefüllt wurde. Leider gilt dies nicht für einen akutgeriatrischen Platz in Schweizer Spitälern. Hier ein Beispiel:

Der Stationsarzt soll mit dem Patienten besprechen, welche Spitäler mit einer Akutgeriatrie in Frage kommen würden. Anschliessend erfolgen mehrere Telefonate mit den zuständigen Patientenadministrationen bzgl. Aufnahmekriterien und im Anschluss gilt es, seitenlange Antragsformulare auszufüllen und diese zeitnah zu verschicken, um die Wartezeiten zu verkürzen. Dies erfordert einen hohen zeitlichen Aufwand neben der alltäglichen Arbeit als Chirurgin und sollte meiner Meinung nach in Zukunft ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich des Sozialdienstes fallen.



Lukas Lance
*Assistenzarzt Orthopädie,
Hand-und Unfallchirurgie,
Stadtspital Zürich*

Administrative Aufgaben halten die Assistenzärztinnen und -ärzte von der eigentlichen Arbeit beim Patienten oder im Operationssaal ab. So könnten Aufgaben wie z.B. die Dokumentation einer Visite, die Verordnung einer (schon vorbesprochenen) laborchemischen Untersuchung oder die Anmeldung einer physiotherapeutischen Betreuung einfach an administratives Personal abgegeben werden.

*«Administrative
Aufgaben halten
uns Assistenzärzte
von der eigentlichen
Arbeit ab.»*



Dragoljub Kovacevic
Oberarzt Chirurgische
Klinik Kantonsspital
Frauenfeld (Spital
Thurgau AG)

Zusammen mit unseren Assistenzärzten haben wir ein paar Punkte aufgelistet, die immer wieder zu Mehrarbeit führen. Nachfolgend einige Tätigkeiten, die man unserer Meinung an nicht-medizinisches Personal delegieren könnte, um die Assistenzärzte zu entlasten:

- Terminvereinbarungen für Patienten (z.B. Sprechstundentermine, Anmeldungen für Untersuchungen wie z.B. Kolo/Gastro/HNO etc.)
- Fehlende Dokumente anfordern (Medikamentenplan, Diagnoseliste, Vorbefunde, Berichte)
- Das morgendliche Ausfüllen der Checkliste vor der Operation
- Nach einer Verlegung von der IPS auf die Abteilung sollte die Physiotherapieverordnung einfach weiter gültig sein
- Versicherungsanfragen zum Unfall sollten mit der Zuweisung des Austrittberichtes bzw. der Notfallkonsultation ausreichend beantwortet sein und nicht nochmals ausgefüllt werden müssen
- Lagerung im OP
- Das kraniozervikale Beschleunigungstrauma gibt es als Diagnose nicht mehr, trotzdem muss der 4-seitige Fragebogen weiterhin ausgefüllt werden
- Fachfremde Aufklärungen sollten nicht durch die Assistenzärzte, sondern die verantwortliche Abteilung durchgeführt werden (Interventionelle Radiologie, Kolo-/Gastroskopie etc.)
- Anmeldungen für externe Unterstützung (Spitex, Haushaltshilfe, Verbandsmaterial etc.)
- Untersuchungsanmeldungen nach Verordnung durch Arzt (AA, OA)
- Anästhesieausleitung nach OP sollte auch ohne Assistenzärzte funktionieren
- Austrittsberichte anlegen und Einfügen vorbestehender Informationen
- Datenerfassung und Dokumentation von Untersuchungsergebnissen und Therapieerfolgen
- Unterstützung des Arztes bei der Erstellung von schriftlichen Mitteilungen (z.B. Visitendokumentation im Beisein von AA, OA)



Katharina Lucas
Assistenzärztin Viszeral-
Thorax- und Gefässchi-
rurgie, Stadtspital Zürich



Helen Faye
Assistenzärztin Viszeral-
Thorax- und Gefässchi-
rurgie, Stadtspital Zürich

Es gibt diverse Aufgaben, die von nicht-medizinischem Personal übernommen werden könnten, um die Assistenzärztinnen und -ärzte zu entlasten. Nachfolgend ein paar Vorschläge aus unserem klinischen Alltag:

- Befunde von anderen Ärzten einfordern und Diagnosen entsprechend abschreiben/übernehmen.
- Häufig werden in Praxen, insbesondere bei psychiatrischen Einrichtungen, Diagnosen teilweise nur an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte geschickt, mitunter lediglich telefonisch diktiert. Deswegen müssen oft lange Diagnoselisten abgetippt werden, ohne dass neue Informationen hinzugefügt werden.
- Medikamentenlisten von anderen Ärzten einfordern und übernehmen.
- Analog zur Übernahme von Diagnosen ist für das Verordnen der eigenen Medikation ebenfalls keine ärztliche Qualifikation notwendig - die verordneten Medikamente auf aktuelle Indikation zu prüfen und ggf. zu pausieren oder hinzuzufügen, bleibt jedoch selbstverständlich Aufgabe des Ärzteteams.
- Termine für ambulante Sprechstunden anmelden.
- Wenn in einem Operationsbericht das Aufgebot zu einer Sprechstunde gewünscht ist, könnte dieses durch das Sekretariat automatisch erfolgen. Zudem könnte das Sekretariat im Austrittsbericht mit einer Notiz vermerken, dass das Aufgebot versendet wurde, inklusive Terminangabe.
- Benötigte Dokumente bei elektiven Eingriffen vorbereiten.
- Bei elektiven Eintritten für standardisierte Operationen könnten Berichte durch das Sekretariat angelegt werden, sodass die Assistenzärztinnen und -ärzte nur noch Anpassungen vornehmen müssen. Auch wäre es wünschenswert, dass Patientenverfügungen bereits eingescannt beigefügt werden, ebenso wie die Angaben zur Vormedikation.

«Termine für ambulante Sprechstunden anmelden - das könnte man auch delegieren!»



Hemma Mayr
Assistenzärztin/Senior
Resident, Klinik für
Viszeral- und Transplan-
tationschirurgie, Uni-
versitätsspital Zürich

Zurzeit besteht unsere Arbeit als Assistenzärztinnen gemäss einer (unveröffentlichten) internen Umfrage zu 70 bis 80 aus administrativen Tätigkeiten, wovon sicherlich ein Grossteil an nicht-ärztliches Personal delegiert werden könnte. Zudem werden Überstunden leider grossteils durch administrative Tätigkeiten generiert. Eine Entlastung in diesem Bereich ist unbedingt notwendig, um den Fokus wieder auf das Wesentliche, nämlich unsere Ausbildung und Arbeit am Patientenbett, zu lenken. Nachfolgend ein paar konkrete Beispiele für Tätigkeiten, welche an nicht-ärztliches Personal, z.B. an Clinical Nurses auf der Station, delegiert werden könnten:

- Organisation der Rehabilitationen oder anderen Anschlusslösungen.
- Termine für Patienten vereinbaren.
- Vorbereitung einfacher Austrittsunterlagen (Rezept, einfache Berichte, Vorbereitung der Arbeitsunfähigkeit, Materialrezepte), selbstverständlich müssten diese anschliessend noch von den zuständigen Assistenzärztinnen und -ärzten kontrolliert und visiert werden.
- Mitschreiben der Verläufe direkt während Visite durch administratives Personal (visieren durch Assistenz-ärzte).
- Organisation von externen Berichten und Übertragen in das neue Klinikinformationssystem (teilweise müssen Berichte bei Verlegungen noch manuell abgetippt werden).
- Anmeldung und Abmeldung von Therapien (Ernährungsberatung, Ergotherapie, Physiotherapie).
- Organisation von Roundtables oder Angehörigengesprächen (an Visite informieren Assistenz- und Oberärzte über eigene Verfügbarkeit, die Organisation des Raumes und die Einladung der Beteiligten zu Gespräch erfolgt durch administratives Personal).
- Reduktion Telefonate durch gute Schulung des Pflegepersonals (relevante Anrufe tätigen, weniger wichtige Anliegen für gemeinsame Visite oder Kurvenvisite sammeln).
- Reduktion des administrativen Aufwandes allgemein, durch Genehmigung von Massnahmen wie Operationsbericht = Austrittsbericht unter der Voraussetzung, dass es sich um komplikationslose Verläufe ohne Abweichungen vom postoperativen Prozedere handelt.
- Organisation von parenteraler Ernährung oder Weiterführung der Antibiotikatherapie zuhause.
- Scannen!
- Vorbereitung der Berichte, Rezepte usw. nach hinterlegtem Standard durch administratives Personal, Assistenzärzte nehmen dann Anpassungen der Standards vor, müssen aber nicht alles neu anlegen.



