

EXPERTISE MIT BAUCHGEFÜHL

Jahresbericht 2024/25
Zahlen, Fakten und Kommentare



Bürokratie
*Weniger Kontrolle,
mehr Vertrauen*

Hochspezialisierte Medizin
*Drei Handlungsempfehlungen
für eine Reform*

Tarife
*Tardoc – ein grosser
Schritt vorwärts*



AUF EINEN BLICK

Auch im Geschäftsjahr 2024/25 war die SGVC in vielfältiger Weise engagiert – ein Einsatz, der sich im vorliegenden Jahresbericht eindrucksvoll widerspiegelt. Die zahlreichen Projekte, Initiativen und Veranstaltungen verdeutlichen die breite Wirkung und das vielfältige Tätigkeitsfeld der SGVC.

Die Beiträge der Vorstandsmitglieder sowie der Gastautorinnen und -autoren geben Einblicke in zentrale Entwicklungen, Herausforderungen und Erfolge des vergangenen Geschäftsjahres. Der Jahresbericht lädt dazu ein, die wichtigsten Stationen und Themen nochmals Revue passieren zu lassen – und soll zugleich Impulse für die Bewältigung zukünftiger Aufgaben und Herausforderungen geben.

Der Vorstand der SGVC wünscht eine anregende und aufschlussreiche Lektüre.

4

SGVC: Der Name ist Programm

6

Editorial: Prof. Dr. med. Markus K. Müller

10

Das ist der Vorstand der SGVC

14

Fokusthema: Kampf gegen die Bürokratie

24

Hospitationsstipendien

28

Felix-Largiadèr-Preis

30

Best Visual Abstract

32

Hochspezialisierte Medizin (HSM)

36

Schwerpunkt Viszeralchirurgie

38

SIWF: Interview mit Jörg Gröbli

42

Tarife

44

Interessensgruppen

48

Schlusswort: Dr. med. Yvonne Gilli

Impressum

Konzeption, Redaktion und Grafik: Markus K. Müller, Antonio Nocito, Britta Bräutigam, Omar Gisler, Tanja Martin
Fotos: Karl-Heinz Hug | Druck: Häflinger Druck, Wettingen (Kromer Print AG) | Auflage: 530 Exemplare | Redaktionsschluss: Juli 2025

SGVC – DER NAME IST PROGRAMM

Die Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC) ist eine Schwerpunktgesellschaft, die sich der Förderung und Weiterentwicklung der Viszeralchirurgie in der Schweiz widmet. Als eigenständige Organisation setzt sie sich für die Interessen der Viszeralchirurginnen und -chirurgen ein und trägt massgeblich zur Qualitätssicherung in diesem medizinischen Fachgebiet bei.



Weitere Infos:
www.viszeralchirurgie.ch

Geschichte und Entwicklung

Die SGVC wurde am 19. März 1993 als eigenständiger Verein nach Artikel 60 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches gegründet. Ziel war es, die Viszeralchirurgie innerhalb der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC) zu stärken und ihr eine klare organisatorische Struktur zu geben. Im Gründungsmanifest heisst es:

«Die Gründung einer Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie ist ein Ausdruck der fortschreitenden Diversifizierung der Chirurgie. Die in der Chirurgie geforderten Kenntnisse und Fertigkeiten haben einen Umfang angenommen, die ein einzelner schon lange nicht mehr beherrschen kann. (...) Eine der Hauptaufgaben der neuen Gesellschaft ist es daher, die Bemühungen der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie um eine zeitgemässe Weiterbildungsordnung zu unterstützen und dabei die spezifischen viszeralchirurgischen Anliegen einzubringen.»

Seither hat sich die SGVC zu einer zentralen Akteurin in der chirurgischen Landschaft der Schweiz entwickelt. Sie ist eine Basisorganisation des Swiss College of Surgeons (SCS), das 2017 gegründet wurde, um die chirurgischen Fachgesellschaften unter einem Dach zu vereinen und die Weiterbildung zu koordinieren.

Zweck und Aufgaben

Gemäss ihren Statuten verfolgt die SGVC folgende Hauptziele:

- Förderung der Viszeralchirurgie in Zusammenarbeit mit der SGC.
- Bearbeitung gesundheitspolitischer und standespolitischer Fragen, einschliesslich Weiterbildung, Fortbildung und Titelführung.
- Vertretung der Interessen der Viszeralchirurgie in Berufsorganisationen und bei Tarifverhandlungen.
- Zusammenarbeit mit europäischen Fachgesellschaften gleicher oder ähnlicher Zielsetzung.

«Bürokratie, ungenügende Tarife und der Fachkräftemangel stellen grosse Herausforderungen dar.»

Die SGVC engagiert sich aktiv in der Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder, beteiligt sich regelmässig an der Organisation von Kongressen und Veranstaltungen und arbeitet eng mit

europäischen Fachgesellschaften zusammen. Durch diese Aktivitäten trägt sie zur Weiterentwicklung der Viszeralchirurgie bei und setzt sich für die Interessen ihrer Mitglieder auf nationaler und internationaler Ebene ein.

Mitgliederstruktur

Die SGVC zählt derzeit über 500 Mitglieder. Die Mitgliedschaft steht Fachärztinnen und Fachärzten für Chirurgie offen, die sich auf Viszeralchirurgie spezialisiert haben. Es gibt verschiedene Mitgliedskategorien, darunter ordentliche Mitglieder, Juniormitglieder in Weiterbildung sowie zugewandte Mitglieder.

Herausforderungen

Eine Umfrage unter den Mitgliedern der SGVC hat im Sommer 2024 ergeben, dass etwa 90 Prozent der Viszeralchirurginnen und -chirurgen eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen befürchten. Als besonders belastend werden bürokratische Vorschriften und ungenügende Tarife empfunden. Zudem besteht Sorge um den Nachwuchs, da mehr als die Hälfte der Befragten bezweifelt, dass in den kommenden Jahren genügend junge Medizinerinnen und Mediziner die Viszeralchirurgie als Fachgebiet wählen werden.

503

Mitglieder zählt die SGVC per 30.04.2025. Die Zusammensetzung sieht folgendermassen aus:

319 Ordentliche Mitglieder
81 Freimitglieder
13 Ehrenmitglieder
89 Zugewandte Mitglieder
1 Juniormitglied

24

Mitglieder stiessen im Zeitraum 2024/25 neu zur SGVC. Willkommen im Club!

13

Ehrenmitglieder zählt die SGVC. An der Mitgliederversammlung 2024 wurde Dr. med. Stefan Birrer als neues Ehrenmitglied aufgenommen. Wir gratulieren ihm herzlich zu dieser Wahl.

KAMPF GEGEN DIE ÜBERREGULIERUNG: WENIGER IST MEHR



Prof. Dr. med. Markus K. Müller
Präsident SGVC
Chief Medical Officer (CMO) Thurmed AG,
Klinikdirektor Chirurgie Spital Thurgau

«Mehr Aufwand
für Formulare,
weniger Zeit für
Patienten.»

Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht. Kaum irgendwo zeigt sich diese alte Weisheit deutlicher als im Gesundheitswesen – und ganz besonders in der (Viszeral-)Chirurgie. Die Absicht der Behörden, Qualität und Sicherheit zu fördern, ist zweifellos ehrenwert. Doch was in der Theorie vernünftig klingt, bringt in der Praxis häufig gravierende Nebenwirkungen mit sich: eine ausufernde Bürokratie, die unsere tägliche Arbeit zunehmend erschwert. Die Ursache ist dabei fast immer dieselbe: Statt auf die ärztliche Kompetenz und Verantwortung zu vertrauen, richten sich die Regulierungen an wenigen negativen Ausnahmen aus – an den berüchtigten «schwarzen Schafen». Damit wird ein Generalverdacht impliziert, der uns tief trifft. Die Annahme, wir würden nur gute Arbeit leisten, wenn man uns kontrolliert, ist nicht nur realitätsfern, sondern ein Affront gegenüber unserem Berufsethos.

Denn wir Chirurgen und Chirurginnen geben täglich unser Bestes, um unseren Patienten zu helfen – oft unter extremem Druck und mit dem festen Ziel, das Wohlergehen der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten zu sichern. Wir leiden mit ihnen, wenn wir ihnen nicht helfen können oder wenn durch unsere Handlungen Komplikationen und Beschwerden entstehen. Ich kenne keinen Kollegen, der aus Eigennutz operiert. Jeder von uns überlegt sich sorgfältig, ob er dem Patienten die bestmögliche Versorgung bieten kann; andernfalls wird er an eine spezialisierte Klinik verwiesen.

Dieses ethisch-moralische Pflichtgefühl, seit Jahrhunderten mit dem Eid des Hippokrates verankert, steht im Kontrast zu einer Politik und Verwaltung, die glauben, dass immer mehr Erlasse und Formulare zu besseren Behandlungsergebnissen führen. Tatsächlich sehen wir uns einer wachsenden Flut von Vorschriften gegenüber, die unseren Arbeitsalltag erschweren, ohne die Versorgungsqualität zu verbessern. Während für die eigentliche Patientenbetreuung immer weniger Zeit bleibt, steigt der administrative Aufwand für Aufgaben, die keinen Mehrwert für die Patienten schaffen. Besonders spürbar ist dies seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes und der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit vom 1. April 2021, die in der Praxis mehr und mehr zu einem bürokratischen Albtraum geführt haben.

Es ist daher das Gebot der Stunde, am Rad der Zeit zu drehen – rückwärts! Welche der in der jüngeren Vergangenheit erlassenen Regularien würden Chirurgen am liebsten abschaffen? Eine Umfrage unter Vorstandskolleginnen und -kollegen der SGVC hat klare Antworten geliefert: Begriffe wie Mortalitätsstatistik, Arbeitszeitbeschränkung, Zertifizierungen, Swissnoso oder AQC dominieren die Liste der Vorschriften, die sie am liebsten auf der Müllhalde der Geschichte entrümpeln würden. Tatsächlich gibt

es eine Reihe von regulatorischen Vorgaben, deren Sinn und Zweck kritisch hinterfragt werden müssen:

Mortalitätsstatistik

Ein Paradebeispiel für eine überflüssige Pflichtübung ist die Mortalitätsstatistik des Bundesamts für Gesundheit (BAG), die mit zweijähriger Verzögerung an die Spitäler verschickt wird. Diese Statistik berücksichtigt lediglich das Geschlecht und das Alter als Diskriminator, während entscheidende Faktoren wie Komorbiditäten oder die Krankheitsgeschichte der Patienten unbeachtet bleiben. Daraus wird dann gefolgert, dass die Mortalität bei einer bestimmten Diagnose den Benchmark übersteigt – eine wenig aussagekräftige Analyse, da viele der erfassten Patienten sich in einem palliativen Stadium befanden oder eine intensivmedizinische Behandlung nicht mehr zumutbar war. Ein kompetenter Kliniker analysiert seine Komplikationen und Todesfälle regelmässig in internen Konferenzen – eine externe Statistik mit jahrelanger Verzögerung ist daher nicht nur unnötig, sondern auch realitätsfremd.

Begrenzung der Arbeitszeit

Ein weiteres Ärgernis ist die Forderung nach einer Begrenzung der Arbeitszeit in der chirurgischen Weiterbildung. Es ist durchaus möglich, einen chirurgischen Facharzt im heutigen System innerhalb von sechs Jahren mit einer Wochenarbeitszeit von 42+4 Stunden auszubilden. Doch am Ende dieser Zeit

wird dieser Arzt respektive diese Ärztin noch lange nicht in der Lage sein, selbstständig komplexe chirurgische Eingriffe durchzuführen. Wer mit diesem System zufrieden ist, wird auch weiterhin entsprechende Weiterbildungsstellen finden. Allerdings sind sich viele junge Kolleginnen und Kollegen, die eine strikte Arbeitszeitregelung fordern, nicht bewusst, dass sie später nicht mit dem Gestaltungsspielraum heutiger Kaderärzte rechnen können. Sie werden dann als «normale» Chirurgen tätig sein, die ihren Lebensunterhalt mit Eingriffen wie Hernien- und risikoärmeren Gallenblasenoperationen bestreiten. Diese Fachkräfte werden wir auch in Zukunft benötigen und ausbilden.

Gleichzeitig wünschen sich die Leiterinnen und Leiter von Weiterbildungsstätten jedoch, gezielt jene Talente zu fördern, die die Chirurgie als Berufung verstehen und bereit sind, dieser Disziplin mehr zu widmen, als es eine reine Erwerbstätigkeit erfordert. Dass es heute nicht möglich ist, Spitzenkräfte ausserhalb der 42+4-Stunden-Regel zu fördern, ohne das Arbeitsgesetz zu verletzen, spiegelt ein Denken wider, das dem Leistungsgedanken der Chirurgie widerspricht. Wer wird in Zukunft eine Klinik leiten und komplexe chirurgische Eingriffe durchführen können, wenn die heutigen Führungskräfte ihre Erfahrung noch mit deutlich mehr als 42 Stunden pro Woche und unter wesentlich geringerer administrativer Belastung gesammelt haben? ▶

«Es gilt, jene Talente zu fördern, die Chirurgie als Berufung verstehen.»

«Die Swisssoso-Statistik zur Prävalenz von Infektionen ist ein irritierendes Beispiel für eine unnötige Datenerhebung.»

Auch die Forderung nach einem Abbau der Bürokratie ist wichtig, doch sie wird nicht dazu führen, dass 42 Wochenstunden mehr praktische Erfahrung und Exposition ermöglichen. Zudem gilt auch in anderen Berufsfeldern, dass zukünftige Führungskräfte nicht an gewerkschaftlich geregelte Arbeitszeiten gebunden sind. Wenn ein Patient eine chirurgische Leistung in Anspruch nimmt, wünscht er sich einen Chirurgen, der seinen Beruf als Berufung versteht und sich über die 42-Stunden-Woche hinaus für seine Patienten engagiert. Genau solche Menschen benötigen wir für künftige Kaderpositionen und die Leitung von Weiterbildungsstätten. Doch die Verfechter einer strikten Arbeitszeitregulierung stammen oft aus einem Umfeld, das wenig Interesse am Leistungsprinzip der Chirurgie zeigt.

