

DIE ZUKUNFT DER VISZERALCHIRURGIE IM FOKUS

Jahresbericht 2025/26

Zahlen, Fakten und Kommentare

Beatrice Beck Schimmer
«Vielfalt macht die
Chirurgie stärker.»

Reiner Eichenberger
«Bessere Anreize stärken
die Versorgung.»

Elisabeth Baume-Schneider
«Medizin braucht
engagierte Menschen.»



DIE THEMEN IM ÜBERBLICK

Auch im Geschäftsjahr 2025/26 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.



Prof. Dr. med. Markus K. Müller
Präsident SGVC

4

SGVC: Über uns

6

Editorial

8

Der Vorstand

12

Die SGVC und ihre Interessensgruppen

14

Fokusthema: 10 Fragen, 10 Perspektiven

42

Hospitationsstipendien

46

Felix-Largiadèr-Preis

48

SCS Annual Meeting

50

Hochspezialisierte Medizin (HSM)

54

Schwerpunkt Viszeralchirurgie

56

Interlaken: Es war einmal ein Kongress

60

Swiss Visceral Summit

62

Ausblick: Elisabeth Baume-Schneider

Impressum

Konzeption, Redaktion und Grafik: Markus K. Müller, Antonio Nocito, Britta Bräutigam, Omar Gisler, Tanja Martin
Fotos: Stockfotos, KI-Bilder, zVg | Druck: Häflinger Druck, Wettingen (Kromer Print AG) | Auflage: 500 Exemplare
Redaktionsschluss: 1. August 2026

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.

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.



Weitere Infos:
www.viszeralchirurgie.ch

528

Mitglieder zählt die SGVC per 30.06.2026. Die Zusammensetzung sieht folgendermassen aus:

316 Ordentliche Mitglieder
90 Freimitglieder
14 Ehrenmitglieder
107 Zugewandte Mitglieder
1 Juniormitglied

14

Ehrenmitglieder zählt die SGVC. An der Mitgliederversammlung vom 11. September 2025 wurde **Prof. Dr. med. Raffaele Rosso** als neues Ehrenmitglied aufgenommen. Wir gratulieren ihm herzlich zu dieser Wahl.



28

Mitglieder stiessen im Zeitraum 2025/26 neu zur SGVC. Willkommen im Club!

VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN UND ZUKUNFT GESTALTEN



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

«Gerade in herausfordernden Zeiten zeigt sich die Stärke einer Fachgesellschaft.»

Die vergangenen zwei Jahre haben unsere Fachgesellschaft in vielerlei Hinsicht geprägt: Gesundheitspolitische Entwicklungen, neue regulatorische Anforderungen und wichtige Entscheidungen innerhalb der SGVC haben deutlich gemacht, wie wichtig eine starke und engagierte Fachgesellschaft ist, um die Zukunft der Viszeralchirurgie aktiv mitzugestalten. Als Präsident durfte ich diese Zeit gemeinsam mit einem motivierten Vorstand begleiten und mitprägen.

Zu Beginn meiner Amtszeit im September 2024 standen die strategischen Prioritäten bereits fest. Es galt, den zunehmenden administrativen Belastungen unseres Fachs kritisch entgegenzutreten, die Sichtbarkeit der SGVC weiter zu stärken und strukturelle Fragen aktiv anzugehen. Im Mittelpunkt standen dabei die Beziehungen zur Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC), die Weiterentwicklung der hochspezialisierten Medizin (HSM) sowie eine vorausschauende Nachfolgeplanung innerhalb des Vorstandes.

Ein wichtiger Schwerpunkt meiner Präsidenschaft war die Klärung der Rolle der SGVC innerhalb der chirurgischen Fachgesellschaften. Die Gespräche mit der SGC verliefen intensiv und teilweise kontrovers. Auch wenn daraus keine strukturelle Annäherung im Sinne einer Fusion entstand, konnten Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Profile beider Gesellschaften klarer definiert werden. Heute bestehen belastbare Kommunikationswege und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, insbesondere bei gesundheitspolitischen und tarifarischen Themen. Das ist eine gute Grundlage, um gemeinsame Anliegen auch künftig geschlossen zu vertreten.

Aus einer Herausforderung eine Chance gemacht

Die Arbeit im Vorstand war geprägt von grosser fachlicher Kompetenz, langjähriger Erfahrung und unterschiedlichen Perspektiven. Nicht immer waren die Diskussionen einfach. Gerade diese Vielfalt hat dazu beigetragen, tragfähige Lösungen zu finden und die richtigen Prioritäten zu setzen – sei es bei gesundheitspolitischen Fragestellungen, bei der Weiterentwicklung unseres Fachs oder bei der Positionierung der SGVC. Mein herzlicher Dank gilt allen Vorstandsmitgliedern sowie unserer Geschäftsstelle. Ihr Engagement und ihre Professionalität bilden das Fundament der erfolgreichen Arbeit unserer Gesellschaft.

Zu den einschneidendsten Ereignissen der vergangenen Monate gehörte das Ende der langjährigen Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie beim gemeinsamen Jahreskongress. Trotz unserer Bereitschaft, tragfähige Kompromisse zu finden, wurde diese Partnerschaft einseitig beendet. Bedauerlich war dabei nicht nur der Entscheid selbst, sondern auch die Art und Weise seines Zustandekommens. Dies steht in deutlichem Gegensatz zur ausgezeichneten interdisziplinären Zusammenarbeit, die wir im klinischen Alltag mit unseren gastroenterologischen Kolleginnen und Kollegen erleben.

Gerade in dieser Situation zeigte sich jedoch die Stärke unserer Fachgesellschaft. Innerhalb kürzester Zeit gelang es dem Vorstand, mit dem Swiss Visceral Summit ein neues, eigenständiges Kongressformat zu entwickeln. Mit seiner ersten Durchführung im November in Aarau

entsteht eine moderne Plattform für wissenschaftlichen Austausch, Fortbildung und Innovation. Ich bin überzeugt, dass dieser Kongress das Potenzial hat, sich als wichtiger Treffpunkt der Schweizer Viszeralchirurgie zu etablieren.

HSM mit Augenmass weiterentwickeln

Die hochspezialisierte Medizin bleibt eines der zentralen gesundheitspolitischen Themen unseres Fachs. Die Viszeralchirurgie gehörte zu den ersten Disziplinen, die einer umfassenden Regulierung unterstellt wurden. Qualitätssicherung ist für uns selbstverständlich und unverzichtbar. Gleichzeitig müssen regulatorische Vorgaben fachlich fundiert, differenziert und praxisnah ausgestaltet sein.

Starre Fallzahlvorgaben, fehlende Re-Entry-Kriterien oder eine unzureichende Berücksichtigung moderner Behandlungskonzepte bergen die Gefahr von Fehlanreizen und können langfristig die Versorgungsqualität beeinträchtigen. Dabei geht es nicht nur um Fallzahlen und Qualitätskriterien, sondern auch um die Balance zwischen der Zentralisierung komplexer Eingriffe und einer qualitativ hochstehenden regionalen Versorgung. Die SGVC wird sich deshalb weiterhin dafür einsetzen, dass Qualitätsanforderungen medizinisch sinnvoll und patientenorientiert ausgestaltet werden.

Qualität braucht Fairness

Die Chirurgie steht heute stärker als viele andere Disziplinen im Fokus regulatorischer und öffentlicher Aufmerksamkeit. Operative Leistungen lassen sich einfach erfassen und vergleichen. Entsprechend richten sich gesundheitspolitische Steuerungsinstrumente häufig

auf chirurgische Fächer. Gleichzeitig nehmen Dokumentationspflichten, Qualitätsprogramme und administrative Anforderungen stetig zu. Die richtige Balance zwischen Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit und ärztlicher Handlungsfreiheit wird deshalb zu einer der entscheidenden Fragen der kommenden Jahre.

Die Erkenntnisse aus Qualitäts- und CIRS-Systemen zeigen klar, dass Patientensicherheit eine Aufgabe des gesamten Gesundheitswesens ist. Qualität und Transparenz sind unverzichtbar. Sie müssen jedoch für alle Fachgebiete nach denselben Grundsätzen gelten. Die SGVC wird sich deshalb weiterhin für eine sachliche, faktenbasierte und fachübergreifende Qualitätsdiskussion einsetzen.