Camilla Baron
Assistenzärztin/Junior
Resident, Klinik für
Viszeral- und Trans-
plantationschirurgie,
Universitätsspital Zürich

Es gibt im klinischen Alltag tatsächlich einige Aufgaben, die zeitintensiv sind und nicht zu den ärztlichen Kernaufgaben gehören. Gerne gebe ich daher ein paar Beispiele von Tätigkeiten an, die man an nicht-ärztliches Personal delegieren könnte:

– **Einscannen von Dokumenten**

Wenn ich als Assistenzärztin eine Operationsaufklärung durchführe, muss ich die Dokumente selbst einscannen und dann in der richtigen Patientenakte ablegen. Das dauert ein paar Minuten und lenkt mich von anderen Tätigkeiten ab. Stattdessen könnte man einen Ablageplatz schaffen, an dem z.B. einmal am Tag nicht-ärztliches Personal die Dokumente gesammelt abholt, einscann und in den passenden Akten ablegt.

– **Organisation der Rehabilitation**

Wenn ein Patient für eine Reha geeignet ist und in eine Reha gehen möchte, dann melde ich als Assistenzärztin eine Reha im Computersystem an. Dabei muss ich einige Angaben zum Zustand des Patienten im System angeben und entscheiden, in welche Reha (internistisch/geriatrisch/muskuloskelettal etc.) er gehen soll. Danach soll ich täglich im System nachsehen, für welche Reha der Patient vom RehaCenter angemeldet wurde, mit ihm besprechen, ob dies für ihn passend ist und anhand von Broschüren die einzelnen Reha-Möglichkeiten besprechen. Dafür wurde ich nicht ausgebildet, und dies kann

ganz klar an anderes, nicht-medizinisches Personal delegiert werden.

– **Patientenlisten in Word-Dateien**

In unserem Computersystem ist es möglich, eine Patientenliste zu erstellen, allerdings nur mit Namen und Diagnosenliste. Ich bin verpflichtet, täglich einen Verlaufseintrag im Computersystem zu erfassen, der den klinischen Zustand des Patienten aufzeigt und den weiteren Behandlungsplan darlegt. Da unser Computersystem diese zwei Punkte nicht auf einer Liste zusammenfassen kann, muss ich täglich eine separate Word-Liste führen, in der ich den weiteren Therapieplan, Medikamentenänderungen und Laborwerte eintrage. Das kostet mich je nach Patientenvolumen täglich zwischen 1-3 Stunden. Könnte unser Computersystem die Daten in einer Liste selbst zusammenstellen, müsste ich die Dokumentationsarbeit nicht doppelt machen.

– **Aufklärungen für andere Fachdisziplinen**

Wenn bei der Visite beschlossen wird, dass ein Patient eine Endoskopische Untersuchung oder einen Katheter (ZVK/PICC Line/ etc.) braucht, melde ich diese Untersuchung im Computersystem an, telefoniere mit dem zuständigen Fachdienst, mache dann die notwendige Aufklärung über den Eingriff und scanne das entsprechende Dokument im System ein. Ich bin

der Meinung, es ist nicht vertretbar, dass chirurgische Assistenzärzte sich um Aufklärungen von anderen Fachdisziplinen kümmern. Für unsere Operationen klären wir ja schliesslich auch selbst auf.

– Eintrittsmedikation

Wenn ein Patient für einen elektiven Eingriff eintritt, führen sowohl die Pflege als auch das ärztliche Personal separat voneinander eine Medikamentenanamnese durch. Dabei hat das Pflegepersonal für das Gespräch wesentlich mehr Zeit als der Assistenzarzt. Die Heimmedikation wird von beiden Disziplinen doppelt dokumentiert. Der Assistenzarzt verordnet dann die Medikamente und entscheidet, welche davon während dem stationären Aufenthalt gegeben werden sollen und welche pausiert werden. Danach kommen oft Anrufe von der Pflege, dass der Patient manche Medikamente anders einnimmt als vom Arzt verordnet. Sinnvoller wäre es, wenn das Pflegepersonal die Heimmedikation im Computersystem hinterlegt und der Arzt diese nur noch visieren oder abändern muss. Dabei könnte sehr viel Zeit und doppelte Arbeit gespart werden.

– Organisation von Terminen

Wenn ein Patient stationär oder in der Sprechstunde einen weiteren Termin braucht (intern oder andere Klinik), dann meldet dies der Assistenzarzt im Computersystem an. Dies kostet Zeit und muss sicher

nicht von ärztlichem Personal durchgeführt werden. Dies gilt ebenso für Anmeldungen im Tumorboard.

– Vorstellung von Patienten am Tumorboard

Momentan ist es die Aufgabe der Assistenzärzte in diversen Tumorboards, die angemeldeten Patienten einer Abteilung vorzustellen. Hierbei kommen je nach Team wenige oder sehr viele Fälle zusammen. Es ist sehr zeitintensiv, alle notwendigen Untersuchungen dafür herauszusuchen (teilweise einige Stunden, je nach Patientenvolumen). Diese Aufgabe könnte auch an nicht-ärztliches Personal abgegeben werden. Zum Beispiel könnte eine Clinical Nurse alle notwendigen Untersuchungen und Ergebnisse zusammensammeln, damit die Assistenzärztin weniger administrativen Aufwand hat. Oder die Fälle könnten auch durch Clinical Nurses am Tumorboard vorgestellt werden. Hierbei geht es rein um das Zusammentragen und Vorstellen der vorhandenen Diagnosen und Untersuchungsergebnissen, nicht um das Stellen von Diagnosen oder das Erstellen von Therapiekonzepten.

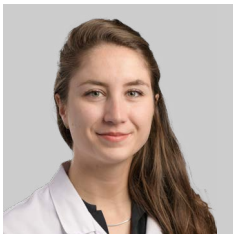
«Das Erstellen von separaten Word-Listen verursacht täglich einen Arbeitsaufwand von einer bis drei Stunden.»



Sidney Heersche
Assistenzärztin Viszeral-
chirurgie, CHUV Lausanne

Wir verbringen insgesamt zu viel Zeit hinter dem Computer. Zudem nutzen wir die technologischen Möglichkeiten in unserem Alltag noch zu wenig. Ein Beispiel: Diktierte Notizen könnten automatisch über ein Schreibprogramm in Texte verwandelt werden, sodass man am Ende dieses digitalen Prozesses den

Inhalt nur noch validieren muss. Austrittsberichte wiederum könnten von spezialisierten Sekretariaten verfasst werden. Der Assistenzarzt müsste diese Berichte dann nur noch gegenlesen, bei Bedarf korrigieren und unterzeichnen. In bestimmten Spitäler wird das bereits so gehandhabt.



Jeanne Hirt
Assistenzärztin Viszeral-
chirurgie, CHUV Lausanne

Die administrativen Arbeiten verursachen viele Überstunden. Diverse dieser Aufgaben könnten Sekretariate übernehmen: die Organisation der Überweisung der Patienten in Rehakliniken, das Erfassen des Namens des Hausarztes oder anderer für den Patienten verantwortlichen Ärzte, das Besorgen der medizinischen Vorgeschichte und die Organisation von Sprechstunden. Die Anzahl der Stunden, die wir am Telefon verbringen, zumeist auf einen Gesprächspartner wartend, ist hoch. Entsprechend belastend sind diese Aufgaben.

«Die Anzahl der Stunden, die wir am Telefon verbringen, zumeist auf einen Gesprächspartner wartend, ist hoch.»