Registereinträge

Auch die immer umfangreicheren Dateneingaben in verschiedene Register wie AQC, Swisssoso oder das Krebsregister sind ein weiteres Beispiel für ausufernde Bürokratie. Diese Datensammlungen produzieren nichts weiter als riesige, unstrukturierte Datenfriedhöfe, die kaum eine fundierte Auswertung erlauben. Besonders irritierend ist die Swisssoso-Statistik zur Prävalenz von postoperativen Infektionen. Hier zeigen sich offensichtliche Unstimmigkeiten: Beispielsweise melden viele Zentren bei Appendektomien eine Infektionsrate von 0%, was schlichtweg unrealistisch ist. Solche verzerrten Daten führen

dazu, dass Spitäler, die ehrliche Zahlen liefern, im Benchmark ungerechtfertigt schlechter abschneiden.

HSM: Auf Fallzahlen fokussiert

In der Hochspezialisierten Medizin (HSM) ist ein weiteres Bürokratiemonster herangewachsen. In der Viszeralchirurgie werden minimale Fallzahlen als alleiniger Qualitätsindikator herangezogen, ohne die tatsächliche Behandlungsqualität zu berücksichtigen. Dies führt zu massiven Störungen in der regionalen Versorgungskette, weil spezialisierte Eingriffe zunehmend auf wenige Universitätskliniken konzentriert werden. Trotz der von uns wiederholt vorgebrachten Forderung, hier Re-Entry-Kriterien zu schaffen, um die regionale Versorgung sicherzustellen, bleibt die Politik untätig (mehr dazu ab Seite 33).

Audits: Hauptsache zertifiziert

Überall wird nach Zertifikaten gestrebt: In der Personalführung, in der Nahrungswirtschaft, im Tourismus – und längst auch im Klinikbetrieb. Die sogenannte «Zertifizitis» ist ein weiteres anschauliches Beispiel für die überbordende Bürokratie im Gesundheitswesen. Dabei geht es meist nicht um echte Qualitätsverbesserung, sondern in erster Linie um das Dokumentieren bestehender Abläufe und das Vorzeigen von Audits durch externe Prüfstellen. Ein fragwürdiger Trend ist die freiwillige Entscheidung vieler chirurgischer Kliniken, sich von ausländischen Zertifizierungsorganisationen prüfen

zu lassen. Das Resultat: Eine Oberarztstelle wird über Monate für das Projekt gebunden, zahllose Aktenordner füllen sich, und erhebliche Mittel fließen in Datenmanagement und Dokumentation. Die damit verbundenen Stellen und der Aufwand für Datenerhebung strapazieren nicht selten die ohnehin knappen Budgets der Kliniken.

Besonders ärgerlich wird es, wenn zusätzlich Beratungsfirmen ins Spiel kommen, die das Vorhaben nicht nur weiter verteuern, sondern in einer Art unheiliger Allianz mit den Zertifizierungsstellen agieren. Dann geht es plötzlich um Details wie die korrekte Beschilderung des Behandlungsraums für Stoma- und Wundpflege – statt um das, was wirklich zählt. Dabei wäre es oft ausreichend, wenn sich die Behandlungsteams auf einheitliche, evidenzbasierte Standards verständigten, eine offene Fehlerkultur pflegten und die Qualitätssicherung eigenverantwortlich umsetzten. Es sollte um gelebte Qualität gehen – nicht um ein Zertifikat in der Eingangshalle des Spitals, das von den wenigsten Patientinnen und Patienten wahrgenommen, geschweige denn validiert wird.

Was unsere Patientinnen und Patienten suchen, ist in erster Linie eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren behandelnden Fachkräften. Könnte es sich beim Phänomen der «Zertifizitis» nicht vielmehr um die zwanghafte Auswirkung einer unbegründeten Angst («Fear of missing out») handeln, irgendwann den Anschluss zu verlieren?

Fazit: Weniger ist mehr

Die regulatorischen Eingriffe der Behörden haben in den letzten Jahren ein untragbares Mass erreicht – ohne dass bisher ein konkreter Nachweis erbracht wurde, dass diese Massnahmen die gewünschten positiven Effekte haben. Angesichts des Fachkräftemangels, der begrenzten Weiterbildungszeit und des exponentiellen Wissenszuwachses in der Chirurgie ist es höchste Zeit, innezuhalten und keine neuen Regularien einzuführen. Wir wären schon zufrieden, wenn die Bürokratie nicht weiter anwachsen würde und stattdessen wieder mehr Eigenverantwortung und Vertrauen in die chirurgischen Akteure zurückkehren würden.

Denn die Menschen, die in diesem Beruf arbeiten, verfügen über ein hohes Arbeitsethos. Wer sich nur an wenigen schlechten Beispielen orientiert und alle anderen dadurch belastet, untergräbt das Vertrauen in ein effizientes, patientenorientiertes und leistungsfähiges Gesundheitssystem. Getreu dem Motto «Weniger ist mehr» bleibt der Kampf gegen die Überregulierung eine zentrale Aufgabe unseres Verbandes.

«Getreu dem Motto <Weniger ist mehr> bleibt der Kampf gegen die Überregulierung eine zentrale Aufgabe unseres Verbandes.»



Prof. Dr. med. Markus K. Müller
*Präsident SGVC, Chief Medical Officer (CMO)
Thurmed AG, Klinikdirektor Chirurgie Spital
Thurgau*

DER VORSTAND

Elf Mitglieder mit Stimmrecht umfasst der Vorstand der SGVC. Dazu kommen noch drei Vertreter von Interessensgruppen, die allerdings über kein Stimmrecht verfügen. Das Gruppenbild des Vorstands entstand anlässlich einer Retraite im Februar 2024.



Dr. Andrea Donadini

Dr. Valentine Luzuy-Guarnero

Prof. Dr. Dieter Hahnloser

Prof. Dr. Maurice Matter

Prof. Dr. Beat Schnüriger

PD Dr. Diana Vetter



Prof. Dr. Markus K. Müller

Prof. Dr. Guido Beldi

Prof. Dr. Frédéric Ris

Dr. Fariba Abbassi

Britta Bräutigam

Prof. Dr. Antonio Nocito

Prof. Dr. Markus Weber

Prof. Dr. Ralph Peterli

Dr. Diego De Lorenzi

DIE AKTIVITÄTEN DES VORSTANDES

213'726

Franken betragen die gesamten Ausgaben im Jahr 2024, denen Einnahmen von CHF 206'044 gegenüberstanden.

7682

Franken Reinverlust ergaben sich daraus.

616.50

Stunden Aufwendungen hatte das Sekretariat im Jahr 2024:

- Allgemeine Administration: **126.75h**
- Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlung: **121h**
- Finanzen und Webseite/Kommunikation: **49.25h**
- Prüfungskommission und Organisation Schwerpunktprüfungen: **119.75h**
- Bildungskommission und Bearbeitung Titelanträge: **100h**
- Rekurskommission und Bearbeitung Rekursanträge: **2.25h**
- Anträge Weiterbildungsstätten und Organisation Visitationen: **22.50h**
- Aufgleisen Verselbständigung und Online-Tool: **75h**

4

Mal hat der Vorstand seit der ordentlichen Mitgliederversammlung vom 12. September 2024 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)
- Organisation wissenschaftliche Sitzungen und Freie Mitteilungen für das SCS Annual Meeting sowie den SGG-SGVC-SASL-Kongress
- Organisation Schwerpunktprüfungen
- Administrative und organisatorische Aufgaben rund um die Erteilungen des Schwerpunkts Viszeralchirurgie (Verselbständigung)
- Neuanträge Weiterbildungsstätten und Visitationen einzelner Kliniken respektive Institutionen im Hinblick auf den Schwerpunkt Viszeralchirurgie
- Hospitationsstipendium 2025
- Tarife
- Kommunikation, Webseite & Social Media



BÜROKRATIE IM FOKUS: WENIGER IST MEHR

Wo Vorschriften wuchern, ersticken sie oft das Wesentliche. Bürokratie, einst geschaffen zur Ordnung, gerät aus dem Gleichgewicht, wenn sie das Handeln lähmt statt ermöglicht. Die SGVC setzt sich deshalb für eine Rückbesinnung auf das Sinnvolle ein: für Strukturen, die dienen – nicht dominieren. Denn wahre Qualität entsteht dort, wo Freiheit und Verantwortung aufeinandertreffen.

Doch wo sollen wir den Hebel ansetzen? Wir haben unsere Vorstandsmitglieder gefragt, welche drei regulatorischen Vorgaben, die seit 2010 eingeführt wurden, ihrer Meinung nach überflüssig sind und sofort wieder abgeschafft werden sollten. Gesagt, getan!

Unsere Autorinnen und Autoren trugen Beispiele zusammen, die aufzeigen, dass Bürokratie den klinischen Alltag in verschiedenen Bereichen lähmt. Die Palette reicht von den Tumorboards über die Forschung bis hin zur Personalführung.

Lesen Sie auf den folgenden Seiten die Einschätzungen und Erfahrungen unserer Vorstandskolleginnen und -kollegen aus der Deutschschweiz, der Romandie und dem Tessin.

Management Summary

Wider den bürokratischen Wildwuchs. Fünf zentrale Erkenntnisse:

1. Überbordende Bürokratie belastet die Versorgung

Die massive Zunahme administrativer Aufgaben (z. B. durch elektronische Dossiers, Dokumentationspflichten) wirkt sich negativ auf Patientennähe und Behandlungsqualität aus.

2. Regulierung ist oft praxisfern und hemmend

Vorgaben wie das Humanforschungsgesetz, die HSM-Zuteilung oder starre Arbeitszeitregelungen ignorieren klinische Realitäten und blockieren Effizienz, Weiterbildung und Innovation.

3. Digitalisierung scheitert an Umsetzbarkeit

Systeme wie das elektronische Patientendossier sind technisch aufwendig, schlecht integriert und bringen im Alltag mehr Aufwand als Nutzen.

4. Vertrauen in Fachkompetenz nimmt ab

Ärztliche Eigenverantwortung wird durch übermässige Kontrolle, starre Leitlinien und entmündigende Vorschriften untergraben – entgegen dem Prinzip der personalisierten Medizin.

5. Datenbasierte Steuerung führt zu Scheingenauigkeit

Statistiken und Qualitätsregister (z. B. Mortalitätsraten, Swissnoso, Spitalran-

kings) sind oft methodisch ungenau, verzerrend und setzen falsche Anreize.

Fazit

Viele Vorschriften und Auflagen, die als Qualitäts- und Steuerungsinstrument gedacht waren, sind zu einer Belastung geworden. Wenn das Gesundheitswesen auch künftig leistungsfähig und attraktiv bleiben soll, braucht es einen Paradigmenwechsel: weniger Kontrolle, mehr Vertrauen – und vor allem den Mut zur Vereinfachung. Die SGVC wird sich für diese Anliegen einsetzen.

WENIGER KONTROLLE, MEHR VERTRAUEN



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

«Zu viele externe Akteure greifen in die medizinischen Abläufe ein.»

«Less is more»: Dieser Gedanke hatte einst Substanz. Er stand für Klarheit, Effizienz und das Vertrauen darauf, dass weniger Regeln, weniger Kontrolle und weniger Komplexität mehr Freiheit, mehr Verantwortung und letztlich auch mehr Qualität ermöglichen können.

Im Gesundheitswesen wirkt das Motto «weniger ist mehr» zunehmend wie eine leere Floskel. Trotz (oder gerade wegen) zahlreicher Reformen und digitaler Innovationen ist der Alltag weder einfacher noch effizienter geworden. Im Gegenteil: Die Bürokratie wächst, die Prozesse werden undurchsichtiger, die Belastung steigt.

Ich bin seit vielen Jahren im schweizerischen Gesundheitswesen tätig - in einem Umfeld, das Professionalität, Besonnenheit und Eigenverantwortung voraussetzt. Doch das Arbeiten in Ruhe und mit Konzentration auf das Wesentliche wird zunehmend erschwert. Zu viele externe Akteure greifen in die medizinischen Abläufe ein. Systeme, die ursprünglich der Entlastung dienen sollten, schaffen neue Hürden. Das Vertrauen in die Fachkompetenz wird durch Kontrollzwänge ersetzt.

Es sind nicht nur einzelne Massnahmen, die problematisch sind. Es ist das ganze System, das sich von seinen eigenen Grundwerten entfernt. Dennoch lassen sich drei Schwerpunkte benennen, die beispielhaft für den schleichenden Kontrollverlust stehen:

1. Lähmende Bürokratie

Der administrative Aufwand in Spitälern und Praxen hat ein Ausmass erreicht, das ärztliche Kernaufgaben zunehmend verdrängt. Digitale Dossiers sind oft komplizierter als ihre papierbasierten Vorgänger, Dokumentationspflichten nehmen Überhand, und selbst Routineeingriffe erfordern inzwischen eine Flut von Formularen. Jede Handlung scheint im Voraus rechtfertigungspflichtig zu sein - als wäre sie vor einem Gericht zu verteidigen. Das kostet Zeit, Energie und letztlich: Patientennähe.

2. Die stille Macht externer Akteure

Versicherungen, Regulierungsbehörden und Managementinstanzen setzen Standards, die oft wenig Bezug zur klinischen Realität haben. Was zählt, sind Kennzahlen, nicht Qualität im eigentlichen Sinn. Indikatoren messen das Messbare - aber nicht das Relevante: das Vertrauen zwischen Ärztin und Patient, die Erfahrung am Krankenbett, das verantwortungsvolle Abwägen im

«Man traut uns nicht mehr zu, unseren Beruf selbstständig und verantwortungsvoll auszuüben.»