Über den Tellerrand hinaus

Die Zukunft der Viszeralchirurgie entscheidet sich nicht allein im Operationssaal. Sie wird ebenso durch gesellschaftliche Entwicklungen, gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und den Wandel unseres Berufsbildes geprägt. Die zunehmende Feminisierung der Medizin, der Nachwuchsmangel, die fortschreitende Subspezialisierung, Tarife, Kostenentwicklung oder die Rolle der Chirurgie im öffentlichen Diskurs sind Herausforderungen, die unser Fach in den kommenden Jahren entscheidend prägen werden.

Diesen Fragen widmet sich das Schwerpunktthema dieses Jahresberichts. Zehn Persönlichkeiten aus Medizin, Politik und Gesundheitswesen sowie Vertreterinnen und Vertreter der SGVC und anderer Fachgesellschaften geben ihre Einschätzungen zu den zentralen Zukunftsfragen der Schweizer Viszeral-

chirurgie. Unterschiedliche Perspektiven, kontroverse Standpunkte und neue Denkanstösse machen deutlich: Die Zukunft unseres Fachs lässt sich nur gemeinsam gestalten.

Dank und Ausblick

Am Ende meiner Präsidentschaft überwiegt die Dankbarkeit. Ich durfte eine engagierte, fachlich starke und zukunftsorientierte Gesellschaft begleiten, die auch anspruchsvolle Herausforderungen mit Geschlossenheit, Pragmatismus und Weitblick gemeistert hat. Die SGVC ist heute eine anerkannte Stimme im Schweizer Gesundheitswesen. Darauf dürfen wir mit Zuversicht aufbauen.

Ich freue mich, das Präsidium in die kompetenten Hände von **PD Dr. med. Diana Vetter** zu übergeben. Für ihre neue Aufgabe wünsche ich ihr viel Erfolg, eine glückliche Hand bei den anstehenden Entscheidungen und ebenso bereichernde Erfahrungen, wie ich sie während meiner Amtszeit machen durfte.

Mein Dank gilt allen Mitgliedern der SGVC für das Vertrauen, die Unterstützung und den kollegialen Austausch. Gemeinsam werden wir die Zukunft der Schweizer Viszeralchirurgie weiterhin aktiv gestalten – indem wir die richtigen Fragen stellen, unterschiedliche Perspektiven zulassen und gemeinsam tragfähige Antworten entwickeln.



Prof. Dr. med. Markus K. Müller

DER VORSTAND

Elf Mitglieder mit Stimmrecht umfasst der Vorstand der SGVC. Dazu kommen noch zwei 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
(aus dem Vorstand ausgetreten)

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

158'771

Franken betrugten die gesamten Ausgaben im Jahr 2025, denen Einnahmen von 159'409 Franken gegenüberstanden.

638

Franken Reingewinn ergaben sich daraus.

568

Stunden Aufwendungen hatte das Sekretariat im Jahr 2025:

- Allgemeine Administration: **99.25h**
- Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlung: **124.25h**
- Finanzen und Webseite/Kommunikation: **51.25h**
- Prüfungskommission und Organisation Schwerpunktprüfungen: **106.75h**
- Bildungskommission und Bearbeitung Titelanträge: **76.5h**
- Rekurskommission und Bearbeitung Rekursanträge: **11h**
- Anträge Weiterbildungsstätten und Organisation Visitationen: **36.75h**
- Verselbständigung und Online-Tool: **4.75h**
- Organisation Swiss Visceral Summit: **57.50 h**

4

Mal hat der Vorstand seit der ordentlichen Mitgliederversammlung vom 11. September 2025 getagt. Dabei hat er u.a. folgende Traktanden behandelt:

- Beitritte Neumitglieder
- Laufender Informationsaustausch mit dem Swiss College of Surgeons (SCS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC)
- Organisation wissenschaftliche Sitzungen und Freie Mitteilungen für das SCS Annual Meeting
- Implementierung und Organisation der wissenschaftlichen Sitzungen für den Swiss Visceral Summit
- Organisation Schwerpunktprüfungen
- Administrative und organisatorische Aufgaben rund um die Erteilungen des Schwerpunkts Viszeralchirurgie (Verselbständigung)
- Neuansträge Weiterbildungsstätten und Visitationen einzelner Kliniken respektive Institutionen im Hinblick auf den Schwerpunkt Viszeralchirurgie
- Durchführung Kandidatenumfrage bei den Weiterbildungsstätten inkl. Monitoring
- Hospitationsstipendium 2026
- Tarife
- Kommunikation, Webseite & Social Media

DIE INTERESSENSGRUPPEN DER SGVC

Die Viszeralchirurgie wird immer spezialisierter – und mit ihr die Vielfalt der Interessensgruppen innerhalb der SGVC. Sie fördern den fachlichen Austausch, vernetzen Expertinnen und Experten und setzen Impulse für Weiterbildung und Forschung. Auf dieser Doppelseite stellen sich die einzelnen Gruppen mit ihren Schwerpunkten und Aktivitäten vor.

Swiss Endocrine Surgeons (AGEC)

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.

Swiss Association for Trauma & Acute Care Surgery (SwissACS)

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.

Swiss Minimally Invasive Surgery (Swiss-MIS)

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.

Swiss Peritoneal Cancer Group (SPCG)

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.

Swiss Upper GI Group (SUGI)

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.

Swiss Hepato-Pancreato-Biliary Association (SHPBA)

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.

Schweizerische Arbeitsgruppe für Hernienchirurgie (SAHC)

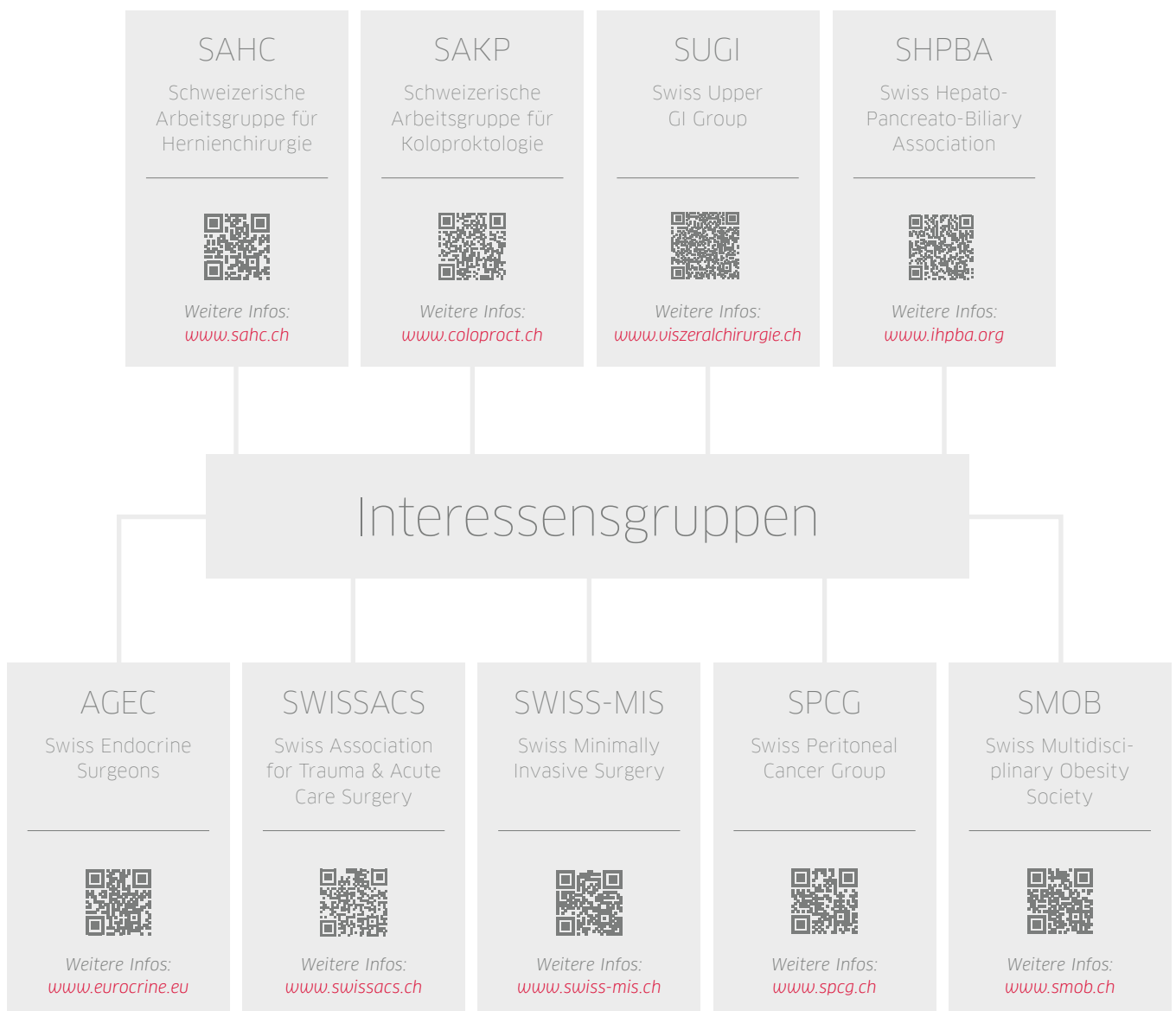
Die SAHC engagiert sich für die Weiterentwicklung der Hernienchirurgie in der Schweiz. Sie organisiert praxisnahe Fortbildungen, beteiligt sich aktiv an Qualitätsregistern und legt Wert auf zeitgemässe, patientenorientierte Operationsmethoden.