Thimothée Girardin
Assistenzarzt Viszeral-
chirurgie, CHUV Lausanne

Die administrativen Arbeiten verschlingen viel Zeit, die wir sinnvoller mit patientennahen Tätigkeiten oder im OP-Saal verbringen könnten. Obwohl Massnahmen zur Entlastung wie beispielsweise Sekretäre für die Assistenzärztinnen und -ärzte nach und nach eingeführt werden, sind diese Lösungen noch wenig ausgereift und optimieren

den Alltag nur unzureichend. Es wäre wünschenswert, dass diese Personen die Formulare so ausfüllen könnten, dass wir sie nur noch prüfen und unterzeichnen müssen. Und wenn dann noch die Austrittsberichte durch die Case Manager vervollständigt würden, wie das in einigen Spitälern bereits der Fall ist, dann wäre das sicherlich ein Gewinn.



Teresa Torres
Assistenzärztin Viszeral-
chirurgie, CHUV Lausanne

Für den Grossteil unserer täglichen Arbeit ausserhalb des OP-Saales benötigt man kein sechsjähriges Medizinstudium. So habe ich beispielsweise nach einem Wochenende einen halben Tag damit verbracht, fehlende Patientendaten (Behandlungen, Vorgeschichte etc.) aufzutreiben. Oftmals mussten die Anrufe wiederholt werden, da der betroffene Hausarzt gerade unabhkömmlich war. Auch Arbeitszeugnisse oder Reisebescheinigungen - oftmals auch für Angehörige der Patienten - müssen nicht von einem Arzt oder einer Ärztin geschrieben werden. Sekretariate könnten diese Aufgabe übernehmen, sodass der Arzt die Dokumente nur noch unterschreiben muss. In der Summe machen all diese Dinge unser Arbeit langweilig, und man fühlt sich unterfordert.

«Für den Grossteil unserer täglichen Arbeit ausserhalb des OP-Saales benötigt man kein Medizinstudium.»

AUSSER MAN TUT ES

Der Vorstand der SGVC engagiert sich an vielen Fronten. Die Palette der Aktivitäten reicht von der Organisation von Kongressen über die Abnahme von Prüfungen und Audits im Rahmen der Hochspezialisierten Medizin (HSM) bis hin zu Tarifverhandlungen. Auf den folgenden Seiten geben die Dossier-Verantwortlichen des Vorstandes Einblicke in ihr Tätigkeitsfeld.

KONGRESSE

1869

Chirurginnen und Chirurgen haben am Annual Meeting des SCS teilgenommen, das vom 7. bis 9. Juni 2023 im Congress Center in Basel stattfand.

5

Hauptsitzungen zu medizinischen und Ausbildungsthemen sowie die bewährte 10-Hot-Topics-Session hat die SGVC am SCS-Kongress in Basel organisiert. Zudem haben alle SGVC-assoziierten Interessensgruppen (Kolonproktologie, SMOB, ACS, AGEK, SPCG, Swiss-MIS) sowie die SAHC eine Hauptsitzung zusammengestellt, so dass das gesamte viszeralkirurgische Spektrum behandelt wurde. Die Rückmeldungen waren durchs Band positiv. Kritisiert wurde lediglich der Umstand, dass zu viele Sitzungen parallel stattfanden.

160

Abstracts wurden für die verschiedenen viszeralkirurgischen Fachgebiete eingereicht. 77 davon konnten entweder als Freie Mitteilung oder als Video in den SGVC-Sitzungen präsentiert werden, 33 wurden als Visual Abstracts akzeptiert.

KONGRESSE

25000

Franken betrug das Preisgeld für das beste viszeralchirurgische Visual Abstract, das von Johnson & Johnson gesponsert wurde. Ausgezeichnet wurde Dr. Berk Yildirim aus Heidelberg für seine Arbeit mit dem Titel «Prospective validation trial of the association of postoperative pancreatic fistula following partial pancreateoduodenectomy with the International Study Group of Pancreatic Surgery classification for pancreatic duct size and texture». Die SGVC gratuliert Herrn Dr. Yildirim herzlich zu diesem Erfolg!

9

Abstracts werden am SGG-SGVC-SASL-Kongress, der am 14. und 15.09.2023 in Interlaken stattfindet, im Rahmen der Largiadèr-Sitzung präsentiert. Das beste wird wie üblich mit dem Largiadèr-Preis ausgezeichnet. Zusätzlich wird der mit 5000 CHF dotierte Chirurgie-Preis vergeben. In der SGVC-Hauptsitzung wiederum werden nationale und internationale Referenten ein Update zur Diagnostik und Therapie des retroperitonealen Sarkoms geben, und die «rapid fire answers to hot topics» wird auch dieses Jahr nicht fehlen. Zur Vorbereitung für viszeralchirurgische Schwerpunktsanwärterinnen und -anwärter findet dieses Jahr das Modul hepatopankreatikobiliäre Chirurgie statt, mit entsprechenden «State of the art»-Vorträgen.

Nachgefragt



PD Dr. med. Diana Vetter
Leitende Ärztin Klinik für Viszeral-
und Transplantationschirurgie,
Universitätsspital Zürich

«Die hohe Qualität
der Sitzungen war
beeindruckend.»

Diana Vetter, was stellte bei der Planung des SCS-Kongresses die grösste Herausforderung dar?

Aufgrund des eng getakteten Zeitplans mussten sich viele verschiedene Player aufeinander abstimmen. Erschwerend kam die neue Kongressorganisation hinzu, welche mit den Gegebenheiten trotz grossem Engagement noch nicht vertraut war. Damit ein reibungsloser Ablauf gewährleistet werden kann, sind schlanke Organisationsstrukturen (nicht zu viele verantwortliche Personen) unabdingbar. Rasche Rückmeldungen auf Anfragen und Einladungen erleichtern die Organisation ebenfalls. Zudem braucht es eine Person, welche stets die Übersicht behält. In diesem Fall war dies Britta Bräutigam, die einen tollen Job gemacht hat.

Was hat das OK am meisten gestresst?

Das späte Verteilen der Slots der Hauptsitzungen und freien Mitteilungen führte dazu, dass viele parallele Einladungen verschickt und kurzfristige Ausfälle kompensiert werden mussten. Das war häufig mit einer «Notfall-Ersatz-Redner-Suche» verbunden.

Was hat Sie am Kongress am stärksten beeindruckt?

Zum einen die Freude der anwesenden Chirurginnen und Chirurgen, sich während und ausserhalb der Sitzungen auszutauschen. Zum anderen die vielen qualitativ guten Sitzungen.

Welches Highlight bleibt Ihnen besonders in Erinnerung?

Die gut besuchten «Ten Hot Topics»-Sessions.

Ein wenig Selbstkritik: Was könnte man beim nächsten Kongress besser machen?

Vorab drei Aspekte. Erstens: Die Slots früher zuteilen. Zweitens: Weniger parallele Sitzungen durchführen. Und drittens Terminkollisionen vermeiden (in Lyon fand dieses Jahr gleichzeitig der europäische Leberkongress statt).

TARIFE

97

DRG-Anträge zur Weiterentwicklung der stationären Tarife hat die SGVC seit 2012 eingereicht. Die Umsetzungsrate liegt bei 64 Prozent.

5

der insgesamt 12 im Jahr 2022 eingereichten Anträge werden per Anfang 2024 umgesetzt. Zwei weitere wurden aufgeschoben und werden bei der nächsten Weiterentwicklung berücksichtigt. Von den fünf Anträgen aus dem Jahr 2021 wurden drei umgesetzt. 9 Anträge sind für die Antragsrunde 2023 vorgesehen.

2

Parallelwelten werden in Zukunft voraussichtlich bei den ambulanten Tarifen koexistieren. Die Entwicklung ist zwar noch unklar. Die FMH rechnet jedoch damit, dass ein Pauschaltarif und der TARDOC parallel existieren werden. Ambulante Pauschalen werden durch Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit der FMH in einer Vernehmlassung plausibilisiert werden können. TARDOC wird voraussichtlich definitiv 2025 eingeführt.