Einzelfall. Die Folge: Die medizinische Rolle wird zur operativen Ausführung degradiert.

3. Vertrauensverlust in die Fachkompetenz

Die Überregulierung sendet ein klares Signal: Man traut uns nicht mehr zu, unseren Beruf selbstständig und verantwortungsvoll auszuüben. Leitlinien, einst als Orientierung gedacht, mutieren zu rigiden Vorschriften, die individuellen Spielraum und klinische Urteilskraft erdrücken. So entsteht ein Widerspruch, den niemand mehr aufzulösen scheint: Während personalisierte Medizin propagiert wird, müssen wir nach Schema F entscheiden.

Was jetzt zu tun ist

Wenn das System wieder tragfähig und menschenzentriert werden soll, braucht es nicht mehr Kontrolle – sondern mehr Mut zur Vereinfachung:

- **Reduktion der Entscheidungsebenen:** Die klinische Führung muss gestärkt, bürokratische Überlagerung reduziert werden.
- **Digitalisierung mit Augenmass:** Systeme wie das elektronische Patientendossier dürfen nicht zum Selbstzweck werden.

- **Regulierungen mit Wirkungskontrolle:** Jede neue Vorschrift muss die Frage beantworten: Dient sie der Versorgung – oder nur der Absicherung?
- **Vertrauen in Fachkräfte zurückgeben:** Wer eine langjährige Ausbildung durchlaufen hat, verdient Autonomie, nicht Misstrauen.

«Weniger ist mehr» darf nicht zur Marketingfloskel verkommen. Es muss wieder zu einer Haltung werden – zu einem ernst gemeinten Prinzip, das den Menschen, die dieses System tragen, ihre Professionalität zurückgibt.

«Die medizinische Rolle wird zur operativen Ausführung degradiert.»

EINE FEHLENTWICKLUNG, DIE SICH KORRIGIEREN LÄSST



Prof. Dr. med. Frédéric Ris
*Vice-directeur du Centre du cancer aux
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)*

«Was als Steuerungs-
instrument gedacht
war, wird zunehmend
zur bürokratischen
Hürde.»

Seit über einem Jahrzehnt sehen wir uns im Schweizer Gesundheitswesen mit einer stetigen Zunahme regulatorischer Anforderungen konfrontiert. Viele dieser Vorschriften verfolgen grundsätzlich sinnvolle Ziele - etwa mehr Transparenz oder Patientensicherheit.

Doch die Realität zeigt: Der administrative Aufwand wächst unverhältnismässig und geht zunehmend zulasten der direkten Patientenversorgung. Im Folgenden sollen drei besonders belastende Regulierungen genannt werden, die dringend überarbeitet, vereinfacht oder gestrichen gehören:

1. Humanforschungsgesetz

Die ethische Absicherung der Forschung ist und bleibt zentral. Dennoch: Die administrativen Hürden für die Genehmigung von Studien - selbst bei rein beobachtenden, risikoarmen Projekten - sind zu hoch. Besonders niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie kleinere Spitäler verzichten aus diesem Grund zunehmend auf eigene Forschung. Die Folge: Die unabhängige klinische Forschung leidet. Eine risikobasierte, abgestufte Genehmigungspraxis wäre hier zielführender.

2. Bewilligungspflicht für die Tätigkeit zulasten der OKP

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

können die Kantone den Zugang zur Tätigkeit zulasten der Grundversicherung beschränken - auf Basis medizinplanerischer Kriterien. Was als Steuerungsinstrument gedacht war, wird zunehmend zur bürokratischen Hürde: Die Niederlassungsfreiheit wird eingeschränkt, der Zugang zur ärztlichen Tätigkeit erschwert. Für junge Fachkräfte wirkt das demotivierend - und könnte mittelfristig die ärztliche Versorgung gefährden.

3. Elektronisches Patientendossier

In der Theorie ein Fortschritt, in der Praxis ein Stolperstein: Die Umsetzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) gestaltet sich insbesondere für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als technisch komplex, teuer und wenig alltagstauglich. Doppelerfassungen, mangelnde Integration in bestehende Systeme und eine geringe Patienten-nutzung machen das Potenzial des EPD bislang weitgehend theoretisch. Eine kritische Evaluation mit Fokus auf die klinischen Bedürfnisse ist überfällig.

Bürokratie ist kein Naturgesetz - sondern gestaltbar.

Die zunehmende Bürokratisierung der Medizin ist kein unvermeidlicher Prozess. Sie lässt sich korrigieren - durch gesunden Menschenverstand, durch eine pragmatische Bewertung der tatsächlichen Auswirkungen neuer Vorschriften und vor allem: durch echte Zusammenarbeit mit den Praktikerinnen und Praktikern. Nur so bleibt unser Gesundheitssystem leistungsfähig, menschlich - und offen für Innovation.

BÜROKRATIE, DIE KEINER BRAUCHT



PD Dr. med. Diana Vetter
Chefärztin in der Klinik für
Viszeral- und Transplantationschirurgie
am Universitätsspital Zürich

«Mehrfacherfassungen binden qualifiziertes Personal, ohne dass sie einen Mehrwert erzeugen.»

Nicht jede Regel verbessert die Versorgung. Manche behindern schlicht das Arbeiten. Drei Beispiele aus dem klinischen Alltag zeigen, wie gut gemeinte Vorgaben – von Beurteilungsbögen bis Tumordokumentation – in der chirurgischen Praxis an der Realität vorbeigehen:

1. Mitarbeiterbeurteilungsbögen

Diese standardisierten Beurteilungen verursachen erheblichen administrativen Aufwand, ohne dass ein erkennbarer Mehrwert für die Qualitätsentwicklung entsteht. Vielmehr werden sie im Alltag oft als formale Pflichtübung empfunden – oder, im ungünstigsten Fall, als Instrument zur nachträglichen Legitimierung personalpolitischer Entscheidungen. Wenn etwa eine überdurchschnittlich gute Bewertung automatisch eine Beförderung nach sich ziehen müsste, die aber aus strukturellen Gründen nicht möglich ist, entsteht ein Druck zur «korrigierenden» Abwertung. Die ärztliche Beurteilung – insbesondere ab Oberarztstufe – sollte primär eine klinikinterne, fachlich getragene Aufgabe sein. Eine schriftliche Rückmeldung durch den direkten Vorgesetzten, intern dokumentiert und bei Bedarf wiederholbar, wäre effizienter und ehrlicher. Die aufwendige externe Auswertung durch HR mit standardisierten Tools ist verzichtbar – insbesondere, wenn sie weder zu systematischer Weiterentwicklung noch zu echter Wertschätzung führt.

2. Grossraumbüros

Die Abschaffung persönlicher Arbeitsplätze unter dem Etikett «modernes Arbeitsumfeld» greift in chirurgischen Arbeitsrealitäten deutlich zu kurz. Ein Grossraumbüro mit wechselnden Arbeitsplätzen, ausgelagerten Spints und fehlender Rückzugsmöglichkeit entspricht weder den Anforderungen an konzentriertes, verantwortungsvolles Arbeiten noch an vertrauliche Gespräche. Die operative Tätigkeit verlangt physische wie mentale Regeneration – dazu gehört auch ein eigener Ort, an dem man sich fokussiert vorbereiten, dokumentieren oder kurz durchatmen kann. Die Umsetzung dieser Massnahme erscheint wenig praxisnah, kaum evidenzbasiert und wird von den Betroffenen häufig als Abwertung ihrer Arbeit empfunden.

3. Dokumentationsflut bei den Tumorboards

Die Tumordokumentation ist zweifellos essenziell – doch ihre aktuelle Umsetzung ist oft unverhältnismässig aufwändig. Gerade in Spitälern, in denen noch mit pdf-basierten Systemen gearbeitet wird, müssen Daten händisch aus verschiedenen Quellen zusammengetragen werden. Diese Mehrfacherfassungen binden qualifiziertes Personal, ohne dass sie einen Mehrwert über die reine Pflichtdokumentation hinaus erzeugen. Was es braucht, sind digitale Lösungen, die relevante Informationen automatisiert auslesen und strukturieren können – intelligent, vernetzt und anwenderfreundlich. Bis dahin gilt: Weniger doppelte Arbeit, mehr gezielte Analyse.

ZWISCHEN REGULIERUNG UND REALITÄT – WO DAS SYSTEM HAKT



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

«Während der
Überprüfungsphase
von Rekursen herrscht
jahrelange Planungs-
unsicherheit.»

Zwei Bereiche werfen derzeit besonders grundlegende Fragen bezüglich Überregulierung auf: die Umsetzung der hochspezialisierten Medizin (HSM) und die gesetzliche Regelung der Arbeitszeiten im chirurgischen Klinikalltag. In beiden Fällen zeigt sich exemplarisch, wie weit das Gesundheitswesen sich in Reglementierungen verstricken kann, die mit der medizinischen Realität nicht Schritt halten.

1. Hochspezialisierte Medizin – ein Konzept mit strukturellen Lücken

Die Einführung der HSM im Jahr 2014 verfolgte ein sinnvolles Ziel: medizinische Leistungen mit hoher Komplexität sollten nur noch an Zentren mit entsprechender Erfahrung und Infrastruktur durchgeführt werden. Doch in der Praxis ist die Umsetzung bis heute unbefriedigend, und zwar aus folgenden Gründen:

- **Zwei-Klassen-System:** Die Regelung gilt nur für die obligatorische Grundversicherung. Privatversicherte Patienten können Eingriffe weiterhin an praktisch jedem Ort durchführen lassen – unabhängig von der ausgewiesenen Expertise. Das führt zu einer Aushöhlung des Systems.

- **Träge Rechtswege:** Die Überprüfung von Rekursen gegen Zuteilungsentscheide durch das Verwaltungsgericht dauert mitunter fünf bis sechs Jahre. In dieser Zeit herrscht Planungsunsicherheit – für Kliniken, Fachabteilungen und nicht zuletzt für Patientinnen und Patienten.
- **Zuständigkeitslücken bei Neuausschreibungen:** Bei der Neuzuteilung von Indikationen darf es keine Übergangsphasen geben, in denen kein Zentrum offiziell zuständig ist. Diese Lücken stiften Unruhe im System. Hier ist die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gefordert, zügiger und verlässlicher zu handeln.
- **Keine Re-Entry-Kriterien:** Zentren, die einen Leistungsauftrag verlieren, haben keine Möglichkeit zur Wiederbewerbung – selbst bei nachweislich verbesserter Qualität. Ein solcher Ausschluss widerspricht jeder Logik kontinuierlicher Qualitätsentwicklung.

2. Arbeitszeitregulierung – realitätsfern für die Chirurgie

Die aktuelle Gesetzgebung zur Arbeitszeit berücksichtigt die Spezifika chirurgischer Fächer nur unzureichend – mit spürbaren Folgen für die Versorgung, die Weiterbildung und die Arbeitszufriedenheit:

- **Regulierung gegen die Realität:** In der Chirurgie finden rund 50 Prozent aller Notfalleingriffe nachts statt – ein 24/7-Betrieb ist hier keine Ausnahme, sondern gelebter Alltag. Die strengen gesetzlichen Vorgaben gehen am Charakter dieses Fachs vorbei.
- **Ärztlicher Wille zur Flexibilität:** Viele Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte möchten länger am Stück arbeiten, wenn sie im Gegenzug freie Tage flexibel kompensieren können. Doch genau diese flexible Kompensation wird durch aktuelle Vorschriften praktisch unmöglich gemacht. Nachtdienste dürfen «nur» vier Nächte dauern und müssen mit drei freien Tagen kompensiert werden.

Regulierung muss Raum für Vernunft lassen

Es geht nicht darum, Schutzmechanismen abzuschaffen. Es geht darum, sie so auszugestalten, dass sie der Realität im klinischen Alltag gerecht werden. HSM und Arbeitszeitregelungen zeigen exemplarisch: Gute Konzepte verlieren ihre Wirkung, wenn sie nicht klug und dynamisch umgesetzt werden. Was wir brauchen, ist kein weiterer Regelkatalog – sondern ein System, das Praxisnähe und Flexibilität wieder zulässt.

*«Flexibilität
wird durch rigide
Vorschriften
verunmöglicht.»*

BÜROKRATIE, DIE MEDIZIN VERHINDERT



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Weber
Leiter des Departements Chirurgie und
Mitglied der Spitalleitung Stadtspital Zürich

Wer heilen will, sollte nicht an Formularen scheitern. Doch genau das passiert: Drei bürokratische Hürden – von der Berufsausübungsbewilligung bis zur ZSR-Regelung – blockieren Mobilität, verhindern Praxistätigkeit und vergeuden Ressourcen. Es braucht endlich mehr System statt Systematik, insbesondere in folgenden Bereichen:

1. BAB: teuer und uneinheitlich

Die Berufsausübungsbewilligung (BAB) wird von vielen als überflüssig und belastend empfunden. Besonders die kantonalen Unterschiede sorgen für Frust – so kostet die BAB im Kanton Zürich bis zu 800 Franken und ist nicht in anderen Kantonen gültig. Diese fehlende Harmonisierung erschwert die Mobilität von Fachärztinnen und Fachärzten und führt zu unnötigem administrativem Aufwand.

2. ZSR-Nummer: Hindernis für den Wechsel in die Praxis

Insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte, die aus dem Spital in die selbstständige Tätigkeit wechseln möchten, sehen sich mit einem gravierenden Problem konfrontiert: Wenn das Spital nicht über sie persönlich abrechnet, verlieren sie ihre ZSR-Nummer. Dies kann dazu führen, dass ihnen in gewissen Kantonen die Praxisbewilligung

verweigert wird – teilweise dauerhaft, etwa aufgrund eines geltenden «Ärztestopps». Besonders betroffen sind spezialisierte Fachrichtungen wie die Angiologie. Dieses System hemmt die berufliche Weiterentwicklung und den Wechsel in die ambulante Versorgung.