Schweizerische Arbeitsgruppe für Koloproktologie (SAKP)

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.

Swiss Multidisciplinary Obesity Society (SMOB)

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.





VISZERALCHIRURGIE IM WANDEL: ZEHN FRAGEN, ZEHN PERSPEKTIVEN

Die Viszeralchirurgie steht vor tiefgreifenden Veränderungen. Gesellschaftlicher Wandel, gesundheitspolitische Reformen und wirtschaftlicher Druck verändern den klinischen Alltag ebenso wie die Zukunft unseres Fachgebiets. Gerade deshalb ist jetzt der richtige Zeitpunkt, die entscheidenden Fragen zu stellen und unterschiedliche Perspektiven zusammenzuführen.

Viele Entwicklungen verlaufen gleichzeitig: Die Medizin wird weiblicher, die Ansprüche an Qualität und Transparenz steigen, die Versorgung wird zunehmend spezialisiert und konzentriert. Gleichzeitig wachsen die Erwartungen an Effizienz, Wirtschaftlichkeit und interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Viszeralchirurgie muss sich diesen Veränderungen stellen – und sie aktiv mitgestalten.

Dabei geht es nicht nur um Strukturen, Prozesse oder politische Rahmenbedingungen. Es geht ebenso um das Selbstverständnis unseres Fachs: Wie wollen wir künftig arbeiten, ausbilden und führen? Welche Werte sollen die Chirurgie prägen? Und wie gelingt es, auch unter veränderten Bedingungen eine qualitativ hochstehende, patientenorientierte Versorgung sicherzustellen?

Die zehn Fragen auf den folgenden Seiten greifen die Themen auf, die die Viszeralchirurgie heute und morgen bewegen:

- **Feminisierung:** Wie verändert sie Führung, Kultur und Arbeitsorganisation?
- **Nachwuchs:** Wie bleibt die Viszeralchirurgie für die nächste Generation attraktiv?
- **Subspezialisierung:** Wie viel Spezialisierung verträgt das Fach?
- **HSM:** Die Zentralisierung ist erreicht – und nun?
- **Spitalplanung:** Wie gelingt die Balance zwischen Exzellenz und regionaler Versorgung?

- **Ambulantisierung:** Sind Infrastruktur, Finanzierung und Personal den Anforderungen gewachsen?
- **Tarife:** Spiegelt das System die chirurgische Realität wider?
- **Kosten:** Wo liegt die richtige Balance zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgung?
- **Interessenvertretung:** Gewinnt die Chirurgie ihre Zukunft durch mehr Einfluss oder durch Vertrauen?
- **Zusammenarbeit:** Fusion der Fachgesellschaften – Chance oder falscher Weg?

Auf viele dieser Fragen gibt es keine einfachen oder endgültigen Antworten. Umso wichtiger ist der offene Dialog. Unterschiedliche Erfahrungen, Blickwinkel und Argumente bereichern die Diskussion und helfen, gemeinsame Lösungen zu entwickeln.

Für dieses Schwerpunktthema haben wir Persönlichkeiten aus Medizin, Wissenschaft, Politik und Gesundheitswesen sowie Vertreterinnen und Vertreter der SGVC und anderer Fachgesellschaften eingeladen, ihre Perspektiven einzubringen. Entstanden sind zehn unterschiedliche Blickwinkel: kontrovers, fundiert und zukunftsorientiert. Die Essays sollen Denkanstösse geben, Debatten anregen und dazu beitragen, die Zukunft der Schweizer Viszeralchirurgie gemeinsam zu gestalten.

Zehn Fragen. Zehn Perspektiven. Ein gemeinsames Ziel: die Zukunft der Viszeralchirurgie aktiv mitzugestalten.

1. Feminisierung der Medizin

Wie verändert die Feminisierung die Viszeralchirurgie – und welche Konsequenzen hat das für Führung, Kultur und Arbeitsorganisation?



Prof. Dr. med. Beatrice Beck Schimmer
Direktorin Universitäre Medizin Zürich

«Die Medizin feminisiert sich, doch viele chirurgische Disziplinen bleiben eine männliche Domäne.»

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich das Geschlechterverhältnis unter der Ärzteschaft in der Schweiz deutlich gewandelt. Frauen stellen heute die Mehrheit der Medizinstudierenden und einen grossen Teil des ärztlichen Nachwuchses in Ausbildung. Bereits seit dem Jahr 2001 studieren mehr Frauen als Männer Humanmedizin; seit den Jahren 2012/2013 liegt ihr Anteil konstant bei rund 60%. Dies spiegelt sich nahtlos in einem Frauenanteil von ebenfalls 60% bei der Assistenzärzteschaft wider.

Diese Entwicklung wird häufig als «Feminisierung der Medizin» beschrieben – doch sie bleibt inkomplett. Trotz des seit über zwanzig Jahren bestehenden Trends steigt der Frauenanteil zwar in der Ausbildung, nimmt aber mit jeder Hierarchiestufe deutlich ab: von 54% auf der Stufe Oberärztinnen und -ärzte über 27% bei den Leitenden Ärztinnen und Ärzten – bis hin zu 19% bei den Klinikdirektoren (Seyler 2025).

In der akademischen Medizin ist diese Diskrepanz zwischen den frühen Karrierestufen und den Professuren noch ausgeprägter. Männer dominieren bereits bei den Assistenzprofessuren mit rund 60%, bei den Professuren liegt der Männeranteil bei über 80%. In der Schweiz gibt es derzeit nur fünf

ordentliche Professorinnen in chirurgischen Fächern.

Insgesamt zeigt sich somit, dass die Feminisierung der Medizin in der Schweiz vor allem die unteren und mittleren Karrierestufen betrifft, während sie in chirurgischen Fächern und insbesondere in Führungs- und Spitzenpositionen bislang kaum angekommen ist.

Chirurgie ist männlich geprägt

Die Verteilung der Geschlechter variiert stark zwischen den Fachgebieten. Während Frauen in Disziplinen wie Pädiatrie oder Gynäkologie mit rund zwei Dritteln die Mehrheit bilden, bleiben nicht-gynäkologische chirurgische Fächer überwiegend männlich dominiert. Nicht nur in der Schweiz, auch international zeigen chirurgische Disziplinen einen Männeranteil über 85%. Eine interessante Ausnahme bildet die Kinderchirurgie mit einem annähernd ausgeglichenen Geschlechterverhältnis.

Längsschnittstudien, die kausal belegen, was die Ursachen für diese Effekte sind, fehlen. Was belegt ist: In der Wahl der Ausbildungsrichtung spielen Vorbilder und Mentoring eine wichtige Rolle. Medizinstudentinnen wählen eher Fächer, in denen es bereits Oberärztinnen und Leitende Ärztinnen gibt. Als strukturelle Barrieren werden vor allem fehlendes Mentoring, etablierte männliche Netzwerke, mangelnde Vorbilder und ungleiche Arbeitsautonomie der Geschlechter in Bezug auf Arbeitszeiten genannt.

Zusammengefasst ergibt sich ein paradoxes Bild: Die Medizin feminisiert sich, doch viele chirurgische Disziplinen bleiben eine männliche Domäne – und je höher die Hierarchiestufe, desto ausgeprägter das Ungleichgewicht. Dieses Muster ist kein Zufall.