Nachgefragt



Prof. Dr. med. Guido Beldi
Chefarzt Viszerale Chirurgie,
Inselspital Bern

Herr Beldi, was stellt in der Tarifpolitik aktuell die grösste Herausforderung dar?

Kurz und bündig: Die Kostendeckung im ambulanten Bereich.

Mit welchen drei Hauptargumenten versuchen Sie persönlich, politische Widersacher von der Notwendigkeit einer Tariferhöhung zu überzeugen?

Die Kosten für die Gesundheit belasten die Haushaltsbudgets stark. Insofern habe ich Verständnis, dass die Politik Massnahmen trifft, um ein weiteres Ansteigen der Krankenkassenprämien zu verhindern. Die andere Seite der Medaille ist, dass die Tarifsysteme weder die stationären noch die ambulanten Kosten adäquat abdecken. Dazu kommt, dass die Bevölkerung stetig wächst und zunehmend älter wird, was wiederum eine Zunahme von medizinischen Leistungen nach sich zieht. Die grosse Frage lautet daher: Wie viel ist uns unser Gesundheitssystem respektive die Versorgungsqualität wert? Diesen gesellschaftspolitischen Diskurs sollten wir ohne Scheuklappen führen.

Welches Gegenargument können Sie nicht mehr hören?

Dass die Ärzte effizienter arbeiten müssen. Wir haben in den letzten Jahren derart viel in die Effizienzsteigerung investiert, dass eine weitere Steigerung bei gleichbleibender hoher Qualität nicht möglich ist.

Ist im Tarifstreit eine Lösung absehbar?

Früher oder später wird es ein neues Tarifsystem geben. Ob dieses der Förderung ambulanter chirurgischer Eingriffe dienlich sein wird, wird sich zeigen. Ebenso, ob damit die Versorgungsqualität verbessert wird.

Was erwarten Sie vom Nachfolger oder der Nachfolgerin von Bundesrat Berset?

Dass er oder sie den Ärzten zuhört.

Welchen Fehler müssen die Ärzte vermeiden?

Die verschiedenen Fachgebiete, medizinischen Verbände und Institutionen dürfen sich nicht auseinanderdividieren lassen, sondern müssen kompakt und als Einheit auftreten. Nur so haben wir eine Chance, unseren Anliegen zum Durchbruch zu verhelfen.

«Das neue ambulante Tarifsystem soll die effektiven Kosten chirurgischer Eingriffe voll abdecken.»

PRÜFUNGEN UND SCHWERPUNKTTITEL

18

Schwerpunktprüfungen sind 2022/23 durchgeführt worden. 15 Kandidaten und Kandidatinnen haben das Verfahren erfolgreich bestanden. Entsprechend viele Examinatoren und Co-Examinatoren sowie Britta Bräutigam (Organisation) standen im Einsatz. Die zunehmende Zahl der Prüfungen erfordert vor allem auch von den Vorstandsmitgliedern ein erhöhtes Engagement, da die Prüfungskommission jeweils von einem Vorstandsmitglied präsiert wird. In der letzten Berichtsperiode waren folgende Experten (in alphabetischer Reihenfolge) im Einsatz, denen unser Dank gilt:

Adamina Michel, Banz Vanessa, Basilicata Giacinto, Beldi Guido, Berney Thierry, Bolli Martin, Brunner Walter, Conti Michel, De Lorenzi Diego, Gelpke Hans, Gloor Beat, Gutknecht Stefan, Hahnloser Dieter, Hauswirth Fabian, Hetzer Franc, Imhof Adrienne, Kettelhack Christoph, Mattiello Diana, Melloul Emmanuel, Metzger Jürg, Matter Maurice, Müller Markus, Nebiker Christian, Nocito Antonio, Peterli Ralph, Ris Frédéric, Šandera Peter, Sauvain Marc-Olivier, Savioz Daniel, Scheiwiler Andreas, Schmid Roger, Vetter Diana, Weber Markus, Zingg Urs

25

Kolleginnen und Kollegen hat das SIWF (die Organisation der FHM, die sich für die ärztliche Weiter- und Fortbildung verantwortlich zeichnet) im Jahr 2022 aufgrund bestandener Prüfung den Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie verliehen:

Bächler Thomas, Biraima-Steinemann Magdalena, Blaser Benjamin, Cereser Teresa, Däster Silvio Raffael, de Rougemont Olivier, Deichsel Fabian, Fäs Seraina, Fringeli Yannick, Gräfitzsch Alexander, Huber Markus Robert, Janczak Joanna, Kröll Dino, Lachenmayer Anja, Müller Phaedra, Oberkofler Christian Eugen, Runge Tina, Storni Federico, Thalheimer Andreas, Volonté Francesco, von Strauss und Torney Marco, Wenning Anna Silvia, Wolf Henning Wendelin, Wrann Simon, Zehetner Jörg

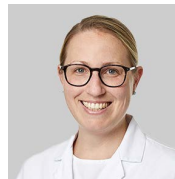
HOSPITATIONS- STIPENDIEN 2023

2

Hospitationsstipendien wurden im Jahr 2023 verliehen, und zwar an



Dr. Marionna Cathomas
*Kantonsspital Baselland,
Fachgebiet Koloproktolo-
gie am Universitätsspital
Zürich*



Dr. Valérie Krems
*Luzerner Kantonsspital,
Fachgebiet Proktologie/
Koloproktologie am
Clarunis Basel*

2000

Franken beträgt die Vergütung für ein Hospitationsstipendium maximal. Die SGVC will mit diesem Fellowship-Programm angehende Viszeralchirurginnen und Viszeralchirurgen in ihrer Weiterbildung und schweizweiten Vernetzung unterstützen. Kliniken, die ein Fellowship anbieten, erhalten als Entschädigung für ihren administrativen Aufwand CHF 1000 pro Fellowship.

HOCHSPEZIALISIERTE MEDIZIN – IVHSM

1

einzigste Beschwerde gegen Zulassungsbeschlüsse in der HSM-Viszeralchirurgie wurde vom Bundesverwaltungsgericht gutgeheissen. Ansonsten wurden alle Entscheide der Vorinstanz betreffend Zuteilungsbeschlüsse in den Teilbereichen Oesophagus-, Pankreas- und Lebertransplantation vom Bundesverwaltungsgericht bestätigt, so dass die entsprechenden Spitäler diese Eingriffe nicht mehr vornehmen dürfen. Ein Fall ist noch hängig. Die Bewerbungen für die Teilbereiche tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie wurden von den IVHSM-Organ weiter bearbeitet und werden im laufenden Jahr publiziert. Die HSM-Begleitgruppe Viszeralchirurgie hat sich wiederum mit den Audits des Registers befasst. Dabei wurden die Einträge der Leberresektionen und insbesondere auch die Follow-up-Einträge der malignen Leberfälle überprüft. Es hat sich gezeigt, dass hier noch Verbesserungspotenzial besteht. Die Spitäler wurden informiert.

Nachgefragt



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Weber
*Leiter des Departements Operative
Disziplinen und Mitglied der Spitalleitung
Stadtpital Zürich*

Markus Weber, welche Entwicklung im Bereich der HSM hat Sie am meisten überrascht?

Die meisten Chirurgen haben eingesehen, dass gewisse Einschränkungen bezüglich Fallzahlen notwendig und sinnvoll sind. Obwohl viele Spitäler Federn lassen mussten, ist die Akzeptanz für die HSM-Kriterien gross. Diese Akzeptanz kommt doch eher überraschend.

Welches stellt aktuell die grösste Herausforderung dar?

Wir dürfen nicht zu viele Aspekte und Bereiche regulieren. Vor allem in grossen Spitälern ist diesbezüglich ein entsprechender Druck spürbar. Vorerst steht jedoch im Vordergrund, den Status quo zu konsolidieren. Dazu gehört auch die Solidarität der Kantone. Wenn einzelne Kantone aus dem Konkordat ausscheren wollen, dann könnte es problematisch werden. Insofern stellt die Konsolidierungsphase eine Herausforderung dar. Es gilt, den Kantonen klar zu machen, dass HSM vor allem Prestige darstellt und es dabei nicht um die Versorgungssicherheit geht.