3. Qualitätssicherung: zu viele redundante Daten

Die Verpflichtung zur Teilnahme an zahlreichen Qualitätssicherungsregistern führt zu erheblichem Mehraufwand ohne erkennbaren Zusatznutzen. Ein Beispiel: Rektumkarzinome müssen derzeit parallel für HSM, DKG, Swiss-noso und kantonale Kolonregister dokumentiert werden. Die dadurch entstehende Redundanz bindet wertvolle Ressourcen, ohne die Versorgungsqualität spürbar zu verbessern.

«Mehr System statt Systematik: Die kantonalen Unterschiede bei der BAB sorgen für Frust.»

ZAHLEN, BITTE!

Die Bürokratie im Gesundheitswesen nimmt stetig zu. Bis zu 27 % der Arbeitszeit geht für administrative Aufgaben drauf, die Zahl der Regulierungen wächst laufend. Was steckt hinter dieser Entwicklung? Wir haben einige Zahlen und Fakten zusammengetragen.

Quellen: FMH, Medinside, NZZ, Swissinfo, FMH, smf.swisshealthweb.ch, moneyland.ch, voicepoint.ch

112

Minuten pro Tag, also rund zwanzig Prozent ihrer Arbeitszeit, verbringen Spezialärzte und -ärztinnen in der Akutversorgung durchschnittlich pro Tag mit der Dokumentation von Patientendossiers. Im Jahr 2011 waren es noch 86 Minuten pro Tag gewesen.

68

Prozent der Ärztinnen und Ärzte nennen den administrativen Aufwand als eines der grössten Probleme im Berufsalltag.

3

Milliarden Franken geben die Spitäler in der Schweiz jährlich allein für administrative Tätigkeiten aus - etwa 20 Prozent ihrer gesamten Betriebskosten.

90

Prozent der Kommunikation zwischen Ärzten, Spitälern und Versicherern erfolgt noch per Brief, Fax oder PDF-Mail.

1.72

Mrd. CHF wurden 2023 für die Administration der obligatorischen Krankenversicherung ausgegeben.



TIERISCH GUT: DAS HOSPITATIONSSTIPENDIUM DER SGVC

Zwei Hospitationsstipendien hat die SGVC im Jahr 2024 verliehen. Sema Simões de Almeida und Hugo Teixeira schwärmen von dem Förderprogramm, das ihnen wertvolle Einblicke in die endokrine und kolorektale Chirurgie ermöglicht hat. Ihr einhelliges Fazit: Der Austausch hat sich gelohnt.

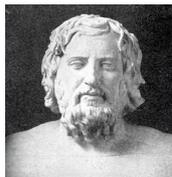
3

Mitgliedern hat die SGVC ein Hospitationsstipendium für das Jahr 2025 verliehen:



Dr. med. Marion Anker
Lindenhofspital Bern

Hospitation im KS Winterthur im Fachgebiet «Hepatobiliär und Upper GI»



Dr. med. Xenophon Papazarkadas
Hôpital de Sion

Hospitation im Inselspital Bern im Fachgebiet «Hepato-bilio-pankreatische Chirurgie»



Dr. med. Charlotte Pradella
Kantonsspital Baselland Liestal

Hospitation im Universitätsspital Zürich im Fachgebiet «Kolorektale Chirurgie»

20000

Franken beträgt die Vergütung für ein Hospitationsstipendium maximal. Die SGVC will mit diesem Fellowship-Programm angehende Viszeralchirurginnen und -chirurgen in ihrer Weiterbildung und schweizweiten Vernetzung unterstützen. Interessenten können sich per E-Mail an SGVC@meister-concept.ch bewerben. Die Bewerbungsfrist für ein Hospitationsstipendium im Jahr 2026 läuft bis zum 31. Dezember 2025!

«DER AUSTAUSCH HAT MEINEN HORIZONT ERWEITERT.»



Dr. med. Hugo Teixeira

Oberarzt Chirurgie, Spital Thurgau AG

Hospitationsstipendium 5.8. – 23.8.2024,
Fachbereich Endokrine Chirurgie, betreut durch
Prof. Dr. med. Reto Kaderli, Inselspital Bern

«Neben dem fachlichen Gewinn war auch der persönliche Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen besonders wertvoll.»

«Durch das Hospitationsstipendium erhielt ich die einmalige Gelegenheit, drei Wochen an der Klinik für Endokrine Chirurgie des Inselspitals Bern unter der Leitung von Prof. Dr. med. Reto Kaderli zu verbringen. Schon während meiner chirurgischen Ausbildung hatte die endokrine Chirurgie mein besonderes Interesse geweckt – entsprechend motiviert war ich, mein Wissen in diesem Fachgebiet zu vertiefen und meine praktischen Fähigkeiten weiterzuentwickeln.

Vom ersten Tag an wurde ich herzlich ins Team aufgenommen. Besonders beeindruckt hat mich die konsequent strukturierte Herangehensweise an komplexe endokrine Krankheitsbilder. Diagnostik und Therapie folgen hier einem klaren Algorithmus, getragen von einer bemerkenswert engen interdisziplinären Zusammenarbeit – ein echter Mehrwert im klinischen Alltag.

Im Verlauf meiner Hospitation wurde ich aktiv in operative Eingriffe eingebunden und hatte die Möglichkeit, direkt am Tisch mit zu operieren. Ein Highlight war der Einsatz modernster intraoperativer Bildgebungstechniken wie der Nahinfrarot-Autofluoreszenz bei Schilddrüsen- und Nebenschilddrüseneingriffen. Diese Technologie trägt wesentlich dazu bei, die versehentliche Entfernung von Nebenschilddrüsen zu vermeiden und damit das Risiko postoperativer Hypokalzämie zu senken. Auch die thorakoskopisch-assistierte Thyreoidektomie bei ausgeprägter Struma war für mich eine besonders eindrückliche Erfahrung.

Neben den operativen Tätigkeiten konnte ich an täglichen Visiten und interdisziplinären Fallbesprechungen teilnehmen. Besonders wertvoll waren die wöchentlichen Tumorboards, bei denen Chirurgen, Endokrinologen, Radiologen und Pathologen gemeinsam komplexe Fälle diskutierten. Der fachliche Austausch, insbesondere zu seltenen Krankheitsbildern, war äusserst lehrreich und hat meinen Blick auf das Fach deutlich erweitert.

Auch in der Sprechstunde wurde die enge Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen spürbar – und ich konnte viel daraus mitnehmen. Darüber hinaus erhielt ich Einblick in die Arbeit weiterer chirurgischer Teams, was die Hospitation zusätzlich bereichert hat.

Neben dem fachlichen Gewinn war auch der persönliche Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen besonders wertvoll. Der respektvolle Umgang, die offene Atmosphäre und die Bereitschaft, Wissen zu teilen, schufen ein durchweg positives Lernumfeld.

Ich danke dem gesamten Team des Inselspitals Bern herzlich für die freundliche Aufnahme und die engagierte Betreuung. Die drei Wochen meiner Hospitation waren für mich eine rundum inspirierende und prägende Erfahrung, die meinen weiteren beruflichen Weg nachhaltig beeinflussen wird – und letztlich auch meinen Patientinnen und Patienten zugutekommt.»

«FACHLICH UND MENSCHLICH ÄUSSERST WERTVOLL.»



Med. pract. Sema Simões de Almeida
Oberärztin Chirurgie Kantonsspital Baden AG

Hospitationsstipendium 19.11.-29.11.2024,
Fachbereich Koloproktologie, betreut durch
PD Dr. med. Seraina Faes, Stadtspital Triemli

«Insgesamt kann ich das Hospitationsstipendium mehr als weiterempfehlen.»

«Mit dem Wunsch, meinen fachlichen Horizont zu erweitern, habe ich mich für das Hospitationsstipendium der SGVC beworben – und durfte mich 2024 über die schriftliche Zusage freuen. Zu diesem Zeitpunkt befand ich mich nach sieben Jahren als Oberärztin am Zuger Kantonsspital gerade in einer Phase beruflicher Neuorientierung: Auf der Suche nach einer Stelle an einem A-Spital hatte ich das Glück, im Kantonsspital Baden (KSB) mit Prof. Nocito einen Chef zu finden, der trotz kurzfristiger Planung die Teilnahme an der Hospitation ermöglichte.

Im Juni 2024 begann ich meine neue Tätigkeit am KSB, und im November desselben Jahres nutzte ich Nachtkompensation und Ferien, um zwei Wochen die primär proktologische Arbeit an einem Zentrumsspital näher kennenzulernen. Die Organisation im Vorfeld verlief unkompliziert – PD Dr. Faes und ich trafen uns am ersten Tag am Stadtspital Triemli, wo wir gemeinsam den Ablauf grob planten.

Ein besonderes Highlight war gleich zu Beginn die Teilnahme an der ersten Viszeralchirurgie-Masterclass von Prof. Weber – eine sehr bereichernde Erfahrung. In den darauffolgenden Tagen war ich in der proktologischen Sprechstunde aktiv und konnte typische Krankheitsbilder wie Pilonidalsinus, einfache und komplexe Fisteln, Hämorrhoiden und Rektumprolaps aus nächster Nähe verfolgen.

Besonders beeindruckt hat mich der strukturierte Umgang mit radiologischer

Bildgebung: Am Triemli werden sämtliche Becken-MRIs auf Wunsch der Chirurgen vom gleichen Radiologen nach standardisiertem Schema interpretiert – inklusive einer grafischen Skizze zur Veranschaulichung. Das erleichtert die interdisziplinäre Kommunikation unheimlich. PD Dr. Faes nahm sich zudem viel Zeit, jede einzelne Bildgebung mit mir zu besprechen und aktuelle Leitlinien und Literaturquellen einzuordnen.

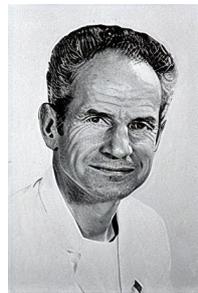
Auch operativ konnte ich vielfältige Eindrücke sammeln. In beiden Wochen begleitete ich jeweils einen anderen Kaderarzt in den ambulanten Operationssaal an der Europaallee – ein hochfrequenter Betrieb mit erstaunlich effizienter Patientenbetreuung. Spannend war auch zu sehen, wie unterschiedlich operative Zugänge je nach Chirurg gewählt werden. Besonders interessant war der Einsatz des Lasers bei der Fisteltherapie, den ich bei zwei Patienten aus nächster Nähe miterleben durfte.

Trotz der begrenzten Zeit war die Hospitation für mich ausgesprochen wertvoll – fachlich wie menschlich. Ich fühlte mich vom gesamten Team herzlich aufgenommen und konnte nicht nur neue Ansätze mitnehmen, sondern auch feststellen, dass mein eigener «Arbeitsstil» demjenigen von PD Dr. Faes oder Dr. Dinçler durchaus ähnelt.

Mein Fazit: Das Hospitationsstipendium der SGVC kann ich uneingeschränkt empfehlen – nicht nur, um neue Perspektiven zu gewinnen, sondern auch als wertvolle Möglichkeit zum kollegialen Austausch und Networking.»

FELIX-LARGIADÈR-PREIS: EHRE, WEM EHRE GEBÜHRT

Mit dem Felix-Largiadèr-Preis würdigt die SGVC jährlich herausragende wissenschaftliche Arbeiten und Forschungsprojekte im Bereich der Viszeralchirurgie. 2024 ging der Award an eine Forscherin aus der Westschweiz: PD Dr. med. Styliani Mantziari, die Leiterin der bariatrischen Chirurgie am CHUV. Sie wurde für ihre Studie mit dem Titel «The Impact of Clinical Parameters and Neoadjuvant Treatment on the Tumor Microenvironment of Esophageal Cancer» ausgezeichnet. Der Felix-Largiadèr-Preis ist mit 5000 Franken dotiert.



Pionier der modernen Chirurgie

Der im Juli 2018 im Alter von 88 Jahren verstorbene Felix Anton Largiadèr war einer der renommiertesten Chirurgen der Schweiz. 1973 führte der gebürtige Flawiler die erste klinische Pankreastransplantation in Europa durch, und auch die Nierentransplantation entwickelte er pionierhaft weiter. «Damit setzte er wichtige Akzente in der akademischen Medizin und im Gesundheitswesen der Schweiz», hielt das Universitätsspital Zürich, wo Largiadèr von 1985 bis 1998 als Direktor der Klinik für Viszeralchirurgie amtierte, in der Todesanzeige fest. 1992 war er einer der Gründerväter der SGVC. Zu seinen Ehren verleiht diese jedes Jahr den Largiadèr-Preis für herausragende wissenschaftliche Arbeiten und klinische Studien.

Die letzten Preisträgerinnen und -träger

- 2024 Styliani Mantziari, Lausanne
- 2023 Inge Herrmann, Zürich
- 2022 Fariba Abbassi, Zürich
- 2021 Suna Erdem, San Diego/USA
- 2020 Marco von Strauss und Torney, Basel

«UNSER ONKOLOGIE-TEAM SOLLTE AUCH SCHWEIZER CHIRURGEN EINSTELLEN.»

«Mein Team und ich sind stolz, mit unserer Forschung zur Entwicklung personalisierter Therapien für unsere Patienten beizutragen.»

Herzlichen Glückwunsch zum Felix-Largiadèr-Preis, Frau Mantziari. Können Sie die Ergebnisse Ihrer Arbeit in drei Sätzen zusammenfassen?

In der Studie wurden Tumorproben von 68 Patienten mit Speiseröhrenkrebs untersucht, um das sogenannte Tumormikromilieu – also die Umgebung der Krebszellen – besser zu verstehen. Es zeigte sich, dass Rauchen und die Art des Tumors Einfluss auf bestimmte Immunzellen (M2-Makrophagen) haben. Zudem veränderte eine vorherige Therapie (neoadjuvante Behandlung) die Zusammensetzung des Tumormilieus stark – insbesondere die Verteilung von Makrophagen sowie die Expression von PD-1/PD-L1 und HER-2 auf den Krebszellen.