Hindernisse für Frauen

Zwei Aspekte gelten in der Literatur als besonders relevant:

- Frauen berichten im Operationssaal von strukturell anderen Erfahrungen. Chirurginnen erleben häufiger, dass sie ihre fachliche Kompetenz stärker beweisen müssen als ihre männlichen Kollegen. Studien dokumentieren Vorurteile gegenüber ihren Fähigkeiten (Staub et al. 2024). Zudem wird berichtet, dass Hilfeersuchen in schwierigen Situationen weniger ernst genommen werden und Chirurginnen teilweise weniger Ressourcen, ungünstigere Dienstpläne oder weniger qualifiziertes Personal erhalten (Fennern&Stein 2023).
- Ein systematisches Review über 14 Studien identifizierte insbesondere männlich dominierte Arbeitskulturen, fehlende Unterstützung sowie gesellschaftliche Rollenerwartungen als Hindernisse für die Karrieren der Frauen. Besonders betroffen sind Mütter, deren berufliche Entwicklung häufig zusätzlich erschwert wird (Lim et al. 2021). Verstärkt werden diese Ungleichheiten durch fehlende weibliche Vorbilder, unzureichende

Mentoring-Strukturen und Bias bei Leistungsbeurteilungen (Rakestraw et al. 2022).

Diese Daten verdeutlichen, dass die Förderung der Karrieren von Chirurginnen nicht nur eine Frage des individuellen Engagements ist, sondern auch strukturelle Veränderungen in Ausbildung, Arbeitskultur und Führung erfordert. Aus der wissenschaftlichen Analyse entstehen zunehmend konkrete Initiativen und Empfehlungen, um die chirurgische Karriere für Ärztinnen attraktiver zu machen und langfristig bessere Karrierebedingungen zu schaffen.

Massnahmen: Vernetzung und Sichtbarkeit fördern

Ein wichtiger Schritt kommt dabei direkt aus der chirurgischen Community selbst: die Gründung des Vereins Women in Surgery Switzerland (WiSS). Unter dem Leitmotiv «connecting minds. creating opportunities» vernetzen sich Chirurginnen über Fach- und Karriere-stufen hinweg. Dadurch werden weibliche Vorbilder sichtbar, gleichzeitig entstehen Räume für Austausch, Mentoring und gegenseitige Unterstützung. Solche Netzwerke tragen wesentlich dazu bei, Erfahrungen weiterzugeben, Isolation im Berufsalltag zu reduzieren und junge Ärztinnen für eine chirurgische Laufbahn zu motivieren.

Die Forschung zeigt klar, dass die frühe Einbindung von Medizinstudentinnen in chirurgische Forschungsprojekte, Skills- ►

«Die Förderung von Chirurginnen ist nicht nur eine Frage des individuellen Engagements, sondern erfordert strukturelle Veränderungen.»

«Je höher die Hierarchiestufe, desto ausgeprägter das Ungleichgewicht.»

Trainings und praktische Erfahrungen das Interesse an einer chirurgischen Karriere deutlich erhöht. Entscheidend ist deshalb, bereits im Studium Berührungspunkte zu schaffen und jungen Frauen den Zugang zu chirurgischen Teams und akademischen Projekten in der Chirurgie zu erleichtern.

Ebenso wichtig ist die Institutionalisierung von Mentoring-Programmen. Junge Ärztinnen profitieren nachweislich von erfahrenen Mentorinnen und Mentoren, die sie bei Karriereentscheidungen begleiten, Perspektiven aufzeigen und beim Aufbau beruflicher Netzwerke unterstützen (Rakestraw et al. 2022).

Mehr Vorbilder in Führungspositionen

Wer sich eine Karriere vorstellen soll, braucht sichtbare Vorbilder. Um mehr Frauen für chirurgische Leitungsfunktionen zu gewinnen, braucht es deshalb deutlich mehr Chirurginnen auf der Ebene Leitende Ärztin, Klinikdirektorin oder Professorin. Sichtbare weibliche Führungspersönlichkeiten verändern die Wahrnehmung des Fachs.

Gleichzeitig müssen faire Bewerbungsverfahren etabliert werden, die unbewusste Vorurteile aktiv abbauen. Dazu gehören transparente Kriterien, divers zusammengesetzte Berufungskommissionen und strukturierte Auswahlprozesse.

Auch die Teamkultur im Operationssaal steht zunehmend im Fokus. Geschlechterdynamiken und implizite Vorurteile spielen im klinischen Alltag weiterhin

eine Rolle. Deshalb sollte systematisches Training für OP-Teams zu Diversität, Kommunikation und unbewussten Bias nicht als einmalige Pflichtübung verstanden werden, sondern als fest verankerten Bestandteil der Team- und Führungsausbildung.

Moderne Trainingsstrukturen schaffen

Eine moderne chirurgische Kultur bedeutet zudem, unterschiedliche Lebensentwürfe anzuerkennen. Flexible Arbeitsmodelle, Teilzeitoptionen oder Jobsharing dürfen nicht als Karrierekiller gelten, sondern müssen als Modelle zeitgemässer Ausbildung verstanden werden.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Ausbau moderner chirurgischer Trainingsinfrastrukturen. Simulationsprogramme ermöglichen heute das Erlernen manueller Fertigkeiten unabhängig von realen Operationen. Solche Programme ermöglichen ein strukturiertes Training manueller Fertigkeiten unabhängig vom OP-Alltag, und reduzieren gleichzeitig den Druck in realen Operationen.

Derzeit ist es jedoch stark standortabhängig, ob junge Ärztinnen und Ärzte Zugang zu modernen Skills-Labs oder Simulatoren haben. Der Aufbau einer adäquaten Infrastruktur mit Simulatoren und innovativen Trainingsmethoden könnte wesentlich dazu beitragen, den chirurgischen Nachwuchs – übrigens unabhängig von der Geschlechterdifferenz – gezielter und chancengerechter auszubilden.

Förderprogramme mit Signalwirkung

Spezifische Förderprogramme setzen zusätzlich wichtige Impulse. Beispiele im deutschsprachigen Raum dafür sind «FamSurg⁽¹⁾» in Deutschland oder das neue Pilotprogramm «Future Surgeons» an der Universität Zürich. Bei dem Pilotprojekt «Future Surgeons Boosting Academic Careers through Innovation», das ab 2027 anlauft, zielt die Universitäre Medizin Zürich bzw. die Medizinische Fakultät der Universität Zürich darauf ab, die Lehrstuhlinhaberinnen und -inhaber von morgen auszubilden – durch aktives Unterstützen von (chirurgischen) Forschungsvorhaben, Ausbau von manuellen Fertigkeiten durch Simulation, Leadership, Karriereplanung und internationalem Netzwerkaufbau. Dabei kommen moderne Trainingsmethoden wie der OR-X, das chirurgische Forschungs- und Lehrzentrum an der Universitätsklinik Balgrist⁽²⁾, sowie Simulatoren zum Einsatz.

Eine moderne Chirurgie nützt allen

Die Diskussion über Frauen in der Chirurgie ist wie jede Diskussion über Angelegenheiten, die 50 % der Menschheit betreffen, letztlich mehr als nur eine Frage der Gleichstellung von Männern und Frauen. Man kann davon ausgehen, dass sie die Attraktivität und Gesundheit des gesamten Fachgebiets betreffen. Forschung, klinische Tätigkeit, Weiterbildung, Arbeitsmodelle und Familienleben müssen besser aufeinander abgestimmt werden. Das kommt eben nicht nur den Frauen zugute. Auch Männer in der Chirurgie wünschen sich heute flexiblere Karrierewege, mehr Teamorientierung und eine bessere Balance zwischen Beruf und Privatleben. Eine Chirurgie, die Vielfalt fördert, innovative Technologien integriert und moderne Arbeitskulturen etabliert, macht deshalb langfristig Chirurgen wie Chirurginnen glücklicher und dient damit vor allem auch ihren Patientinnen und Patienten.

Zur Person

Prof. Dr. med. Beatrice Beck Schimmer ist seit 2018 Direktorin Universitäre Medizin Zürich. Sie gehört der siebenköpfigen Universitätsleitung der Universität Zürich an. Als Direktorin leitet sie zusammen mit dem Dekan und dem stellvertretenden Dekan die Medizinische Fakultät.