«Obwohl viele Spitäler Federn lassen mussten, ist die Akzeptanz für die HSM-Kriterien gross.»

Welche drei Wünsche haben Sie an die Politik?

Erstens: Keine Überregulierung. Unter dem Siegel der Qualitätssicherung müssen wir jetzt schon zahlreiche Datenbanken abfüllen. Auch die Spitalplanung wird immer komplexer. Vorgaben machen bis zu einem gewissen Grad Sinn. Doch jetzt ist es an der Zeit für ein Moratorium respektive eine Konsolidierungsphase. Zweitens: Die Administration erdrückt uns. Hier ist politischer Support gefordert, um diesen Trend zu brechen. Drittens: Das DRG-Tariffsystem erlaubt es den Spitälern nicht, die vielen Vorhalteleistungen zu finanzieren und zudem noch in Innovationen und Neubauten zu investieren. Wir befinden uns hier im Bereich des Service Public. Dieser muss nicht rentabel sein. Aber kostendeckend. Insofern sind Tarifanpassungen unumgänglich.

SWISS COLLEGE OF SURGEONS UND SGVC

3

Hauptaufgaben hat sich das Swiss College of Surgeons (SCS) auf die Flagge geschrieben: erstens die Vertretung gemeinsamer chirurgischer Interessen («chirurgische Familie»), zweitens die jährliche Austragung eines gemeinsamen Chirurgenkongresses für alle dem SCS angeschlossenen Basisorganisationen und drittens eine Harmonisierung der chirurgischen Basisweiterbildung mit der Ausgestaltung eines Core Surgical Curriculums (CSC). Dieses Curriculum will den Umbau der Weiterbildung in Richtung kompetenzbasierte Chirurgie vorantreiben. Im «White book CSC» sind die Lernziele und Kompetenzen festgehalten, die eine Kandidatin oder ein Kandidat in den ersten zwei Jahren einer chirurgischen Weiterbildung erreichen sollte. Diese decken Themen der prä-, peri- und postoperativen Betreuung ab, aber auch Kenntnisse über Pathophysiologie sowie Aspekte zu Ethik, Recht, Verwaltung und Kommunikation.

1800

Teilnehmer fanden sich am SCS-Jahreskongress ein - ein grosser Erfolg. Ein herzliches Dankeschön an alle SGVC-Mitglieder, die in Basel präsentiert und diskutiert haben.

40

Module umfasst das E-Learning. Die Fortschritte in der individuellen Weiterbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in Richtung kompetenzbasierter Chirurgie kann mit den «entrustable professional activities» (EPAs) nun auch in einer App dokumentiert werden. Das CSC umfasst 20 EPA's. Diese decken die nicht fachspezifischen Kompetenzen ab. Weitere Infos: www.swisscollegesofsurgeons.ch

Nachgefragt



Prof. Dr. med. Dieter Hahnloser
Leiter des Teams Kolon, Rektum
und Proktologie am Centre Hospitalier
Universitaire Vaudois (CHUV)

«Es braucht ein
Umdenken in der
Politik und in der
Bevölkerung.»

Dieter Hahnloser, Sie amtieren als Präsident des Swiss College of Surgeons (SCS). Unter anderem vertritt diese Organisation die berufspolitischen Interessen ihrer Mitglieder. Welche sind aktuell die drei dringlichsten politischen Anliegen?

Erstens gilt es, die Qualität der chirurgischen Weiterbildung im Operationssaal zu gewährleisten. Zweitens ist uns eine optimale Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes für chirurgische Fächer ein wichtiges Anliegen und, drittens, setzen wir uns für eine adäquate finanzielle Abgeltung der ambulanten Eingriffe (inklusive der Weiterbildung im ambulanten Bereich) ein.

Den Vertretern des Gesundheitswesens wirft man immer wieder vor, ständig zu jammern. Gibt es auch Fakten und Entwicklungen, die Grund für Freude und Zuversicht sind?

Die zunehmende Teilzeitarbeit und die Feminisierung in der Chirurgie bringen neue, dynamische Arbeitsmodelle zu Tage. Dank der Digitalisierung erfolgt die Weiterbildung zunehmend elektronisch per Apps. Die Roboter-Technologie wiederum wird vermehrt im Alltag eingesetzt, und dies nicht nur in der Hochspezialisierten Medizin, sondern auch bei Hernien und einfachen Koloneingriffen. Die Integration dieser Technologien in der ganzen Schweiz ist stimulierend.

Gibt es unter den Chirurgen einen Röstigraben? Oder anders gefragt: Ticken die Chirurgen in der Romandie politisch anders als ihre Kollegen in der Deutschschweiz?

Ich kenne beide Seiten gut: Aufgewachsen bin ich am Röstigraben in Fribourg, weitergebildet habe ich mich in der Deutschschweiz und nun bin ich in der Romandie tätig. Der Weg des Patienten zur Chirurgie ist in der Romandie, im Tessin oder der Deutschschweiz sehr unterschiedlich. Aber sobald der Chirurg «im Bauch» ist, so sind die Operation und die Behandlung gleich. Auch der Einsatz für die Patientinnen und Patienten ist identisch und hängt mehr vom Individuum als von der Sprachregion ab.

Welche Fehler sollte der Nachfolger oder die Nachfolgerin von Alain Berset unbedingt vermeiden?

Man kann nicht erhöhte Qualität und Versorgungssicherheit zum gleichen Preis bekommen. Die Bevölkerung muss hierzu aufgeklärt werden. Für einen Weekendtrip nimmt man zwei bis drei Flugstunden in Kauf, aber nur das nächste Spital ist das beste. Nicht alle Spitäler können in Zukunft alle Leistungen jederzeit anbieten. Es braucht ein Umdenken der Politik und auch der Bevölkerung.

BEREINIGUNG SCHWERPUNKTTITEL

1

einzigster Schwerpunkttitel für die Traumatologie – diese Reform hat uns in den vergangenen Monaten und Jahren auf verschiedenen Ebenen beschäftigt. Durch das SIWF wurde aufgezeigt, dass der bisherige Titel für Allgemeinchirurgie und Traumatologie (ACT) mit dieser Neuorganisation ungültig wird und die bisherigen ACT-Titelträgerinnen und -träger entweder neu den Schwerpunkt Traumatologie (automatisch) oder den Schwerpunkt Viszeralchirurgie (via Übergangsbestimmungen) erhalten müssen. Nachdem der Vorstand vom SIWF diese Revision im Juni 2022 gutgeheissen hat, hat im Juni 2023 nun auch die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (Swiss Orthopaedics) dem gemeinsamen interdisziplinären Schwerpunkttitel zugestimmt. Aktuell gibt es noch Abstimmungen und Bereinigungen zwischen den beiden Fachgesellschaften. Geplant ist, den neuen Schwerpunkttitel per 1. Januar 2024 einzuführen. Ebenso hat die SGVC das überarbeitete Weiterbildungsprogramm dem Vorstand der SGC vorgelegt und hernach beim SIWF eingereicht. Darin enthalten sind auch die o.g. Übergangsbestimmungen. Ziel der SGVC ist es, das neue Weiterbildungsprogramm ebenfalls per 1. Januar 2024 in Kraft treten zu lassen.

Nachgefragt



Prof. Dr. med. Markus K. Müller
Klinikdirektor Chirurgie Spital Thurgau,
Chefarzt Klinik für Viszeral-, Unfall-
und Gefässchirurgie, Kantonsspital
Frauenfeld, CMO thurmed AG

Welche Auswirkung hätte die Einführung der vom VSAO geforderten 42-Stunden-Woche auf die verschiedenen chirurgischen Ausbildungen?