Was könnten Ihre Ergebnisse für zukünftige Therapien bedeuten?

Das ursprüngliche Tumormilieu und seine Veränderungen nach einer Vorbehandlung könnten Einfluss auf den Erfolg bestimmter Immuntherapien

haben. Eine genauere Analyse dieses Mikromilieus könnte helfen, gezieltere Behandlungen für Patienten mit Magen-Darm-Krebs auszuwählen – was die Wirksamkeit verbessern könnte.

Was bedeutet diese Auszeichnung für Sie persönlich?

Diese Anerkennung war für mich besonders wichtig, weil hinter dem Projekt viel interdisziplinäre Teamarbeit steckt – von der Planung bis zur Auswertung. Mein Team und ich sind stolz, mit unserer Forschung zur Entwicklung personalisierter Therapien für unsere Patienten beizutragen.

Und zum Schluss: Was war die lustigste Reaktion auf die Auszeichnung?

Als ich unsere Arbeit auf einem internationalen Kongress vorgestellt habe, meinte ein Kollege aus Grossbritannien scherzhaft: «Unser Onkologie-Team sollte auch mal Schweizer Chirurgen einstellen.»

Ehre, wem Ehre gebührt:
Die Vorstandsmitglieder Guido Beldi (li.) und Antonio Nocito gratulieren Styliani Mantziari zum Felix-Largiadèr-Preis.



BEST VISUAL ABSTRACT: JUGEND FORSCHT

393 Abstracts wurden für das Jahrestreffen des Swiss College of Surgeons im Mai 2025 in Lausanne eingereicht. 173 davon hatten einen viszeralchirurgischen Bezug. Der mit 2500 Franken dotierte Preis der SGVC für das beste Poster gewann Melissa Lagger aus Fribourg/Villars-sur-Glâne.

Ausgezeichnet wurde sie für ihre Arbeit mit dem Titel «Retromuscular Prophylactic Mesh Reinforcement After Elective and Emergency Laparotomy: a systematic review and meta-analysis». Der Inhalt kurz zusammengefasst:

Thema

Vorbeugung von Narbenhernien nach Laparotomie

Methode

Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse

Technik

Retromuskuläre Netzverstärkung (PMR)

Ergebnis

- Signifikante Reduktion von Narbenhernien bei PMR
- Besseres Ergebnis bei elektiven Eingriffen
- Nur eine Studie zu Notfalloperationen

Fazit

- PMR ist wirksam und sicher bei geplanten OPs
- Weitere Forschung bei Notfällen notwendig

Wir danken unserem Sponsor Johnson & Johnson herzlich für die Unterstützung des Awards. Ebenso gilt unser besonderer Dank allen Autorinnen und Autoren der Visual Abstracts für ihr grosses Engagement. Forschung ist ein unverzichtbarer Motor für Fortschritt und Innovation in der Viszeralchirurgie – ihre Bedeutung kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.





Jugend forscht: 133 Visual Abstracts wurden eingereicht. Den Preis für das beste Poster gewann die Dame in gelb: Melissa Lagger. Glückwunsch!



DIE HSM AUS IHREM KORSETT BEFREIEN



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

«Um das angestrebte Ziel nicht aus den Augen zu verlieren, ist eine Kurskorrektur notwendig.»

«Sei stur im Ziel, aber flexibel beim Weg dorthin!» - Was in Führungsseminaren als Erfolgsrezept gilt, könnte auch der Schlüssel für die Weiterentwicklung der Leistungsaufträge in der Hochspezialisierten Medizin (HSM) sein. Das Ziel der HSM ist unbestritten: Patientinnen und Patienten sollen auch bei komplexen Eingriffen bestmöglich versorgt werden. Dieses Anliegen wird nicht zuletzt auch von Fachgesellschaften wie der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC) oder der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC) getragen, die die Qualitätssicherung als eine ihrer zentralen Aufgaben verstehen. Die Geister scheiden sich jedoch an der Frage, welcher Weg am besten zum Ziel führt.

Derzeit sind die Kriterien für die Vergabe von HSM-Leistungskriterien wie ein eng geschnürtes Korsett: Für Aussenstehende zwar hübsch anzusehen, für die Träger aber alles andere als bequem, praktisch und gesund. Auf der offiziellen Webseite wird das «HSM-Planungsverfahren» zwar als «dynamischer Prozess» bezeichnet. Bei näherem Betrachten kommt man jedoch nicht um die Feststellung umhin, dass wir es mit einem bisweilen trägen und eher unflexiblen System zu tun haben, bei dem derzeit vorab die Mindestfallzahlen über Sein oder Nicht-Sein entscheiden.

Für grossen Unmut sorgt in Chirurgenkreisen nicht zuletzt der Umstand, dass es keine klar definierten Regeln zur Wiedererlangung von HSM-Leistungs-

aufträgen gibt: Einmal draussen, immer draussen - die HSM als geschlossene Gesellschaft! Dazu kommt, dass sich die Politik auf chirurgische Parameter fixiert und andere Bereiche, die bei Tumorbehandlungen ebenfalls eine bedeutende Rolle spielen, weitestgehend ausblendet. Last but not least werden medizinische Fortschritte im HSM-System nicht zeitnah abgebildet, was die Gefahr birgt, dass Operateure aus «politischen» Gründen an Standardverfahren festhalten, obwohl es für die Patienten inzwischen wirksamere Alternativen gäbe. Womit der Sinn und Zweck der HSM definitiv ad absurdum geführt wird.

Eine Kurskorrektur ist daher angebracht, um das Ziel - bestmögliche Versorgung der Patienten - nicht aus den Augen zu verlieren. In der SGVC haben wir dafür drei Handlungsempfehlungen ausgearbeitet:

1. Klare Re-Entry-Kriterien definieren

Übung macht den Meister. Von Niccolò Paganini, dem italienischen Geigenvirtuosen, der sein Instrument auf seine eigene, unvergleichliche Weise beherrschte, stammt die Erkenntnis: «Wenn ich einen Tag nicht übe, spüre ich den Qualitätsabfall. Wenn ich zwei Tage nicht übe, bemerkt es auch das Publikum.» In diesem Sinne ist unbestritten, dass Mindestfallzahlen essenziell sind, um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen. Viele Spitäler und Kliniken sind in den vergangenen Jahren an dieser Anforderung gescheitert und haben Leistungsaufträge verloren. Die Folgen sind jeweils gravierend: Die Spitäler ver-

«Die Spitäler verlieren an Attraktivität als Ausbildungsstätte.»

lieren an Attraktivität als Ausbildungsstätte und Arbeitgeber. Dazu kommen noch ökonomische Einbussen, die oft schwierig zu quantifizieren sind. Für Frust sorgt die Tatsache, dass ein negativer Entscheid einer ewigen Verbannung gleichkommt. Denn es gibt nach wie vor keine Kriterien, die definieren, wie man nach dem Verlust des Leistungsauftrages wieder in den Kreis der HSM-Spezialisten zurückkehren kann.

Unsere Empfehlung: Spitäler sollen durch spezifische und transparente Massnahmen wie beispielsweise die Rekrutierung von Experten oder Kooperationen mit anderen Zentren die Möglichkeit haben, verlorene Leistungsaufträge zurückzugewinnen.

2. Medizinische Fortschritte berücksichtigen

Das Rektumkarzinom ist ein Paradebeispiel dafür, wie medizinische Fortschritte therapeutische Konzepte verändern. Galt die operative Behandlung lange Zeit als Standard, profitiert mittlerweile eine stetig wachsende Zahl von Patientinnen und Patienten von der sogenannten «Watch-and-Wait»-Strategie. Das bedeutet: Bei vollständigem Ansprechen auf eine neoadjuvante Therapie wird auf eine operative Resektion verzichtet.

Im Bereich des Rektumkarzinoms zeigt sich eine deutliche Veränderung in der Entwicklung der operativen Primärfälle. Laut der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) ist das Verhältnis operativer Primärfälle zu Gesamtfällen von 0,87 im Jahr 2017 auf 0,80 im Jahr

2022 gesunken. Parallel dazu stieg der Anteil der Patientinnen und Patienten, die nach der «Watch-and-Wait»-Strategie behandelt wurden, von 1,16 % auf 3,5 %. Diese Entwicklung hat zu einem signifikanten Rückgang der operativen Fallzahlen geführt: Gemäss DKG sank die durchschnittliche Anzahl an operativen Primärfällen für das Rektumkarzinom in zertifizierten Zentren zwischen 2017 und 2022 um über 13 %.

Dies hat direkte Auswirkungen auf die Fallzahlen in den Zentren: Im Jahr 2022 konnten 58 Einrichtungen (rund 20 % aller zertifizierten Zentren) die Vorgabe von mindestens 20 Rektumresektionen pro Jahr nicht erfüllen. Weitere 80 Zentren (27,7 %) führten lediglich zwischen 20 und 22 Eingriffe durch. Diese Entwicklungen werfen grundlegende Fragen auf: Ist eine Anpassung der Mindestfallzahlen für operative Primärfälle notwendig? Oder wäre eine separate Zertifizierung für Kolon- und Rektumkarzinome im Sinne eines Organkrebszentrums sinnvoll?

Die Unterscheidung zwischen «ambulant» und «stationär» gilt es ebenfalls in diese Fragestellung miteinzubeziehen. Patientinnen und Patienten, die nach dem «Watch-and-Wait»-Prinzip behandelt werden – ein in der Regel ambulant durchgeführtes Verfahren – werden derzeit nicht den HSM-Fällen zugeordnet. Gemäss den aktuellen HSM-Richtlinien werden für die Erfüllung der Mindestfallzahlen ausschliesslich stationäre Behandlungsfälle berücksichtigt. Anders formuliert: Auch wenn konservative

oder ambulante Therapien kurativ eingesetzt werden, bleiben sie unberücksichtigt – da sich das HSM-Konstrukt ausschliesslich auf stationäre Leistungen bezieht.

Unsere Empfehlung: Die Anforderungen an Mindestfallzahlen sollten in sinnvollen Abständen auf Basis aktueller Entwicklungen in der Medizin angepasst werden. Dabei ist insbesondere der Rückgang der operativen Fallzahlen durch neue Behandlungsmethoden zu berücksichtigen.

3. Mehr Flexibilität walten lassen

Bei einer Tumorbehandlung spielt der chirurgische Eingriff eine Schlüsselrolle. An einer Therapie sind jedoch noch weitere Fachdisziplinen beteiligt, namentlich die Radiologie, Onkologie, Strahlentherapie, Gastroenterologie oder interventionelle Radiologie. Für die HSM-Zuteilung werden allerdings hauptsächlich chirurgische Aspekte als Gradmesser verwendet. Das ist etwa so, als würde man für die Verleihung der Sterne bei einem Hotel nur die Qualität der Matratze und des Kissens heranziehen... Unserer Meinung nach ist eine ganzheitliche, interdisziplinäre Betrachtung und Beurteilung des Leistungsangebotes im Bereich HSM denn auch zwingend – so wie dies bei den Zertifizierungen der spezifischen Zentren, etwa durch die DKG, bereits der Fall ist.

Damit würde auch dem oben erwähnten medizinischen Fortschritt Rechnung getragen – im Gegensatz zum aktuellen System. Mit einer Fokussierung auf

(chirurgische) Mindestfallzahlen läuft man Gefahr, dass sich Spitäler auf klassische Eingriffe versteifen und damit den Patienten nicht mehr die bestmögliche Versorgung zukommen lassen. Denn welcher Operateur setzt schon auf die «Watch-and-Wait»-Strategie, wenn er beim Rektum an den Fallzahlen gemessen wird?

Spitäler, die durch medizinischen Fortschritt (oder vorübergehende Schwankungen) ihre Mindestfallzahlen nicht erreichen, sollten die Möglichkeit erhalten, durch nachweisliche Qualitätsverbesserungen und spezialisierte Rekrutierung von Fachpersonal ihre Leistungsaufträge zu behalten oder zurückzugewinnen. Wie bereits erwähnt, erlaubt die DKG in bestimmten Fällen eine Zertifikatsverlängerung bei leicht unterschrittenen Fallzahlen, wenn andere Qualitätskriterien erfüllt sind. Eine ähnliche Handhabung mit klar definierten und nachvollziehbaren Kriterien könnte auch für die Schweiz sinnvoll sein, um die Dynamik im HSM-System zu erhöhen und gleichzeitig die Qualität zu gewährleisten.

Unsere Empfehlung: Da die Behandlung von Tumoren wie dem Rektumkarzinom oft mehrere Fachdisziplinen umfasst, sollten Zertifizierungen die gesamte Behandlungskette abbilden. Temporäre Abweichungen von den Mindestfallzahlen könnten durch alternative Qualitätskriterien wie die Integration innovativer Therapien oder Zufriedenheit der Patienten ausgeglichen werden.

Fazit: Innovation fördern

Bei der HSM besteht Handlungsbedarf. Dabei trifft die Feststellung zu, die der britische Historiker Henry Thomas Buckle im 19. Jahrhundert mit folgenden Worten auf den Punkt brachte: «Der grösste Feind des Fortschritts ist nicht der Irrtum, sondern die Trägheit.» Für die HSM ist es daher essenziell, dass sich das träge und unflexible System den dynamischen Entwicklungen in der Medizin anpasst. Klare und transparente Regeln zur Wiedererlangung von Leistungsaufträgen sowie eine regelmässige und zeitnahe Überprüfung von Mindestfallzahlen sind dabei entscheidende Massnahmen.

«Die Zukunft der HSM liegt in einem System, das auch die Fähigkeit zur Innovation und Anpassung fördert.»