Beatrice Beck Schimmer studierte Humanmedizin an der Universität Bern und habilitierte im Jahr 2003 an der Universität Zürich. Von 2005 bis 2018 arbeitete sie als Leitende Ärztin am Institut für Anästhesiologie am Universitäts-spital Zürich und ab 2009 zusätzlich als ordentliche Professorin für Anästhesiologie, wo sie in der Grundlagenforschung und in der klinischen Forschung tätig war. Von 2012 bis 2018 war sie Mitglied des nationalen Forschungsrats des Schweizerischen Nationalfonds und seit 2011 setzt sie sich aktiv für die Nachwuchsförderung, vor allem für die Karriereplanung von Frauen ein.

Literatur

Fennern E.B., Stein S.L.: Gender Inequity in the Clinical Setting. Clin Colon Rectal Surg. 2023 Mar 8;36(5):309-314. doi: 10.1055/s-0043-1763518. PMID: 37564345; PMCID: PMC10411211.

Lim WH, Wong C, Jain SR, Ng CH, Tai CH, Devi MK, et al. (2021): The unspoken reality of gender bias in surgery: A qualitative systematic review. PLoS ONE 16(2): e0246420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246420>

Rakestraw S.L., Chen H., Corey B., Sutzko D.C.: Closing the gap: Increasing female representation in surgical leadership. The American Journal of Surgery, Vol. 223, Issue 2, Feb. 2022, 273-275. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.03.051>

Seyler C. (2025). Diversität und Chancengleichheit beim medizinischen Führungskräftenachwuchs. CHESS Schrift 1/2025.

Staub M., Han B., Hill A.L., Thomson E., Martin J.L., Hoffmann R., Osborn T.M., McCormick M., Ogden M.A., Chilson K., Eckhouse S.R.: Does gender affect experiences in the operating room for surgeons and anesthesiologists at a large academic center? The American Journal of Surgery, Vol. 227, Jan 2024, 63-71.

⁽¹⁾ https://www.uksh.de/chirurgie-luebeck/Karriere/Das+FamSurg_Projekt-p-188.html

⁽²⁾ <https://www.balgrist.ch/ueber-uns/medien/chirurgisches-forschungs-und-lehrzentrum-orx-367/>



www.umzh.uzh.ch

2. Nachwuchsmangel in der Chirurgie

Welche strukturellen Ursachen schrecken den Nachwuchs ab – und wie kann die SGVC gegensteuern?



Dr. med. Rebecca Kraus

Stv. Chefärztin Viszeralchirurgie Kantonsspital Graubünden, Past-Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC)

«Technische Fertigkeiten lassen sich vermitteln. Eine Kultur des Vertrauens muss vorgelebt werden.»

Warum entscheiden sich junge Ärztinnen und Ärzte gegen die Chirurgie? Meist fallen dieselben Stichworte: zu viel Administration, hohe Arbeitsbelastung, unregelmässige Arbeitszeiten und fehlende Planbarkeit. Das stimmt. Aber ich glaube nicht, dass dies der eigentliche Grund ist, warum unser Fach an Attraktivität verliert. Das eigentliche Problem liegt näher bei uns.

Ausbildung muss gelebt werden

Walk the talk. Weiterbildung beginnt nicht mit Leitbildern oder Strategiepapieren, sondern im Operationssaal. Dort entscheidet sich, ob wir unseren Anspruch als Ausbilder tatsächlich einlösen.

Wir sprechen viel über operative Ausbildung. Im Alltag sieht sie jedoch oft anders aus. Assistenzärztinnen und Assistenzärzte beginnen eine Operation und dokumentieren sie später als selbst durchgeführt. Die entscheidenden Schritte übernimmt aber die erfahrene Chirurgin oder der erfahrene Chirurg. Die Operation erscheint im Logbuch – die eigentliche Kompetenz entsteht nicht.

Eine ehemalige Assistenzärztin von mir hat nach ihrem Facharztstitel die Chirurgie verlassen und absolviert heute auf einer Mittelmeerinsel die Ausbildung zur Tauchlehrerin. Nicht wegen der Arbeitszeiten. Nicht wegen der Administration. Sondern weil sie überzeugt war, nie die Sicherheit entwickeln zu können, die sie als Oberärztin gebraucht hätte.

Diese Begründung hat mich beschäftigt. Denn operative Sicherheit entsteht nicht am Ende der Weiterbildung. Sie entsteht während der Weiterbildung. Dazu gehört mehr als das eigene Operieren. Wer erfahrenen Chirurginnen und Chirurgen aufmerksam zuschaut, lernt Operationsabläufe, Gewebeschonung und chirurgisches Denken. Ebenso wichtig ist die Vorbereitung. Auch ich habe vor grossen Eingriffen selbst nach vielen Jahren Erfahrung nochmals die Operationsschritte studiert.

Entscheidend bleibt jedoch, selbst zu operieren. Begleitet von einer erfahrenen Kollegin oder einem erfahrenen Kollegen, die oder der eingreift, wenn es notwendig wird. Genau darin liegt unsere Aufgabe als Ausbilder. Verantwortung schrittweise zu übertragen ist keine Grosszügigkeit. Es ist unsere Pflicht. Dazu gehört auch, dass Chefärztinnen und Chefärzte bei vermeintlich einfachen Eingriffen assistieren, damit junge Kolleginnen und Kollegen Routine entwickeln können. Weiterbildung ist keine Aufgabe, die man delegiert. Sie muss vorgelebt werden.

Vertrauen schafft Kompetenz

Genauso wichtig ist die Art, wie wir miteinander umgehen. Niemand entwickelt Selbstvertrauen in einer Kultur der Demütigung. Mir wurde kürzlich berichtet, dass ein Oberarzt von seinem Vorgesetzten einen Klaps auf den Hinterkopf erhielt, verbunden mit der Frage, ob dort überhaupt mehr als zwei Hirnzellen vorhanden seien. Solche Vorfälle mögen selten sein. Dass sie überhaupt noch vorkommen, ist jedoch alarmierend. Natürlich müssen Fehler angesprochen

werden. Chirurgie ist kein Ponyhof. Aber zwischen klarer Kritik und persönlicher Herabsetzung besteht ein entscheidender Unterschied. Wer Mitarbeitende blossstellt, verhindert Lernen. Wer fordert und gleichzeitig unterstützt, schafft Kompetenz.

Auch die strukturellen Probleme dürfen wir nicht ignorieren. Administration und Dokumentation nehmen immer mehr Raum ein. Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Stationssekretariate und Advanced Practice Nurses sollten uns deshalb nicht nur effizienter machen, sondern vor allem Zeit für das schaffen, worum es eigentlich geht: Ausbildung.

Ebenso beeinflusst das Arbeitsgesetz unseren Alltag. Besonders frustrierend ist es, wenn motivierte Assistenzärztinnen und Assistenzärzte eine Notfallappendektomie nicht durchführen dürfen, weil ihre Arbeitszeit endet. Niemand will zu

den Arbeitszeiten früherer Generationen zurück. Aber chirurgische Weiterbildung braucht dort Flexibilität, wo operative Erfahrung nicht planbar ist.

Eine Kultur der Verantwortung

Die fehlende Planbarkeit unseres Berufs wird sich nie vollständig beseitigen lassen. Notfälle halten sich nicht an Dienstpläne. Wer Chirurgin oder Chirurg wird, weiss das.

Was die junge Generation jedoch nicht mehr akzeptiert, ist ein Berufsleben, das dauerhaft keinen Raum für Familie und persönliche Lebensqualität lässt. Meine vorhergehende Generation hat diesen Preis oft bezahlt. Ich bin überzeugt, dass die Jüngeren recht haben, ihn nicht mehr bezahlen zu wollen.

Gerade deshalb braucht es eine Ausbildungskultur, in der Verantwortung bewusst übertragen wird. Oberärztinnen

und Oberärzte müssen selbstständig operieren können – mit der Sicherheit, Unterstützung zu erhalten, wenn sie an ihre Grenzen kommen. So entsteht operative Selbstständigkeit. Und Dasselbe gilt für Assistenten und Assistentinnen.

Während ich diesen Text schrieb, klingelte mein Telefon. Eine Oberärztin rief aus dem Operationssaal an. Bei einer Notfalloperation war sie an einem schwierigen Schritt angekommen und wollte Unterstützung. Ich ging in den Operationssaal. Beim nächsten Mal wird sie diesen Schritt sicherer beherrschen. Und irgendwann wird sie mich nicht mehr anrufen.