Junge Ärzte und Ärztinnen, welche Chirurgen werden wollen, wissen, dass dieser Beruf mit langen Arbeitszeiten und Einsätzen zu Unzeiten verbunden ist. Diese Kolleginnen und Kollegen sollte man nicht mit einer rigiden Arbeitszeitregelung am Fortschreiten ihrer Karriere hindern. Bis Facharzt-Niveau kann man jemanden sicherlich in einer 42-Stunden-Woche ausbilden. Darüber hinaus braucht es aber für eine verantwortungsvolle Position in einer leitenden Kaderarztfunktion Erfahrung. Diese Erfahrung kann man sich nur bei der Arbeit holen. Wenn heute die Kandidaten für einen Schwerpunkttitel in Viszeralchirurgie über 40 Jahre alt sind, ist das unbefriedigend.

Weshalb ist die Ausbildung in der Chirurgie komplexer als in anderen Fachrichtungen?

Die chirurgische Arbeit bedingt einerseits eine operative Geschicklichkeit. Andererseits sind aber auch eine hohe soziale Kompetenz und Empathie gegenüber den Patienten sowie hohe intellektuelle Fähigkeiten gefragt. Wenn die Weiterbildungszeit durch ein rigides Arbeitszeitgesetz begrenzt wird, bedeutet das zwangsläufig, dass sich Chirurgen weiter subspezialisieren werden, um in ihrem Spezialgebiet die nötige professionelle Sicherheit und Erfahrung zu erlangen. Auf gar keinen Fall unter-

stütze ich Bestrebungen, Chirurgen nur noch auf das handwerkliche Geschick zu reduzieren und quasi die intellektuelle und soziale Arbeit mit dem Patienten an andere Disziplinen auszulagern. Chirurgen sind meiner Haltung nach Internisten mit erweiterten chirurgischen und operativen Fertigkeiten.

«Erfahrung kann man sich nur bei der Arbeit holen.»

Stichwort Fachkräftemangel: Welche Massnahmen könnten helfen, um den chirurgischen Werdegang attraktiver zu machen?

Wenn man sich unter Ärzten umhört, haben und hatten viele den Wunsch, Chirurg zu werden. Ein Teil von ihnen ist im Verlauf der Weiterbildung ausgeschieden und hat – aus welchen Gründen auch immer – ein anderes Fach gewählt. Ich glaube, es gibt genügend junge Ärztinnen, welche den Beruf der Chirurgie erlernen wollen. Wichtig ist allerdings, dass die mediale Berichterstattung davon Abstand nimmt, diesen Beruf ständig schlecht zu machen. Trotz hoher körperlicher und psychischer Belastung hat dieser Beruf doch ein enorm grosses Potenzial, um dem Chirurgen oder der Chirurgin eine tiefe Befriedigung zu verschaffen.



«Grundsätzlich
wünsche ich mir
mehr Vertrauen
in den Berufsethos
der Ärzteschaft.»

**Werden genügend Chirurgen
ausgebildet?**

Ja! Wir müssen aber dafür sorgen, dass diese nicht später aus dem Beruf ausscheiden, insbesondere wegen der teilweise überbordenden Bürokratie. Das rigide Arbeitszeitgesetz, die konstant negative mediale Berichterstattung und die Kampagnen einzelner Verbände sind hinderlich und schrecken teilweise hochmotivierte und talentierte junge Kolleginnen davon ab, in Zukunft diesen Beruf zu wählen.

**Was überrascht Sie bei den Prüfungen
für den Facharzttitel immer wieder von
Neuem?**

Bei Prüfungen erlebe ich selten Überraschungen. Etwas verwundert bin ich bisweilen über den Umstand, dass der Weiterbildungsverantwortliche sich zu wenig mit seinem in Weiterbildung befindenden Kandidaten engagiert hat und ihn schlecht vorbereitet zur Prüfungen lässt. Das stellt aber eine seltene Ausnahme dar.

**Was stellt für angehende Chirurgen aktuell
die grösste Herausforderung dar?**

Für junge Kolleginnen und Kollegen ist es teilweise schwierig, Exposition im Operationssaal zu erhalten. Die Administration hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Um diese abzubauen haben, wir bei uns in der Spital Thurgau zusätzliche Stellen für klinische Fachspezialisten geschaffen, welche unsere Ärzte von administrativen Aufgaben entlasten.

**Welche Wünsche haben Sie aus ärztlicher
Sicht an die Politik?**

Ich wünsche mir weniger regulatorische Eingriffe von Seiten der Politik unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung. All diese Systeme führen zu unkoordinierten Datensammlungen und Daten-Friedhöfen, welche wiederum unzählige administrative Personen beschäftigen und am Ende für den Patienten keinen Mehrwert generieren (z.B. die Mortalitätsstatistik des Bundes oder SwissNoso uvam). Wünschenswert ist eine über die Kantone hinaus organisierte Erfassung von Gesundheitsdaten respektive Register, wie sie in anderen Länder aufgebaut wurden. Dies ist leider bislang in der Schweiz nicht möglich, was sich auch am Beispiel des elektronischen Patientendossiers zeigt. Grundsätzlich wünsche ich mir mehr Vertrauen in den Berufsethos der Ärzteschaft, verbunden mit weniger Kontrolle, dafür aber mehr Unterstützung in der Weiterbildung von jungen Kolleginnen und Kollegen, um auch ein positives Wertesystem zu vermitteln.

KOMMUNIKATION

104'460

Exemplare beträgt die Auflage der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ), die am 12. Juli 2023 unserem Präsidenten Prof. Antonio Nocito die Plattform für einen Gastkommentar mit dem Titel «Mehr Zeit für Operationen statt Formulare» eingeräumt hat.

44

Prozent aller SGVC-Mitglieder nutzen die Beekeeper-App, um sich über Neuigkeiten aus unserer Gesellschaft zu informieren. Aufholbedarf besteht bei den Beiträgen, welche bis anhin nur von einem kleinen Teil der Community gepostet werden. Um die Attraktivität zu steigern, haben wir einen Flohmarkt-Stream eröffnet. Selbstverständlich dient die App aber in erster Linie zur Verbreitung von Fachbeiträgen. Übrigens: Jedes Mitglied kann in seinem Profil die Einstellungen verändern und so z.B. Push-Meldungen erhalten.

375

Follower weist die SGVC auf ihrem LinkedIn-Profil auf, das wir im August 2022 eröffnet haben. Auf diesem Kanal veröffentlichen wir regelmässig Beiträge, um auf die Aktivitäten unserer Gesellschaft aufmerksam zu machen und News zu verbreiten, die für unsere Follower interessant sein könnten.

«DIE MACHTFÜLLE DER POLITIK BESCHNEIDEN.»



Dr. med. Andrea Donadini
CEO Swiss Surgical Practice, Lugano

«Den Visionen und wissenschaftlichen Erfahrungen der Mediziner muss mehr Gewicht gegeben werden.»

DER TESSINER ANDREA DONADINI VERTRITT IM VORSTAND DER SGVC DIE INTERESSEN DER BELEGÄRZTE. IM INTERVIEW ÄUSSERT ER SICH ÜBER DIE SCHWIERIGKEITEN FÜR SELBSTÄNDIGE UNTERNEHMER, DEN SONDERFALL TESSIN UND ERKLÄRT, WESHALB DAS GESUNDHEITSWESEN VON GRUND AUF NEU GEDACHT WERDEN MUSS.

Dass die Spitäler in Finanznöten stecken und händeringend nach Fachkräften suchen, ist allgemein bekannt. Weniger im Rampenlicht stehen die Belegärzte. Was stellt für die selbstständig tätigen Chirurgen die grösste Herausforderung dar? Welche Probleme bereiten Ihnen am meisten Sorgen?

Wir stehen vor einem moralisch-ethischen Dilemma. Auch Privatärzte müssen dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit Folge leisten, ohne aber bei der Behandlungsqualität Abstriche zu machen. Sorgen bereiten mir die Tarife des TARDOC, die dem enormen Anstieg der administrativen und bürokratischen Kosten in keiner Weise Rechnung tragen. Es ist inakzeptabel, dass die Tarife in einigen Fällen um bis zu 80 Prozent reduziert werden. Denn wir dürfen nicht vergessen, dass bereits die TARMED-Tarife kontinuierlich gesenkt wurden,

Welche Folgen befürchten Sie?