Die Zukunft der HSM liegt in einem System, das Qualität nicht nur durch Zahlen definiert, sondern auch die Fähigkeit zur Innovation und Anpassung fördert. Nur so kann die Schweiz sicherstellen, dass ihre hochspezialisierte Medizin weltweit weiterhin als Vorbild gilt – für Spitzenqualität in der Patientenversorgung und für ein Gesundheitssystem, das auf die Herausforderungen der modernen Medizin vorbereitet ist. ■

PRÜFUNGEN UND SCHWERPUNKT VISZERALCHIRURGIE

36

Schwerpunkte Viszeralchirurgie hat die SGVC seit dem 1.7.2024 erteilt, davon:

- 20 nach ordentlichem Verfahren
- 16 nach Übergangsbestimmungen

9

Schwerpunktprüfungen befanden sich per 30.4.2025 in Organisation.

12

Mal hat die Bildungskommission getagt.



Weitere Infos:
www.viszeralchirurgie.ch

► **Rezertifizierung – Wichtig zu wissen**

Der Schwerpunkt Viszeralchirurgie muss neu spätestens alle fünf Jahre rezertifiziert werden – erstmals bis zum 30. Juni 2029. Der Antrag ist durch die Titelträgerin bzw. den Titelträger selbst einzureichen. Erfolgt keine Rezertifizierung, wird der Schwerpunkt aus den Registern gelöscht. Personen mit einem Fortbildungsdiplom der SGC werden *automatisch* für den Schwerpunkt Viszeralchirurgie rezertifiziert. Die administrative Betreuung des Schwerpunkttitels liegt seit dem 1.7.2024 nicht mehr beim SIWF, sondern beim Sekretariat der SGVC.

20

Schwerpunktprüfungen wurden seit dem 1.7.2024 durchgeführt, von denen 18 Kandidatinnen und Kandidaten diese erfolgreich bestanden haben. Entsprechend viele Examinatorinnen und Examinatoren sowie Britta Bräutigam vom SGVC-Sekretariat (Organisation) standen bis am 30.4.2025 im Einsatz, namentlich (in alphabetischer Reihenfolge):

Adamina Michel, Banz Vanessa, Basilicata Giacinto, Beldi Guido, Bolli Martin, Breitenstein Stefan, De Lorenzi Diego, Donadini Andrea, Faes Seraina, Fasolini Fabrizio, Gass Jörn-Markus, Gelpke Hans, Goldmann Andrea, Grieder Felix, Gutknecht Stefan, Hahnloser Dieter, Hauswirth Fabian, Hetzer Franc, Keerl Andreas, Lehmann Kuno, Matter Maurice, Mattiello Diana, Metzger Jürg, Michel Jean-Marie, Müller Markus, Nebiker Christian, Nocito Antonio, Ochsner Alex, Peterli Ralph, Petrowsky Henrik, Ris Frédéric, Šandera Peter, Sauvain Marc-Olivier, Scheiwiller Andreas, Schlüchter Roger, Schmid Roger, Schmied Bruno, Schnüriger Beat, Teufelberger Gerfried, Toso Christian, Turina Matthias, Vetter Diana, Viehl Carsten, Weber Markus, Wildi Stefan, Zingg Urs.

Der Aufwand der Prüfungen ist beträchtlich und erfordert vor allem von den Vorstandsmitgliedern viel Engagement, da die Prüfungskommission jeweils von einem Vorstandsmitglied präsiert wird. Herzlichen Dank an alle Beteiligten für ihren Einsatz!

«DIE KOMPLEXITÄT DER AUFGABEN IST ENORM.»



Jörg Gröbli

*Geschäftsführer Schweizerisches Institut für
ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)*

Herr Gröbli, Sie sind seit anderthalb Jahren Geschäftsführer des SIWF: Was hat Sie gereizt, diese Tätigkeit zu übernehmen?

Nach vielen Jahren in der Unternehmensberatung hatte ich den Wunsch, meine breite Erfahrung in Führung, Strategie und Organisationsentwicklung wieder in einem sinnstiftenden, unternehmerischen Umfeld einzusetzen. Während meiner dreimonatigen Tätigkeit als Interims-Geschäftsführer beim SIWF konnte ich einen tiefen Einblick in die Aufgaben und Herausforderungen des Instituts gewinnen. Als sich die Gelegenheit bot, die Position dauerhaft zu übernehmen, habe ich nicht gezögert. Die Vielfalt der Themen und die hohe gesellschaftliche Relevanz der ärztlichen Weiterbildung waren für mich ausschlaggebend.

«Eine Reorganisation dieser Grössenordnung ist ein Kraftakt.»

Wie lautet Ihr erstes Fazit?

Die Komplexität der Aufgaben ist enorm – und die Anforderungen sind hoch. Das SIWF bewegt sich im Spannungsfeld unterschiedlichster Anspruchsgruppen, politischer Erwartungen und operativer Realität. Dennoch: Es ist eine hochspannende und sinnvolle Aufgabe, die ich mit viel Engagement angehe. Besonders heraus-

fordernd sind aktuell die personellen Themen und die Vielzahl sehr heterogener Interessen, die es zu koordinieren gilt.

Anfang 2025 haben Sie dem Vorstand der SGVC die Ziele und Strategie des SIWF präsentiert. Welche Rückmeldung ist Ihnen am stärksten präsent geblieben?

Es war nicht ein einzelnes Statement, sondern vielmehr die Grundhaltung der Offenheit und Dialogbereitschaft, die mir besonders positiv in Erinnerung geblieben ist. Der Austausch war konstruktiv und geprägt von einem gemeinsamen Interesse, die ärztliche Weiterbildung in der Schweiz zukunftsgerichtet weiterzuentwickeln.

Die Reorganisation des SIWF ist ein grosser Kraftakt: Welche Entwicklungen freuen Sie aktuell besonders?

Eine Reorganisation dieser Grössenordnung ist immer ein Kraftakt – für das Management, aber vor allem für die Mitarbeitenden. Wir streben nicht nur eine strukturelle Anpassung an, sondern einen tiefgreifenden kulturellen und organisatorischen Wandel. Das braucht Zeit, Vertrauen und die Bereitschaft zur Veränderung. Besonders freut mich, wie viele Mitarbeitende diesen Weg mitgehen, sich engagieren und mittragen – darauf bin ich sehr stolz.

Und was bereitet Ihnen Sorge?

Der Bereich Titelerteilung. Dort finden die grössten Veränderungen statt – bei gleichzeitig sehr hohem Erwartungs- und Zeitdruck. Das erschwert es, das

neue Team in Ruhe zu formen, zu stabilisieren und aufzubauen. Diese Belastung spüren nicht nur die direkt Betroffenen, sondern das gesamte SIWF.

Das SIWF hat sich zum Ziel gesetzt, seine «Prozesse und Strukturen zu optimieren und noch besser auf die Bedürfnisse seiner Anspruchsgruppen auszurichten». Können Sie anhand eines konkreten Beispiels erläutern, was das für die Viszeralchirurgen bedeutet?

Unser Ziel ist es, das Prinzip der Service Excellence zu verankern – das heisst nicht Perfektion, sondern verlässliche, nachvollziehbare und effiziente Leistungen. Dazu gehören transparente Prozesse, klare Zuständigkeiten und eine konsistente Kommunikation.

Konkret?

Konkret heisst das für die Viszeralchirurgie – wie auch für andere Fachrichtungen –, dass wir unsere Strukturen so aufstellen, dass Leistungen verlässlich, effizient und in der geforderten Qualität erbracht werden können. Das betrifft auch die Weiterbildungsprogramme und die Weiterbildungsordnung (WBO), die wir im Dialog mit den Fachgesellschaften vereinfachen und stärker standardisieren möchten. Unser Anspruch ist: weniger Komplexität, mehr Verlässlichkeit – für alle Beteiligten.

Wie wird der Einsatz von künstlicher Intelligenz die Tätigkeiten des SIWF in den nächsten Jahren verändern?

Künstliche Intelligenz unterstützt bereits heute einzelne Prozesse inner-

halb des SIWF. Erste Anwendungen zeigen, wie KI dazu beitragen kann, wiederkehrende Aufgaben zu automatisieren und interne Abläufe schlanker zu gestalten. Im Zentrum steht dabei die Effizienzsteigerung: Durch den gezielten Einsatz neuer Technologien schaffen wir mehr Raum für wertschöpfende Tätigkeiten und reduzieren administrative Aufwände. Gleichzeitig beobachten wir die Entwicklung aufmerksam, um künftige Potenziale frühzeitig zu erkennen und sinnvoll zu integrieren. Der bewusste und pragmatische Umgang mit KI ist für uns ein wichtiger Baustein, um das SIWF nachhaltig leistungsfähig und zukunftsorientiert aufzustellen.

Wenn vom SIWF die Rede ist, kommt oft die Kritik, dass die Bearbeitungszeiten bei Diplomanträgen sehr lang sind. Aktuell ist von «bis zu sechs Monaten» die Rede. Ist eine Verbesserung dieses Zustandes absehbar?

Es stimmt, dass sich die Bearbeitungszeiten für Anträge auf Facharzttitel beim SIWF derzeit auf bis zu sechs Monate belaufen können. Diese verlängerten Wartezeiten im Bereich Weiterbildungstitel sind insbesondere auf die Ende 2024 gestartete umfassende Reorganisation sowie einen nahezu vollständigen personellen Wechsel zurückzuführen. Gleichzeitig mussten ein neues Schulungskonzept eingeführt, die Abläufe optimiert und der Einsatz digitaler sowie KI-gestützter Tools gestartet werden. Ausserdem verzeichnen wir einen starken Anstieg an Neuan-

trägen (+15 % gegenüber dem Vorjahr) und eine tendenziell abnehmende Qualität der eingereichten Dossiers, was den administrativen Aufwand ebenfalls deutlich erhöht.

Entfalten die getroffenen Massnahmen inzwischen die gewünschte Wirkung?

Ja. Seit April 2025 zeichnet sich eine positive Trendwende ab. Wir hoffen, dass wir die Bearbeitungskapazität kontinuierlich steigern können. Ziel ist es, die durchschnittliche Bearbeitungszeit mittelfristig wieder auf 90 Tage zu senken. Bis dahin ist jedoch weiterhin mit einer Wartezeit von mindestens sechs Monaten zu rechnen.

«Seit April 2025 zeichnet sich eine positive Trendwende ab.»

Wie stehen Sie zur Verselbständigung der Schwerpunkttitel? Wie beurteilen Sie die Chancen und Risiken – für die Chirurgen/Chirurginnen, für das SIWF und für die Schwerpunktgesellschaft?

Die Diskussion über eine mögliche Verselbständigung einzelner Schwerpunkttitel wird innerhalb des SIWF aktuell kontrovers geführt. Grundsätzlich anerkennen wir, dass sich Fachgebiete weiterentwickeln und ihre Eigenständigkeit stärken wollen – sei es aus wissen- ▶

schaftlichen, versorgungsstrategischen oder berufspolitischen Gründen. Eine Verselbständigung kann aus Sicht der Fachgesellschaften insbesondere dann sinnvoll erscheinen, wenn ein Schwerpunkt faktisch bereits ein eigenständiges Fach mit klar umrissenen Inhalten, Strukturen und Prüfungsmodalitäten darstellt.

Für die Chirurgeninnen und Chirurgen könnte eine solche Entwicklung...

... mehr Sichtbarkeit, klarere berufliche Perspektiven und spezifischere Weiterbildungspfade schaffen. Gleichzeitig besteht aber das Risiko einer weiteren Fragmentierung des Fachs, was interdisziplinäre Zusammenarbeit und Rotation erschweren kann - besonders in kleineren Spitälern mit begrenztem Angebot. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an Administration und Koordination.

«Bis auf weiteres werden keine Auslagerungen der Schwerpunkttitel vollzogen.»

Und welche Abwägungen macht das SIWF?

Für das SIWF bedeutet die Verselbständigung eines Schwerpunkts stets eine sorgfältige Prüfung der Auswirkungen auf das gesamte Weiterbildungs- und Anerkennungssystem. Neben den in-

haltlichen Kriterien sind insbesondere auch die organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen entscheidend. Aktuell besteht ein Moratorium, und es werden bis auf weiteres keine Auslagerungen der Schwerpunkttitel vollzogen. Das SIWF wird bis zum 3. Quartal 2025 einen definitiven Entscheid dazu fällen.

Die Stichworte «eLogbuch» und «Digitalisierung» sorgen unter den Mitgliedern der SGVC immer wieder für Emotionen, die nicht nur positiv konnotiert sind.

Welche Optimierungsmassnahmen sind hier geplant?

Der Unmut ist nachvollziehbar - denn in den vergangenen Jahren wurde das Thema Digitalisierung im SIWF nicht mit der nötigen Priorität behandelt. Dies haben wir erkannt und deshalb in unserer Strategie 2025-2030 als einen zentralen Schwerpunkt definiert. Aktuell erarbeiten wir eine umfassende Digitalisierungsstrategie für das SIWF, mit dem Ziel, bestehende Systeme gezielt weiterzuentwickeln und neue digitale Lösungen für unsere Anspruchsgruppen bereitzustellen.

Welche konkreten Massnahmen wurden eingeleitet?

Im eLogbuch wurden im ersten Quartal 2025 bereits erste interne Optimierungen umgesetzt, etwa zur effizienteren Bearbeitung und besseren Datenstrukturierung. Für das 4. Quartal 2025 sind zudem gezielte Anpassungen auf der Nutzerseite (insbesondere für Assistenzärztinnen und -ärzte) geplant

- etwa in der Usability und Übersichtlichkeit. Dabei gilt für uns das Prinzip: Digitalisieren lässt sich nur, was zuvor prozessual sauber definiert ist. Deshalb stehen zunächst die Überarbeitung und Vereinfachung der Bearbeitungsprozesse im Zentrum, bevor digitale Lösungen konsequent ausgebaut werden. Unser Ziel ist ein benutzerfreundliches, stabiles und zukunftsgerichtetes eLogbuch, das echten Mehrwert bietet - für alle Beteiligten.

Die Chirurgie entwickelt sich immer mehr in Richtung Spezialisierung. Wie kann das SIWF dieses Bedürfnis bestmöglich umsetzen - auch bezüglich Facharzttitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise?