Genau das ist gute Weiterbildung

Welche Rolle können Fachgesellschaften wie die SGC oder die SGVC übernehmen? Eine entscheidende. Sie können Weiterbildung nicht nur definieren, sondern eine Kultur fördern, in der operative Eigenverantwortung, Mentoring und gegenseitiger Respekt selbstverständlich sind.

Am Ende entscheidet nicht die Zahl administrativer Formulare darüber, ob junge Menschen in der Chirurgie bleiben. Sie bleiben dort, wo man ihnen Verantwortung überträgt. Sie bleiben dort, wo man ihnen etwas zutraut. Und sie bleiben dort, wo Auszubildende ihre wichtigste Aufgabe ernst nehmen: den eigenen Nachwuchs besser zu machen als sich selbst.

Nicht unsere Worte entscheiden darüber, ob junge Menschen in der Chirurgie bleiben. Entscheidend ist, was wir ihnen jeden Tag im Operationssaal zutrauen.

Zur Person

Dr. med. Rebecca Kraus ist Stellvertretende Chefärztin der Klinik für Viszeralchirurgie am Kantonsspital Graubünden und Past-Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC). Neben ihrer klinischen Tätigkeit engagiert sie sich mit grosser Leidenschaft für die chirurgische Aus- und Weiterbildung. Ihr besonderes Anliegen ist eine Ausbildungskultur, in der junge Chirurginnen und Chirurgen früh Verantwortung übernehmen, durch

erfahrene Mentorinnen und Mentoren begleitet werden und sich fachlich wie persönlich entwickeln können. Damit gehört sie zu einer Generation von Führungspersönlichkeiten, die die Zukunft der Chirurgie und der Viszeralchirurgie aktiv mitgestalten.



www.ksgr.ch

3. Zunehmende Spezialisierung

Wie viel Subspezialisierung verträgt die Viszeralchirurgie?



Prof. Dr. med. Ralph Peterli

Departement klinische Forschung Universität Basel und Senior Consultant ViszeraMed und Spital Männedorf

«Chirurgische Kompetenz darf sich nicht auf eine Technologie reduzieren.»

Die Diskussion um die zunehmende Subspezialisierung der Viszeralchirurgie ist nicht neu. Eigentlich begleitet sie die Chirurgie seit ihrer Entstehung als akademische Disziplin. Bis ins 19. Jahrhundert waren Wundärzte, Bader und Barbieri für chirurgische Eingriffe zuständig – weshalb ich manchmal schmunzelnd denke, wenn ich beim Coiffeur sitze, dass wir ursprünglich denselben Beruf hatten. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Chirurgie Teil der universitären Medizin. Seither hat sie sich kontinuierlich weiterentwickelt und immer weiter ausdifferenziert.

Mit dem explosionsartigen Wissenszuwachs und den technischen Innovationen nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden zahlreiche eigenständige chirurgische Disziplinen. Auch die Viszeralchirurgie entwickelte sich weiter und brachte wiederum eigene Schwerpunkte hervor: hepatopankreatobiliäre Chirurgie, kolorektale Chirurgie, obere Gastrointestinalchirurgie, endokrine Chirurgie oder Transplantationschirurgie. Diese Entwicklung war nicht zufällig, sondern Ausdruck des Anspruchs, Patientinnen und Patienten immer spezialisierter und qualitativ besser behandeln zu können.

In der Schweiz standen sich dabei lange zwei Philosophien gegenüber. Während Basel eine breite Allgemeinchirurgie mit viszeralem, traumatologischem

und senologischem Spektrum pflegte, setzte Zürich früh auf die konsequente Spezialisierung der Weichteilchirurgie. Rückblickend zeigt sich: Beide Sichtweisen hatten ihre Berechtigung.

Spezialisierung als Erfolgsmodell

Aus meiner Sicht ist Subspezialisierung zunächst ein Gewinn. Wer sich intensiv mit einem oder zwei Teilgebieten beschäftigt, entwickelt zwangsläufig eine grössere klinische Erfahrung, kennt die aktuelle Literatur, die internationalen Opinion Leaders und die entscheidenden Studien. Dasselbe gilt für die Forschung. Es ist schlicht nicht mehr möglich, die gesamte Breite der Viszeralchirurgie in gleicher Tiefe zu überblicken. Vertieftes Wissen kommt den Patientinnen und Patienten unmittelbar zugute.

Auch die Weiterbildung profitiert. Höhere Fallzahlen ermöglichen es jungen Chirurginnen und Chirurgen, Expertise schneller zu erwerben – selbst in Teilzeitmodellen. Dass ich früher am selben Tag einen komplexen viszeralchirurgischen Eingriff durchführen und anschliessend noch eine Radiusfraktur versorgen konnte, erscheint aus heutiger Sicht fast kurios. Ob mich die zahlreichen Osteosynthesen tatsächlich zu einem besseren Viszeralchirurgen gemacht haben, wage ich zu bezweifeln.

Wo Spezialisierung ihre Grenzen hat

Dennoch wäre es falsch, Subspezialisierung bis ins Extreme weiterzutreiben. Wer sich ausschliesslich auf ein Organ oder gar nur auf eine Operationstech-

nik beschränkt, verliert zwangsläufig an Breite. Es kann nicht das Ziel sein, dass ein Chirurg, der ausschliesslich robotisch operiert, eine laparoskopische Cholezystektomie nicht mehr selbst durchführen kann, wenn kein Roboter zur Verfügung steht. Chirurgische Kompetenz darf sich nicht auf eine Technologie reduzieren.

Diese Entwicklung hat auch Konsequenzen für den klinischen Alltag. In Basel haben wir deshalb selbst nach der Zusammenführung von Claraspital und Universitätsspital zu Clarunis bewusst gemeinsame Rapporte, Morbiditätskonferenzen und Tumorboards aller viszeralchirurgischen Bereiche beibehalten. Dadurch bleiben Assistenzärztinnen, Oberärzte und Kader über die Grenzen ihrer Subspezialisierung hinaus mit Indikationen, Komplikationen und modernen Therapiekonzepten vertraut. Dieses breite Verständnis ist unverzichtbar für eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung.

Andere Zentren organisieren ihre klinischen Besprechungen ausschliesslich innerhalb der einzelnen Subspezialisierungen. Das führt dazu, dass Notfall- und Hintergrunddienste häufig von kleinen Teams getragen werden müssen. Selbst international wird diese Entwicklung inzwischen kritisch gesehen. Am Karolinska-Universitätsspital in Stockholm etwa bedauert man heute die weit fortgeschrittene Subspezialisierung, weil dadurch die frühere Wissensbreite vieler Chirurginnen und Chirurgen verloren gegangen ist.

Die eigentliche Frage lautet deshalb nicht, ob Subspezialisierung richtig oder falsch ist. Die entscheidende Frage ist, wie viel Spezialisierung sinnvoll ist.

Der Schweizer Mittelweg

Dort, wo komplexe Eingriffe durchgeführt werden, führt Spezialisierung nachweislich zu einer höheren Qualität. Die hochspezialisierte Medizin verfolgt genau dieses Ziel: hohe Fallzahlen, eingespielte Teams und messbar bessere Ergebnisse. Kaum jemand würde sich heute bei einer komplexen Pankreasresektion bewusst gegen ein erfahrenes Zentrum entscheiden. Entscheidend ist dabei nicht allein die Operateurin oder der Operateur, sondern die Erfahrung des gesamten interprofessionellen Teams.

Gleichzeitig braucht unser Gesundheitssystem genügend Chirurginnen und Chirurgen, die auch ausserhalb ihrer Subspezialisierung kompetent handeln können. Notfälle orientieren sich nicht an Organgrenzen, und eine flächendeckende Versorgung lässt sich nicht ausschliesslich mit hochspezialisierten Expertinnen und Experten sicherstellen.

Ich bin deshalb überzeugt, dass der Schweizer Mittelweg weiterhin der richtige ist. Exzellente Expertise in einer oder zwei Subspezialisierungen schliesst eine solide chirurgische Breite nicht aus – im Gegenteil. Sie ergänzt sie. Genau dieses Gleichgewicht macht die Visceralchirurgie stark: höchste Qualität dort, wo sie erforderlich ist, und gleichzeitig genügend Generalisten, um die Versorgung der Bevölkerung jederzeit sicherzustellen.