Wenn die Leistungen der privaten Ärzte vor dem Hintergrund der steigenden

Kosten nicht adäquat vergütet werden, kann man nicht ausschliessen, dass die Patienten und Patientinnen zunehmend in ein stationäres Setting geschickt werden. Eine solche Verschiebung könnte zu einem unkontrollierbaren Wachstum der Gesundheitskosten führen. Zudem ginge die persönliche Nähe zu den Patienten verloren, die einfach zu einer Fallnummer im System avancieren würden. Diesen moralischen Aspekt gilt es bei den Diskussionen um die Tarife zu beachten.

Wie unterscheidet sich die Arbeit der Ärzte im Tessin vom Rest der Schweiz?

Das Tessin stellt in allen Arbeitsbereichen einen Sonderfall dar. Die stark regional geprägte Denkweise stellt die Spitäler vor Schwierigkeiten. Davon zeugt die Tatsache, dass wir im Tessin nebst den privaten Häusern fünf öffentliche Akutspitäler haben. Dazu kommt ein Umstand, den wir angehen müssen: Viele meiner Tessiner Landsleute kehren dem Tessin den Rücken respektive kehren nach ihrer Ausbildung auf der Alpennordseite nicht mehr in ihren Heimatkanton zurück. Mit einem Job im Tessin liebäugeln heute vornehmlich Kollegen mit einer Ausbildung, die nur von der Politik und den Behörden anerkannt wird. Wir stehen somit vor der grossen Frage, ob wir auf unsere Kollegen setzen sollen, die in Schweizer Institutionen ausgebildet wurden, oder auf Berufstätige, die unseren «Wohlstand» suchen.

«Es ist inakzeptabel, dass die Tarife in einigen Fällen um bis zu 80% reduziert werden.»

Sie haben Ihre Karriere 2006 als chirurgischer Oberarzt in Delémont lanciert. Heute sind Sie als Belegarzt in Lugano tätig. Was stellte in dieser Zeit für Sie die grösste Veränderung dar.

Ich bin von einem Spital in der Peripherie der Schweiz, wo ich eine 360-Grad-Chirurgie betrieb (sowohl viszeral als auch traumatologisch und pädiatrisch), in ein universitäres Spital mit komplexen viszeralkirurgischen Fällen gewechselt, nämlich das CHUV in Lausanne, ehe ich in Lugano eine Praxis eröffnete, in der ich mich vor allem um viszeralkirurgische Patienten kümmere. Was soll ich antworten? Alles war positiv! Ich habe auf jeder Station meiner Karriere sehr viel gelernt, und zwar dank meinen Vorgesetzten und meiner Hartnäckigkeit.

Wenn Sie die Macht hätten: Welche drei Dinge würden Sie sofort verändern, um die Arbeitsbedingungen für die Ärzte zu verbessern?

Schwierige Frage! Ich riskiere es mal... Erstens: Die Machtfülle der Politik und der Verwaltung beschneiden und der Ärzteschaft sowohl bei planerischen als auch bei den betrieblichen Fragen mehr Platz einräumen. Den Visionen und den wissenschaftlichen Erfahrungen der Mediziner muss mehr Gewicht gegeben werden, vor allem dann, wenn diese Lösungsansätze auf nationalen und internationalen Parametern beruhen. Zweitens: Das Gesundheitswesen revolutionieren. Es ist inakzeptabel,

dass die Versicherungen mit der Gesundheit unserer Patienten Geld verdienen. Der Wert derjenigen Personen muss anerkannt werden, die an der «Front» die Garanten für die Gesundheit sind. Das System muss auf allen Ebenen neu gedacht werden.

Was raten Sie einem jungen Medizinstudenten, der einen Weg in der Chirurgie einschlagen will?

Zuerst würde ich ihn fragen, ob er von einer grossen Leidenschaft erfüllt ist. Wenn ja, dann würde ich ihm empfehlen, viel zu arbeiten, sich möglichst viel Erfahrung anzueignen. Zudem möchte ich seine Empathie und Menschlichkeit kennenlernen: zwei unabdingbare Faktoren für diesen Beruf. Wenn er diesen Anforderungen nicht genügt, würde ich ihm einen anderen Weg ans Herz legen.

Was hat Sie in den letzten Monaten besonders gefreut?

Die Dankbarkeit und Wertschätzung, die ich von meinen Patientinnen und Patienten erhalten habe. Solche Rückmeldungen bewegen mich jeweils zutiefst. Gleichzeitig ist es ein Ansporn, mich kontinuierlich zu verbessern und weiterzubilden.

INTERESSENSGRUPPEN UND VEREINIGUNGEN

Unsere Interessensgruppen sind aktiv und haben nationale und internationale Kongresse sowie Tagungen organisiert. Zahlen, Daten und Fakten zeugen von den zahlreichen Aktivitäten, die in den vergangenen Wochen und Monaten stattgefunden haben.

SMOB

Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders

547

Teilnehmende haben sich vom 4. bis 6. Mai 2023 zum 11. Europäischen Kongress über bariatrische-metabolische Chirurgie (IFSO-EC-Kongress) im Kongresshaus in Zürich eingefunden. Es handelte sich somit um die grösste Veranstaltung in der Geschichte des Verbandes. «Das wissenschaftliche Programm war hervorragend», lautet das Fazit von Kongresspräsident Ralph Peterli, der zum neuen IFSO-EC-Botschafter bei der European Association for the Study of Obesity (EASO) bestimmt wurde.

2028

werden die IFSO-EC und die EASO den nächsten gemeinsamen europäischen Kongress durchführen. Dieser findet im 5-Jahres-Rhythmus statt. Darüber hinaus arbeiten die beiden Organisationen in einer Arbeitsgruppe zum Thema «Tourismus in der bariatrischen Chirurgie in Europa» zusammen.

4

grosse Projekte hat die SMOB initiiert:

- **Webseite:** Präsident Marco Büter plant zusammen mit dem neuen Vorstandsmitglied Stella Mantziari einen Relaunch des Webauftrittes.
- **Sponsoring:** Für die Jahrestagung, die zum ersten Mal zusammen mit der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Metabolismus und Obesitas (ASEMO) und der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) an der BernExpo stattfinden wird, wird ein neues Sponsoring-Konzept ausgearbeitet.
- **Weiterbildung:** Mit der «Swiss Obesity Academy» wird eine Webinar-Plattform lanciert. Die erste Veranstaltung findet im Oktober 2023 mit interprofessionellen Keynote-Vorträgen von nationalen und internationalen Experten statt. Sie steht auch Nicht-SMOB-Mitgliedern offen.
- **Rahmenstruktur:** Vizepräsident Bernd Schultes hat in Zusammenarbeit mit der ASEMO, zu der auch das Vorstandsmitglied Katharina Timper gehört, die Arbeitsgruppe «Koordinierte Adipositasversorgung» gegründet. Ziel ist die Schaffung und Umsetzung einer Rahmenstruktur für eine koordinierte Adipositasversorgung in der Schweiz.

SWISSACS

Acute Care Surgery

90

Mitglieder zählt SwissACS aktuell. Sie kommen jeden Montagabend exklusiv in den Genuss einer virtuellen Teaching Round mit Prof. Demetrios Demetriades und dessen Team des Departementes für Trauma, Emergency Surgery and Surgical Critical Care am Los Angeles County Medical Center.

250

Teilnehmende fanden sich am 16. und 17. März 2023 zur 12. Ausgabe der Swiss Trauma & Acute Care Surgery (STACS) Days im Inselspital in Bern ein, wo nationale und internationale Referenten auftraten.

10000

Franken beträgt das Preisgeld des SwissACS Research Price Award, der im Rahmen der STACS Days zum zweiten Mal vergeben wurde. Ausgezeichnet wurde Dr. Bianca Schnell aus Bern für ihre Arbeit mit dem Titel «Feasibility and safety of intraoperative bile duct clearance by sphincter of Oddi balloon dilatation: A prospective observational pilot study».