Die Zukunft aller Fachgebiete liegt aus unserer Sicht in der Einführung der kompetenzbasierten Bildung. Diese beinhaltet nicht nur die Beschreibung der Kompetenzen (Wissen, Fertigkeiten und Haltung), die das jeweilige Fachgebiet auszeichnet, sondern auch in der Steigerung der Qualität und Effizienz deren Vermittlung. So sollten gerade in den chirurgischen Fächern medizinische Simulationen zum Standard der Weiterbildung gehören - auch im Hinblick auf die Forderungen in Bezug auf Patientensicherheit. Simulationen sind aber nicht nur für die Aneignung handwerklicher Fertigkeiten exzellent geeignet, sondern auch für die Förderung von Kommunikations- und Teamaspekten. Der Ausweitung von privatrechtlichen Titeln (Schwerpunkten und Fä-

higkeitsausweisen) stehen wir kritisch gegenüber, da wir eine weitere Verzettlung in immer mehr Subspezialisierungen als grosse Herausforderung gerade für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sehen. Der Facharzttitel verliert immer mehr an Bedeutung, und die Zeit, bis jemand selbständig zu arbeiten beginnen kann, könnte sich damit verlängern.

Die Einführung der EPA's tangiert auch die Facharzttitel und Schwerpunkte. Wie beurteilt das SIWF die Chancen und Risiken?

Die kompetenzbasierte Bildung ist gerade in den privatrechtlichen Titeln eine grosse Chance: Dieses Outcome-basierte Regelwerk erlaubt es in Zukunft, mehr und mehr auf definierte Zeitvorgaben zu verzichten und nur noch zu definieren, was eine Kandidatin oder ein Kandidat an Kompetenzen vorweisen muss, damit sie oder er den entsprechenden Titel erhält. Dies ist insbesondere für Ärztinnen und Ärzte in leitenden und festen Positionen von grossem Vorteil: Sie müssen sich für einen Zusatztitel nicht eine neue Stelle suchen, sondern können sich auch berufsbegleitend die geforderten Kompetenzen aneignen.

Zu den Aufgaben des SIWF gehört die Akkreditierung der Ausbildungsstätten. Es stellt sicher, dass die festgelegten Qualitätsstandards erfüllt werden. Gibt es Bereiche, deren Umsetzung den Spitälern zunehmend Mühe und Ihnen Sorgen bereiten?

Die Weiterbildungsstättenkommission (WBSK) ist gestützt auf die einschlägigen rechtlichen Bestimmungen für die Anerkennung, Einteilung sowie Umteilung der Weiterbildungsstätten der Facharzttitel (Art. 43) zuständig. Generell beobachten wir mit gewissen Sorgen, dass die ärztliche Weiterbildung in den Weiterbildungsstätten immer mehr unter Druck gerät angesichts der ökonomischen und administrativen Zwänge. Wenn wir auch in Zukunft die Qualität der ärztlichen Betreuung hochhalten wollen, müssen wir in die jungen Ärztinnen und Ärzte investieren und ihnen eine hochstehende Bildung auch im klinischen Alltag ermöglichen. Die Verantwortlichen der Weiterbildungsstätten müssen für ein gutes Bildungsklima garantieren und dafür auch die entsprechenden Mittel im Sinne von Geld und Zeit erhalten.

Ihr Wunsch an die SGVC?

Ich habe keinen spezifischen Wunsch nur an die SGVC - vielmehr richtet sich mein Anliegen an alle Fachgesellschaften insgesamt. In der aktuellen Situation rund um die Titelerteilung bitten wir um Verständnis und Aufmerksamkeit. Wir wissen sehr genau, wo die Herausforderungen liegen und was es braucht, um sie zu bewältigen. Gleichzeitig brauchen wir Zeit und Vertrauen, um die eingeleiteten Massnahmen konsequent umzusetzen. Unser Ziel ist klar: Wir wollen das SIWF wieder zu dem machen, was es sein muss - ein verlässlicher, serviceorientierter Part-

ner rund um die ärztliche Weiter- und Fortbildung. Dabei ist es mir wichtig zu betonen: Das SIWF ist mehr als nur Titelerteilung.

«Wir brauchen Zeit und Vertrauen, um die Massnahmen konsequent umzusetzen.»

Nämlich...?

In den Bereichen Weiterbildungsstätten, Fortbildung, Gremienarbeit, Administration sowie Recht und Internationales leisten wir seit über 15 Jahren konstant qualitativ hochstehende und anerkannte Arbeit. Auch das verdient Würdigung. Zudem übernehmen wir auf europäischer Ebene eine Pionierrolle in der kompetenzbasierten Weiterbildung. Mit dem Ziel, dieses Konzept bis 2030 flächendeckend in der Schweiz zu etablieren, setzen wir damit einen zukunftsweisenden Standard für die ärztliche Aus- und Weiterbildung. Nur wenn wir gemeinsam Verantwortung übernehmen und den Dialog konstruktiv führen, können wir das System nachhaltig stärken - im Interesse der Ärztinnen und Ärzte und der medizinischen Versorgung in der Schweiz. ■

NEUE TARIFE AB 2026: TARDOC BRINGT AMBULANTE PAUSCHALEN

Erstmals seit über 20 Jahren ist es den Tarifpartnern gelungen, dem Bundesrat ein Gesuch zur Tarifgenehmigung einzureichen, hinter dem alle stehen können. Folge: Der bisherige Arzttarif Tarmed wird ersetzt durch den neuen Tarif Tardoc und durch gut 300 Fallpauschalen. Tardoc tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

Die Reform soll laut Bundesrat per Saldo kostenneutral sein. Das heisst im Prinzip: Jeder Zusatzfranken für eine bestimmte Behandlung ist durch Reduktion bei einer anderen Behandlung zu kompensieren. Dies macht die Angelegenheit politisch schwierig. Die Kernidee der Reform: Die Tarife sollen näher bei den effektiven Kosten liegen, als dies derzeit der Fall ist. Der Tarmed ist seit 2004 in Kraft und gilt schon seit langem als veraltet; die medizinische und technische Entwicklung ist mangels regelmässiger Aufdatierung in den derzeitigen Tarifen oft nicht abgebildet.

Wie bei den bestehenden Fallpauschalen im stationären Bereich sind künftig auch bei den neuen ambulanten Fallpauschalen jährliche Revisionen aufgrund neuer Erkenntnisse vorgesehen. Die neue Tariforganisation mit Vertretern von Ärzten, Spitälern, Krankenkassen und Kantonen hat schon diverse Schwerpunkte für die erste Revision per Anfang 2027 festgelegt.

13

Milliarden Franken werden mit dem Tardoc neu verteilt.

300

Fallpauschalen bilden den Kern von Tardoc.

60

Prozent beträgt die Umsetzungsrate bei den DRG-Anträgen zur Weiterentwicklung der stationären Tarife, welche die SGVC seit 2012 eingereicht hat.

«EIN GROSSER SCHRITT NACH VORNE.»



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

«Die Pauschalen sind der Schlüssel für eine bessere Kostendeckung.»

Viele Fachrichtungen wie Ophthalmologen, Radiologen und Kinderärzte haben lautstark Kritik am neuen Tardoc geüsert. Die Viszeralchirurgen hingegen bleiben eher ruhig. Sind Sie mit dem neuen Vergütungssystem zufrieden?

Die Pauschale für unsere häufigste ambulante Operation, die Inguinalhernienplastik, deckt die Leistung nun deutlich besser als bisher. Daher sind wir bislang zufrieden. Wir hoffen sehr, dass die noch kommenden Pauschalen für weitere häufige Eingriffe sich auch den realen Kosten annähern.

Auf einer Skala von 1 bis 10 – welche Note würden Sie dem Tardoc geben?

Die Analysen laufen noch, aber bisher würden wir den Pauschalen eine 8 geben, da sie die Kosten besser abdecken. Allerdings gibt es Schwächen wie die Verringerung der Konsultationsdauer oder dass das Erbringen von altersbezogenen Leistungen sowie ein erhöhter Behandlungsaufwand nicht mehr verrechenbar sein werden. Einerseits bietet dies weniger Flexibilität, um den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden, andererseits können Teaching-Situationen darunter leiden – daher hier nur die Note 4. Jedoch steht noch offen, inwiefern die Pathologie-Kosten ebenfalls tatsächlich durch die Pauschale vergütet werden. Dies könnte sich allenfalls negativ auf die Früherkennung von Krankheiten auswirken. Auch die Vergütung der Implantate erfolgt bis auf wenige Ausnahmen mittels Pauschale; hier könnten Qualitätseinbussen entstehen.

Was wird die grösste Veränderung für die Viszeralchirurgen ab 2026 sein?

Ganz klar die Einführung der Pauscha-

len. Wie gesagt: diese sind der Schlüssel für eine bessere Kostendeckung. Unsere grösste Herausforderung hierbei wird sein, dass die erbrachten Leistungen in die korrekte Pauschale führen.

Das System soll lernfähig und dynamisch sein. Wo erwarten Sie die ersten Anpassungen?

Es sind weitere Pauschalen in Erarbeitung – die sind für uns wichtig. Die ambulanten Pauschalen und der Tardoc werden analog zum swissDRG ebenfalls ein «lernendes Tarifsysteem» sein. Das heisst, die Tarifstruktur wird jährlich geprüft und gegebenenfalls angepasst; jedoch auch hier mit Blick auf retrospektive Kosten- und Leistungsdaten. Werden diese Daten ab 2026 in den Institutionen korrekt erfasst, wird sich rasch ein Bild zeigen, wo Anpassungen notwendig sein werden. Ich kann mir vorstellen, dass die ambulanten Pauschalen teilweise noch etwas differenziert werden müssten, um multimorbide Fälle oder solche mit höherem Ressourcenaufwand (etwa als Folge einer intraoperativen Blutung) besser abbilden zu können.

Sie betreuen das Dossier «Tarife» im Vorstand seit Jahren. Wie lautet Ihr Fazit nach all den Diskussionen und Verhandlungen?

Die SGVC kämpft seit 2012 für kostendeckende Pauschalen. Nun zeigt sich: Bei Operationen wie der Inguinalhernienplastik wird der Erlös künftig fast doppelt so hoch sein wie bisher. Das ist zwar ein Schritt nach vorne, dennoch bestehen aus Spitalsicht grosse Herausforderungen, damit die Institutionen kostendeckend eine hochwertige Versorgung anbieten können.



AUSSER MAN TUT ES ...

Die zunehmende Spezialisierung in der Medizin zeigt sich deutlich in der Vielfalt der Interessensgruppen, die der SGVC angegliedert sind. Bisher waren es sieben solcher Gruppen – nun erweitern zwei weitere die Gemeinschaft: die Swiss Hepato-Pancreato-Biliary Association

(SHPBA) und die Arbeitsgemeinschaft Swiss Upper GI. Diese beiden neuen Fachgesellschaften ergänzen das bestehende Netzwerk und stärken den interdisziplinären Austausch innerhalb der SGVC. Im Folgenden erhalten Sie eine Übersicht über die Aktivitäten, Ziele und Visionen

der verschiedenen Organisationen. So wird deutlich, wie jede Gruppe auf ihrem Fachgebiet zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in der Schweiz beiträgt und die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen fördert.

Swiss Endocrine Surgeons (AGEC)

Präzision in der endokrinen Chirurgie

Die Arbeitsgemeinschaft Endokrine Chirurgie (AGEC) vereint Fachwissen und Engagement für höchste Standards bei Eingriffen an hormonproduzierenden Organen. Sie fördert Aus- und Weiterbildung, unterstützt nationale Registerprojekte und stärkt den interdisziplinären Austausch im Bereich der endokrinen Chirurgie.



Weitere Infos:
www.eurocrine.eu

Swiss Association for Trauma & Acute Care Surgery (swissacs)

Schwerverletzte in besten Händen

Die SwissACS ist die zentrale Fachgesellschaft für Trauma- und Akut Chirurgie in der Schweiz. Sie setzt sich für höchste Standards in der Versorgung Schwerverletzter ein – durch evidenzbasierte Richtlinien, zertifizierte Traumazentren und praxisnahe Fortbildungen. Ihre Mitglieder stammen aus chirurgischen und angrenzenden Disziplinen und teilen ein Ziel: die kontinuierliche Verbesserung von Qualität, Ausbildung und Wissenschaft.



Weitere Infos:
www.swissacs.ch

«STEIGENDE KOMPLEXITÄT VERLANGT NACH KLAREN STANDARDS.»



PD Dr. med. Emmanuel Melloul
Co-Direktor Leber- und Pankreaszentrum,
CHUV

«Der internationale Austausch ist ein zentrales Anliegen.»

Mit der *Swiss Hepato Pancreato Biliary Association (Swiss HPBA)* ist eine neue Organisation entstanden, die der zunehmenden Komplexität in diesem Fachgebiet Rechnung trägt. PD Dr. Emmanuel Melloul, Co-Direktor am Leber- und Pankreaszentrum des CHUV, erklärt die Rolle, Ziele und Aufgaben der von ihm präsidierten Interessensgruppe.

Die Rolle der Swiss HPBA

Die Swiss HPBA wurde mit dem Ziel gegründet, die Hepato-Pankreato-Biliäre (HPB) Chirurgie in der Schweiz gezielt zu strukturieren und zu fördern. Die steigende Komplexität in diesem Fachgebiet verlangt nach klaren Standards, interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie gezielter Spezialisierung. Als nationale Fachgesellschaft verfolgt die Swiss HPBA deshalb einen integrativen Ansatz zur Weiterentwicklung der HPB-Chirurgie in Forschung, Ausbildung und klinischer Praxis.