Zur Person

Prof. Dr. med. Ralph Peterli ist Senior Consultant bei ViszeraMed sowie Leitender Arzt für Visceralchirurgie am Spital Männedorf. Am Departement Klinische Forschung der Universität Basel ist er weiterhin affiliert und forscht auf dem Gebiet der bariatrischen und metabolischen Chirurgie. Zuvor prägte er während vieler Jahre als stellvertretender Chefarzt der Visceralchirurgie am St. Clara-spital Basel und bei Clarunis das universitäre Bauchzentrum Basel. Peterli gilt als einer der international führenden Experten auf dem Gebiet der Adipositas- und metabolischen Chirurgie. Er war Präsident der Swiss Multidisciplinary Obesity Society (SMOB), ist Mitglied der HSM-Begleitgruppe und scheidet Ende 2026 nach langjähriger Tätigkeit aus dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Visceralchirurgie (SGVC) aus.



www.spitalmaennedorf.ch

4. Hochspezialisierte Medizin (HSM)

HSM: Die Zentralisierung ist erreicht. Und nun?



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

«Die nächste Generation der HSM muss sich an Ergebnissen orientieren statt an Mengen.»

Dreizehn Jahre nach Einführung der Hochspezialisierten Medizin (HSM) in der Viszeralchirurgie ist die Zentralisierung weitgehend umgesetzt. Die grossen politischen Auseinandersetzungen der Anfangsjahre sind geführt, die Versorgungslandschaft hat sich neu geordnet und die betroffenen Zentren haben sich etabliert.

Doch ausgerechnet jetzt stellt sich die entscheidende Frage: Ist die HSM noch ein Instrument zur Förderung von Qualität oder ist sie zunehmend zu einem System zur Verwaltung bestehender Strukturen mutiert?

Die Herausforderungen von heute sind nicht mehr dieselben wie 2013. Es geht nicht mehr um die Frage, ob komplexe Eingriffe zentralisiert werden sollen. Es geht darum, wie Qualität gemessen wird, wie neue Zentren eine Chance erhalten und wie ein Steuerungssystem handlungsfähig bleibt, wenn seine Verfahren länger dauern als seine Planungszyklen.

Menge statt Qualität

Bereits bei Einführung der HSM forderte die SGVC den Aufbau eines nationalen Qualitätsregisters. Dank kontinuierlicher Weiterentwicklung und unabhängiger Audits verfügt die Schweizer Viszeralchirurgie heute über eine Datenqualität, die international ihresgleichen sucht. Mit rund 98% korrekten Dateneingaben stehen belastbare Qualitäts- und Benchmark-Daten zur Verfügung. Dennoch basiert die Leistungszuteilung weiterhin primär auf einem Surrogat-Parameter: der Mindestfallzahl. Niemand bestreitet

den Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität. Doch Mindestfallzahlen waren immer nur ein Hilfsmittel, nie das eigentliche Ziel. Denn das Ziel ist die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Wer ausschliesslich über Fallzahlen steuert, schafft Fehlanreize. Zentren geraten unter Druck, Eingriffe durchzuführen, um Schwellenwerte zu erreichen oder zu halten. Wer sich hingegen ausschliesslich auf rohe Outcome-Daten fokussiert, riskiert das Gegenteil: die Vermeidung komplexer Hochrisikopatienten zum Schutz der eigenen Statistik.

Heute verfügen wir erstmals über die Instrumente, dieses Dilemma zu überwinden. Die HSM-Register ermöglichen risikoadjustierte Qualitätsanalysen, Benchmark-Vergleiche, Re-Operationsraten und morbiditätsbereinigte Mortalitätsdaten. Damit kann endlich das bewertet werden, worauf es ankommt: das Behandlungsergebnis.

Die zentrale Frage lautet deshalb: Weshalb steuern wir die HSM weiterhin primär über Mengen, wenn wir inzwischen Qualität messen können?

Das Re-Entry-Problem: Wer draussen ist, bleibt draussen

Kaum ein Thema sorgt derzeit für mehr Frustration als die Frage des Wiedereinstiegs in die HSM, insbesondere bei komplexen Resektionen an Ösophagus, Pankreas und Leber. Die Logik des heutigen Systems ist paradox: Für einen Leistungsauftrag müssen Mindestfallzahlen nachgewiesen werden. Ohne Leistungsauftrag dürfen die entspre-

chenden Eingriffe jedoch gar nicht durchgeführt werden. Wer seinen Auftrag verliert, verliert damit gleichzeitig die Möglichkeit, die Voraussetzungen für eine erneute Zulassung zu erfüllen.

Formal ist das Verfahren offen. Praktisch entsteht jedoch ein geschlossenes System. Damit droht die HSM von einem Instrument der Qualitätsförderung zu einem Instrument der Marktabschottung zu werden. Wettbewerb, Innovation und Weiterentwicklung werden erschwert. Gleichzeitig fehlen jungen chirurgischen Teams ausserhalb etablierter Zentren realistische Entwicklungsperspektiven.

Die SGVC fordert deshalb seit Jahren transparente und nachvollziehbare Re-Entry-Kriterien. Wer Qualität nachweisen kann, muss eine realistische Chance erhalten, wieder Teil des Systems zu werden. Denkbar sind strukturierte Netzwerkmodelle, gemeinsame Programme mit HSM-Zentren oder befristete Supervisionskonzepte. Ohne eine solche praxisnahe Regelung bleibt das System unflexibel, schaltet gesunden Wettbewerb aus und demotiviert den Nachwuchs in regionalen Zentrumsspitalern langfristig.

Entwicklung fördern statt verhindern

Noch problematischer ist die Verrechtlichung des HSM-Prozesses. Beschwerden mit aufschiebender Wirkung führen regelmässig dazu, dass Zuteilungsentseide über Jahre blockiert werden. Dadurch entsteht eine absurde Situation: Während die nächste Evaluation bereits vorbereitet wird, ist die vorherige bereits rechtlich noch nicht abgeschlossen.

Das System produziert damit Anreize, die seinem eigentlichen Zweck widersprechen. Wer einen Entscheid akzeptiert, verliert seinen Leistungsauftrag. Wer ihn juristisch bekämpft, kann oft über Jahre weiterarbeiten. Ein Steuerungssystem, dessen Umsetzung regelmässig länger dauert als sein Planungszyklus, verliert zwangsläufig an Glaubwürdigkeit und Wirksamkeit.

Fazit: Es besteht Handlungsbedarf

Die HSM war ein mutiger und richtiger Schritt. Sie hat die Versorgung komplexer viszeralchirurgischer Erkrankungen verbessert und Transparenz geschaffen. Dafür verdient sie Anerkennung. Doch die Herausforderungen von 2026 sind nicht mehr dieselben wie jene von 2013.

Heute verfügen wir über hochwertige Registerdaten, etablierte Qualitätsindikatoren und eine gereifte Versorgungslandschaft. Die Frage lautet deshalb nicht mehr, ob wir zentralisieren sollen. Die Frage lautet, wie wir Qualität künftig messen, fördern und steuern wollen.

Die nächste Generation der HSM muss sich an Ergebnissen orientieren statt an Mengen, Entwicklung ermöglichen statt blockieren und Entscheidungen umsetzen können statt sie jahrelang zu verwalten. Sonst droht aus einem Instrument zur Förderung von Exzellenz ein System zur Verwaltung des Status quo zu werden.

Zur Person

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Weber leitet das Departement Chirurgie des Stadtspitals Zürich und gehört dessen Spitalleitung an. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in der Viszeralchirurgie mit besonderem Fokus auf der onkologischen Chirurgie, der hepato-pankreato-biliären Chirurgie sowie der endokrinen Chirurgie. Seine klinische Laufbahn führte ihn unter anderem an das Medical Center der University of Pennsylvania in Philadelphia, an das Kantonsspital Schaffhausen sowie an das Universitätsspital Zürich, wo er als Oberarzt tätig war und später das Transplantationszentrum Zürich leitete. Neben seiner klinischen Tätigkeit

engagiert er sich seit vielen Jahren in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie in nationalen Fach- und Führungsgremien, unter anderem auch im Vorstand der SGVC. Für seine Verdienste um Medizin, Wissenschaft und Gesundheitswesen wurde ihm die Ehrendoktorwürde (Dr. h.c.) verliehen. Seit 2022 gehört er dem Spitalrat der Spitäler Schaffhausen an und amtiert heute als dessen Vizepräsident.



www.stadt-zuerich.ch/stadtsptal

5. Spitalplanung

Wo liegt die richtige Balance zwischen Zentralisierung komplexer Eingriffe und Sicherstellung regionaler Versorgung?