18

Teams gelang der Ausbruch aus dem Escape Room, den SwissACS am SCS-Kongress 2023 in Basel in Zusammenarbeit mit Medtronic organisiert hat. Im Escape Room gab es einen Trauma-Fall mit REBOA, C-Clamp und laparoskopischen Übungen zu lösen.

SWISS ENDOCRINE SURGEONS

133'000

Patientinnen und Patienten sind in der im Jahr 2015 gegründeten Datenplattform EUROCRINE erfasst. Insgesamt sind über 120 Kliniken, davon 21 aus der Schweiz, an diese Datenbank angeschlossen. EUROCRINE wird vom SGVC unterstützt. Dr. Thomas Clerici vertrat bisher ihre Interessen im EUROCRINE-Counsel; er hat dieses Amt nun an Andrea Goldmann abgetreten.

12

Webinars pro Jahr sowie ein Kongress (2022 in Athen) und eine Konferenz (2023 in Mainz), die jeweils im 2-Jahres-Rhythmus stattfinden, stellen die Weiterbildung in Zusammenarbeit mit European Society of Endocrine Surgeons (ESES) sicher. Im Jahr 2026 wird der Kongress in Genf stattfinden.

29

Ärztinnen und Ärzte sind in der Schweiz ESES-EBSQ zertifiziert. Die Schweiz weist somit die höchste Dichte an Endokrinen Chirurgen auf.

82

Mitglieder umfasste die von Maurice Matter präsidierte Arbeitsgruppe Endokrine Chirurgie (AGEC-GTCE) per 31.05.2023. 66 stammen aus der Deutschschweiz, 10 aus der Romandie, 4 aus dem Tessin und 2 aus dem Ausland.

SWISS-MIS

Swiss Minimally Invasive Surgery

3

Video-Preise und drei Zollikofer-Preise hat Swiss-MIS für Arbeiten in Grundlagen in klinischer Forschung erstmals verliehen.

5

weitere Hauptaktivitäten verdienen es, erwähnt zu werden:

- Die Teilnahme am Tripartite Meeting in Minimal Invasive Surgery MIC in Langen (Deutschland) mit Referaten und Präsentationen.
- Organisation der Sitzung «Robotic Surgery: The established and the new» mit renommierten Gastreferenten am SCS-Kongress in Basel.
- Durchführung der beliebten Masterclasses in Laparoscopic Colorectal Surgery und Laparoscopic Hernia Repair.
- Erstdurchführung der Masterclass in Laparoscopic Bariatric Surgery und der neuen Masterclass in Robotic-Surgery.
- Neumitgliedergewinnung, insbesondere bei den sich in Weiterbildung befindenden Chirurgeninnen und Chirurgen.

SAHC

Schweizerische Arbeitsgruppe für Hernienchirurgie

3

Aktivitäten standen im Zentrum der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Hernienchirurgie: Die Teilnahme am SCS-Kongress in Basel mit einer Session und einem Workshop über Hernien; der Cadaver-Workshop in Basel anlässlich der Swiss Hernia Days in Basel sowie die Integration der SAHC in der EHS mit aktiver Beteiligung an den Aktivitäten.

KOLOPROKTOLOGIE

151

Personen nahmen an der Schweizerischen Koloproktologie-Tagung in Bern teil, die am 14. Januar 2023 zum 42. Mal stattfand. Unterstützt wurde die Event von 20 Sponsoren. Der Termin für die nächste Tagung steht bereits fest: 27. Januar 2024.

5

neue Mitglieder wurden 2023 aufgenommen. Insgesamt umfasst die SAKP 212 Mitglieder.

1

Änderung gibt es im Vorstand der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Koloproktologie (SAKP): PD Dr. med. Henriette Heinrich tritt die Nachfolge von PD Dr. Miriam Thumshirn an.

SPCG

Swiss Peritoneal Cancer Group

17

Experten aus sieben Abteilungen für Chirurgie und sieben Abteilungen für medizinische Onkologie haben die umfassenden Behandlungsalgorithmen für Peritonealkrebs gastrointestinalen Ursprungs mitverfasst. Sie wurden am 1.9.2022 veröffentlicht.

4

Mal trifft sich der SPCG-Vorstand jährlich, dazu kommt eine Mitgliederversammlung, die einmal jährlich stattfindet.

32

Mitglieder gehören der SPCG mittlerweile an.

20000

Franken pro Jahr beträgt der Beitrag durch die SGVC an die SPCG. Da letztere aufgrund ihres Status als Interessensgruppe keine Mitgliederbeiträge erheben kann, ist sie auf Unterstützung angewiesen, um ihre Kosten im Bereich Administration und Website-Hosting zu decken.

«LANGWEILIG WIRD MIR DEFINITIV NICHT.»



Britta Bräutigam
Sekretärin SGVC, Meister ConCept GmbH

«Es ist spannend zu verfolgen, wie sich die SGVC ständig weiterentwickelt.»

BEI IHR LAUFEN DIE FÄDEN ZUSAMMEN: BRITTA BRÄUTIGAM LEITET SEIT ÜBER 13 JAHREN DAS SEKRETARIAT DER SGVC. HÖCHSTE ZEIT FÜR EINE BILANZ. IM GESPRÄCH ÄUSSERT SIE SICH ÜBER ERFAHRUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN IM ALLTAG SOWIE MACKEN DER CHIRURGEN.

Was war für Sie im letzten Geschäftsjahr der SGVC das Highlight?

Da ich persönliche Kontakte sehr schätze, stellte jede Teilnahme an einer Vorstandssitzung oder an einem Kongress ein sehr schönes Erlebnis dar.

Welche drei Tätigkeiten haben Sie ressourcenmässig am meisten beschäftigt?

An erster Stelle die gesamte Vorstandsarbeit, inkl. der Vor- und Nachbearbeitung diverser Projekte. Dazu kommen die Organisation der Schwerpunktprüfungen, und last but not least, die Beantwortung diverser Anfragen via E-Mail und Telefon.

Was ist der spannendste Aspekt Ihrer Tätigkeit für die SGVC?

Es ist spannend zu verfolgen, wie sich die SGVC ständig weiterentwickelt. Langweilig wird es mir bei meiner Arbeit definitiv nicht.

Was stellt für Sie die grösste Herausforderung dar?

Unsere Mitglieder zu überzeugen, selbst ein aktiver Teil unserer dynamischen Gesellschaft zu werden, sei es z.B. via

Beiträgen im Beekeeper oder der Teilnahme an der Mitgliederversammlung.

Im Zeitalter der Digitalisierung stellen physische Events eigentlich einen Luxus dar. Was braucht es, damit Events weiterhin unverzichtbar bleiben?

Insbesondere die ersten Kongresse nach der Covid-19-Pandemie haben gezeigt, dass der persönliche Austausch ausserordentlich geschätzt wird. Auch wenn digitale und hybride Veranstaltungen ihre Vorteile haben (z.B. Zeitgewinn, Unverbindlichkeit), gilt es, diesem persönlichen Faktor in Zukunft besonders Rechnung zu tragen, z.B. durch interaktive Sitzungen mit hohem Diskussionsanteil, Networking-Corner, gemeinsamen Erlebnissen in den Pausen oder beim Abendanlass, Einbezug von Innovationen (Virtual Reality, Extended Reality) und so weiter.

Auf die Gefahr hin, dass Sie sich unbeliebt machen: Auf welche Macke(n) der Chirurgen könnten Sie verzichten?

Auch nach über 13 Jahren SGVC-Sekretariat konnte ich noch keine uncharmante «Chirurgen-Macke» identifizieren. Ganz im Gegenteil: Die meisten Kontakte mit dem Vorstand und den SGVC-Mitgliedern sind äusserst kollegial und wertschätzend.

Welche Rückmeldung hat Sie am meisten gefreut?

Ich freue mich über jede Rückmeldung; sei es ein Lob oder ein konstruktives Feedback.



**Schweizerische Gesellschaft
für Viszeralchirurgie SGVC**

Sekretariat Britta Bräutigam
c/o Meister ConCept GmbH
Bahnhofstrasse 55
CH-5001 Aarau 1

T +41 62 836 20 84
sgvc@meister-concept.ch