Internationale Vernetzung und Wissenstransfer

Ein zentrales Anliegen der Swiss HPBA ist der Austausch mit internationalen Fachgesellschaften. Die Angleichung an international etablierte Standards fördert den Wissenstransfer und ermöglicht es, wissenschaftliche und klinische Erkenntnisse in der Schweiz wirksam umzusetzen. Dieser Austausch schafft eine solide Basis für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und stärkt die Position der Schweizer HPB-Chirurgie auf globaler Ebene.

Forschung und Ausbildung

Die Prioritäten der Swiss HPBA liegen in der Förderung translationaler Forschung, der kontinuierlichen Aus- und Weiterbildung sowie der Optimierung der klinischen Praxis. Ziel ist es, Innovationen schneller in den klinischen Alltag zu integrieren und die Behandlungsergebnisse nachhaltig zu verbessern. Insbesondere die gezielte Förderung des chirurgischen Nachwuchses durch Mentoring, Forschungsbeteiligung und spezialisierte Fortbildungsangebote ist dabei ein wichtiger strategischer Pfeiler.

Nachwuchsförderung und Zukunftssicherung

Die Swiss HPBA sieht sich in der Verantwortung, die nächste Generation von HPB-Chirurginnen und -Chirurgen gezielt zu fördern. Durch strukturierte Programme für junge Medizinerinnen und Mediziner wird deren aktive Beteiligung in der Fachgesellschaft ermöglicht – sei es durch Forschungsprojekte, klinische Weiterbildung oder Netzworkebildung. So wird langfristig nicht nur die Expertise, sondern auch das Engagement im Fachbereich HPB-Chirurgie gesichert.

Engagement in der Gesundheitspolitik

Schliesslich möchte die Swiss HPBA auch aktiv an gesundheitspolitischen Diskussionen teilnehmen. Die Mitgestaltung von klinischen Leitlinien, die Definition von Versorgungsstandards und die Förderung interdisziplinärer Versorgungskonzepte gehören zu den erklärten Zielen. Die Gesellschaft versteht sich als Fachgremium, das evidenzbasierte und patientenzentrierte Beiträge zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Bereich der HPB-Medizin liefert.

Swiss Minimally Invasive Surgery (SWISS-MIS)

Sanft operieren, stark wirken

Swiss-MIS ist die Plattform für alle, die sich der minimalinvasiven Viszeralchirurgie verschrieben haben. Sie fördert den fachlichen Austausch, organisiert nationale und internationale Fortbildungen und unterstützt Forschung für zukunftsweisende, schonende OP-Verfahren. Qualitätssicherung steht dabei ebenso im Fokus wie der technologische Fortschritt.



Weitere Infos:
www.swiss-mis.ch

Swiss Peritoneal Cancer Group (SPCG)

Interdisziplinär gegen Peritonealkarzinome

Die SPCG bringt Expertinnen und Experten aus Chirurgie, Onkologie und verwandten Fachrichtungen zusammen, um die Therapie des Peritonealkarzinoms entscheidend voranzubringen. Mit einem Fokus auf moderne Verfahren wie CRS und HIPEC, qualitätsgesicherte Forschung und spezialisierte Fachtagungen trägt die Gruppe aktiv zur Verbesserung der Patientenversorgung bei.



Weitere Infos:
www.spcg.ch

Swiss Multidisciplinary Obesity Society (SMOB)

Stark im Einsatz für Menschen mit Adipositas

Die SMOB ist die schweizerische Fachgesellschaft für Adipositas- und metabolische Chirurgie. Sie entwickelt evidenzbasierte Behandlungsrichtlinien, führt ein nationales Register und organisiert gezielte Fortbildungen. In ihr engagieren sich Spezialistinnen und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen für eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung adipöser Patientinnen und Patienten.



Weitere Infos:
www.smob.ch

«MEHR SICHTBARKEIT UND EINFACHERE KOOPERATIONEN.»



Prof. Dr. med. Stefan Paul Mönig
*Responsable de la chirurgie oeso-gastrique
aux Hôpitaux Universitaires de Genève*

Mit der Gründung der *Swiss Upper GI Group* entsteht an der Generalversammlung in Interlaken eine neue Plattform für Chirurgen und Chirurgen mit Fokus auf Magen- und Speiseröhrenchirurgie. Stefan Mönig, Leiter der Ösophagus- und Magen Chirurgie am Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), erklärt die Hintergründe, Ziele und Vorteile dieser neuen SGVC-Interessensgruppe.

Wer steht hinter der Upper GI Group?

Initianten sind SGVC-Mitglieder mit besonderem Interesse an der oberen GI-Chirurgie sowie Kliniken, die Speiseröhrenchirurgie im Rahmen der HSM durchführen.

Wie organisiert sich die Gruppe, welchen Mehrwert bietet sie?

Die Upper GI Group soll eine Plattform für interessierte Schweizer Chirurgeninnen und Chirurgen sein – analog zur Swiss Peritoneal Cancer Group. Geplant sind ein jährlicher Workshop (Januar/Februar) und verschiedene Fortbildungskurse.

Welches sind die Ziele und Schwerpunkte?

- Aktive Teilnahme an SGC- und SGVC-Kongressen
- Jährliche Fortbildung im Januar
- Interdisziplinäre Kooperation (Onkologie, Gastroenterologie, Innere Medizin, Anästhesie etc.)
- Mitarbeit an Studien, Projekten, Publikationen
- Zusammenarbeit mit internationalen Fachgesellschaften

Wo findet die erste Generalversammlung statt? Wo der erste öffentliche Kongress?

Der erste Workshop fand im April 2025 in Bern mit rund 40 Teilnehmenden statt. Die offizielle Gründung erfolgt am Donnerstag, 11.09.2025, 12 bis 13 Uhr (Raum Harder) am SGG-SGVC-SASL-Kongress in Interlaken.

Warum braucht es für dieses Thema eine eigene Arbeitsgemeinschaft?

Die Spezialisierung innerhalb der Viszeralchirurgie schreitet voran – europäische Länder verfügen bereits über spezialisierte Gruppen für obere GI-Chirurgie. Auch die Einführung des F.E.B.S.-Titels unterstreicht den Bedarf. Die Gruppe stärkt die Sichtbarkeit, erleichtert Studienkooperationen und vertieft die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Schweiz.

Welche Zielgruppe wird angesprochen?

Alle SGVC-Mitglieder mit Interesse an der benignen oder malignen Magen- und Speiseröhrenchirurgie. Es werden rund 100 potenzielle Mitglieder erwartet.

«Die offizielle
Gründung der *Swiss
Upper GI Group*
erfolgt am 11.9.2025
in Interlaken.»

Schweizerische Arbeitsgruppe für Hernienchirurgie (SAHC)

Sicher, modern, evidenzbasiert

Die SAHC engagiert sich für die Weiterentwicklung der Hernienchirurgie in der Schweiz. Sie organisiert praxisnahe Fortbildungen, beteiligt sich aktiv an Qualitätsregistern und legt Wert auf zeitgemässe, patientenorientierte Operationsmethoden.



Weitere Infos:
www.sahc.ch

Schweizerische Arbeitsgruppe für Koloproktologie (SAKP)

Kompetenz rund um Dick- und Enddarm

Die SAKP ist das schweizerische Netzwerk für Spezialistinnen und Spezialisten in der kolorektalen Chirurgie. Sie fördert fundierte Ausbildungen, wissenschaftliche Studien und setzt sich für moderne Behandlungsstandards bei Erkrankungen des Dick- und Enddarms ein.



Weitere Infos:
www.coloproct.ch

Swiss Upper GI Group (SUGI)

Vernetzt für Speiseröhre und Magen

Die Swiss Upper GI Group ist eine neue Plattform für Chirurginnen und Chirurgen mit Fokus auf Speiseröhre und Magen. Ziel ist der fachliche Austausch, Fortbildung sowie die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Im Mittelpunkt stehen internationale Vernetzung, Studienbeteiligung und Qualitätsentwicklung.



Weitere Infos:
www.viszeralchirurgie.ch

Swiss Hepato-Pancreato-Biliary Association (SHPBA)

Exzellenz in Leber-, Pankreas- und Gallenwegs chirurgie

Die SHPBA setzt sich für höchste Behandlungsstandards bei komplexen hepato-pankreato-biliären Erkrankungen ein – durch evidenzbasierte Leitlinien, gezielte Aus- und Weiterbildungen sowie Forschungsprojekte. Ihre Mitglieder engagieren sich interdisziplinär und vernetzt für Innovation, Qualität und Patientensicherheit.



Weitere Infos:
www.ihpba.org

«UNSERE GESELLSCHAFT IST AUF DIE CHIRURGEN ANGEWIESEN!»



Dr. med. Yvonne Gilli
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
Präsidentin FMH

Frau Gilli, wie nehmen Sie die SGVC wahr?

Als Nicht-Chirurgin nehme ich die Viszeralchirurgie vor allem aus der Sicht der zuweisenden Ärztin wahr. Als Präsidentin der FMH gehören die Viszeralchirurginnen standespolitisch zu den «ruhigen» Chirurginnen, das heisst, sie schreien nicht gleich bei jeder Unpässlichkeit laut auf. Als chirurgische Laiin sehe ich vor allem die Komplexität, dass gerade im Bereich der Viszeralchirurgie die chirurgische Entwicklung – weg von der offenen, hin zur laparoskopischen Technik – eine enorme Spannkraft beinhaltet, auch in Bezug auf die zukünftigen Skills.

«Die Viszeralchirurgen schreien nicht gleich bei jeder Unpässlichkeit laut auf.»

Die FMH, die Sie präsidieren, vertritt die Interessen der Ärzteschaft. Inwiefern unterscheiden sich diejenigen der Chirurginnen und Chirurgen von den anderen Fachgesellschaften? Welche Besonderheiten sehen Sie?

Im Kern werden die Unterschiede durch den uns allen bekannten Entenjagd-Witz gut beschrieben:

Ein Chirurg, ein Pathologe, ein Internist und ein Psychiater gehen gemeinsam auf Entenjagd. Als sie einen Schwarm Enten über sich sehen, legt der Internist an, zielt, denkt nach... und setzt das Gewehr wieder ab. «Ich war nicht sicher, ob es tatsächlich Enten waren», sagt er seinen Freunden. Kurz darauf sehen sie einen weiteren Entenschwarm. Der Psychiater legt an, zielt, denkt nach... und setzt die Flinte ebenfalls wieder ab. «Ich war mir nicht sicher, ob sich wirklich alle Vögel als Enten gefühlt und identifiziert haben», erklärt er. Als ein dritter Entenschwarm aufsteigt, fackelt der Chirurg nicht lange, zielt und schießt mehrmals. Als die Schüsse verhallen, ist kein einziger Vogel mehr am Himmel. Der Chirurg klopf dem Pathologen auf die Schulter und sagt: «Bitte, schau doch mal nach, ob auch Enten dabei waren.»

Spass beiseite: Gemeinsam ist uns allen, dass wir auf der Basis von mindestens Rest-Unsicherheit handeln müssen – und die Handlung durchaus existenzielle Konsequenzen beinhalten kann für die Patientin. Das prägt unseren Beruf. Unsere Handlungsstärke ist gleichzeitig unsere Schattenseite. (Standes)politisch und als Qualität von Führungsfunktionen ist nämlich in erster Linie strategisches Denken und nicht Handlung gefragt – und das haben wir kaum gelernt.

Die Forderung nach «weniger Bürokratie» ist unter der Ärzteschaft weit verbreitet. Wo setzt die FMH den Hebel an, um das Bürokratiemonster zu zähmen?

Bürokratiemonster fressen ihre eigenen Kinder. Das erste Bürokratiemonster haben wir selbst geschaffen durch die zunehmende Fragmentierung unserer Weiterbildung, oft getrieben durch Abgrenzung gegenüber «verwandten» Fachgebieten oder durch monetäre Partikularinteressen. Das behördliche Bürokratiemonster speisen wir mit unter selbst, in dem wir Problemlösungen über unsere Lobbyistinnen an die politischen Entscheidungsträger delegieren. Diese haben aber als einziges Instrument die Legiferierung, und somit Regulierung, zur Verfügung. Der FMH als Dachorganisation kommt somit in erster Linie die Rolle der Schadensbegrenzung zu, wenn eine weitere Regulierung droht. Das gelingt uns oft erfolgreich, nur, Schadensminderung verändert die Ausgangssituation nicht.

Für die Zukunft heisst das für mich:

- Keine Zuweisung von Problemlösungen an die Politik. Lösen wir unsere Herausforderungen selbst!
- Als Auftrag an die Politik: Deregulierung! Das gelingt uns nicht als einzelne Fachgesellschaft, sondern nur gemeinsam.
- Ärztliche Kaderpositionen an Institutionen tragen die Mitverantwortung

für die zunehmende Bürokratisierung innerhalb der Institution, z.B. mit dysfunktionalen IT-Systemen. Hier ist Mitgestaltung gefragt!

Welche drei Gründe stimmen Sie zuversichtlich, dass es auch in zehn Jahren noch erstrebens- und lohnenswert sein wird, die Fachrichtung Chirurgie respektive Viszeralchirurgie zu wählen?

Es wird weiter die intrinsische Motivation sein, welche zum Studium der Medizin bewegt. Den Wunsch, Menschen zu helfen, handwerkliches Talent sowie naturwissenschaftlich-technologisches Interesse – und unsere Gesellschaft ist schlicht auf die Chirurginnen angewiesen, ohne sie keine chirurgische Versorgung der Bevölkerung.

Ihre Wünsche an die SGVC respektive deren Mitglieder?

Sie sind die Kompetenzträgerinnen für die Mitgestaltung ihrer beruflichen Rahmenbedingungen. Nutzen Sie diese Kompetenz und arbeiten Sie mit an Ihren zukunftsfähigen beruflichen Voraussetzungen, dort wo Sie gerade arbeiten, und solidarisch in Ihrer standespolitischen Fach- und kantonalen Gesellschaft. Gemeinsam sind wir stark und wirksam!

«Keine Zuweisung von Problemen an die Politik. Lösen wir unsere Herausforderungen selbst!»



**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