Adrian Schmitter
Präsident der Insel Gruppe

«Starke Universitäts- und Regionalspitäler sind keine Gegensätze – sie ergänzen sich.»

Die richtige Balance liegt weder in einer flächendeckenden Zentralisierung noch im Festhalten am Status quo. Wer glaubt, dass weniger Spitäler automatisch zu besserer Qualität und tieferen Kosten führen, greift zu kurz. Die Schweiz braucht starke Universitäts- und Zentrumsspitäler, aber ebenso leistungsfähige Regionalspitäler. Es ist wie bei einem guten Cocktail: Die Mischung macht es aus.

Zentralisierung ist daher nicht die Lösung. Schon gar nicht in der Schweiz, deren Institutionen auf Föderalismus und regionaler Verantwortung beruhen, das Land, in dem dezentrale Strukturen die eigentliche Raison d'être darstellen. Erinnern wir uns an die jüngste Pandemie: Während der Covid-Phase hat kein Politiker nach einer zentralisierten Gesundheitsversorgung gerufen. Im Gegenteil: Gefragt waren dezentrale Strukturen, kurze Wege und eine wohnortnahe Versorgung. Das hat sich bewährt.

Selbstverständlich gibt es medizinische Leistungen, die an spezialisierten Zentren erbracht werden sollten. Komplexe elektive Eingriffe sind oft planbar und können dort durchgeführt werden, wo die notwendige Erfahrung und Infrastruktur vorhanden sind. Aber die Medizin besteht nicht nur aus planbaren Fällen. Gerade in der Viszeral- und Gefässchirurgie treten immer wieder Not-

fälle auf. Dann zählt jede Minute. In solchen Situationen braucht es kompetente Teams und die notwendige Infrastruktur auch ausserhalb der grossen Zentren.

Ausbildung als zentrale Aufgabe

Hinzu kommt ein Aspekt, der in der Diskussion häufig unterschätzt wird: die Ausbildung. Wenn wir dem Ärztemangel wirksam begegnen wollen, müssen wir mehr Ärztinnen und Ärzte ausbilden. Das gelingt nicht allein an den Universitätsspitälern. Regional- und Zentrums-spitäler leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses. Dort sammeln junge Ärztinnen und Ärzte Erfahrungen, dort lernen sie ihr Handwerk von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Nur was im Kleinen aufgebaut wird, kann später im Grossen gedeihen.

Deshalb halte ich wenig von der Vorstellung, immer mehr Leistungen an wenigen Standorten zu konzentrieren. Was heute noch als Hochspezialisierte Medizin (HSM) gilt, gehört morgen oft zur Routineversorgung. Umso wichtiger ist es, Know-how breit abzustützen und medizinische Kompetenz auch ausserhalb der Universitätszentren zu erhalten. Davon profitieren letztlich die Patientinnen und Patienten ebenso wie die Ausbildung.

Auch das Kostenargument überzeugt nur bedingt. Oft wird behauptet, Spitalschliessungen würden automatisch zu Kostenreduktionen führen. Dabei wird jedoch übersehen, dass die Infrastruk-

tur an Universitätsspitalern besonders teuer ist. Gleichzeitig braucht unser Gesundheitssystem genügend Betten, Personal und Reserven, um die Versorgung langfristig sicherzustellen. Versorgungssicherheit hat ihren Preis. Und sie ist eine Investition in die Stabilität unseres Gesundheitswesens.

Optimales Zusammenspiel

Für mich liegt die Zukunft deshalb nicht in einem Entweder-oder, sondern im Zusammenspiel der verschiedenen Versorgungsstufen. Gerade die Viszeralchirurgie zeigt, wie wichtig die gesamte Versorgungskette ist: Regionalspital, Zentrumsspital und Universitätsspital

haben jeweils ihre Rolle. Entscheidend ist, dass die richtigen Patientinnen und Patienten am richtigen Ort behandelt werden. Und dass wir gleichzeitig die wohnortnahe Versorgung, die Ausbildung und die medizinische Qualität langfristig sichern.

Wer die Gesundheitsversorgung der Zukunft gestalten will, sollte deshalb nicht fragen, welches Spitalniveau wichtiger ist. Die entscheidende Frage lautet: Wie schaffen wir ein System, in dem alle Ebenen optimal zusammenarbeiten? Genau darin liegt der Schlüssel für eine qualitativ hochwertige, bezahlbare und patientennahe Versorgung.

«Die Zukunft der Gesundheitsversorgung liegt nicht in der Zentralisierung, sondern im Zusammenspiel aller Versorgungsstufen.»

Zur Person

Adrian Schmitter ist seit November 2025 Verwaltungsratspräsident der Insel Gruppe, eine der grössten und bedeutendsten Spitalorganisationen der Schweiz. Er verfügt über mehr als 30 Jahre Führungserfahrung im Schweizer Gesundheitswesen und zählt zu den profiliertesten Kennern der Schweizer Spitalpolitik.

Zuvor war er CEO des Kantons-
spitals Baden (KSB), das er über
eines Jahrzehnts erfolgreich führte
und strategisch weiterentwickelte.
Weitere Stationen seiner Karriere
waren die Funktion als Direktor des
Regionalspitals Emmental sowie als

Generalsekretär der Gesundheits-
direktion des Kantons Aargau. Für
seine Verdienste um das Schweizer
Gesundheitswesen wurde Adrian
Schmitter mit dem Viktor Award aus-
gezeichnet. Dank seiner Erfahrungen
auf kantonaler, regionaler und natio-
naler Ebene gilt er als ausgewiesener
Experte für die Herausforderungen
und Chancen des Schweizer Gesund-
heitswesens.



www.inselgruppe.ch

6. Ambulantisierung

Sind Infrastruktur, Finanzierung und Personalressourcen ausreichend angepasst?



Dr. med. Andrea Donadini
CEO Swiss Surgical Practice in Lugano,
Medizinischer Direktor der Clinica Moncucco in
Lugano, Mitglied Vorstand SGVC

Die Ambulantisierung der Versorgung im Sinne des Prinzips «ambulant vor stationär» stellt zweifellos eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems dar. In der Schweiz ist dieses Modell jedoch bislang nur teilweise umgesetzt und erfordert eine bedeutende strukturelle Weiterentwicklung.

Aus infrastruktureller Sicht erscheint die aktuelle Situation noch unausgereift. Die bestehenden Spitalstrukturen sind in ihrer heutigen Ausgestaltung nicht vollständig auf eine effiziente Entwicklung der ambulanten Medizin und Chirurgie ausgerichtet. In die-

sem Zusammenhang könnte erwogen werden, dass sich Spitäler und Kliniken stärker auf hochkomplexe Leistungen sowie auf spezifische Aufgaben im allgemeinen gesundheitlichen Interesse konzentrieren, während die Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs zumindest teilweise Akteuren überlassen wird, die bereits gezielte Kompetenzen und Prozesse in diesem Feld aufgebaut haben.

Ein zentrales Thema bleibt die Finanzierung. Das derzeitige Tarifsystem bietet noch keine ausreichende Sicherheit, um die Nachhaltigkeit der ambulanten Medizin zu gewährleisten. Es besteht eine verbreitete Wahrnehmung von Instabilität, mit dem Risiko, dass auf institutioneller und nationaler Ebene

«Ambulantisierung braucht klare Rahmenbedingungen, damit Qualität und Nachhaltigkeit gesichert bleiben.»

Zur Person

Dr. med. Andrea Donadini ist seit 2018 CEO der von ihm gegründeten Swiss Surgical Practice in Lugano. Daneben ist er in Lugano als Medizinischer Direktor und Leiter des Kompetenzzentrums Chirurgie an der Clinica Moncucco tätig. Sein Medizinstudium, das er 1999 abschloss, absolvierte er an der Universität Basel. Anschliessend folgte eine umfassende chirurgische Ausbildung an verschiedenen Spitälern in Basel, Lugano und Delémont. 2007 erlangte er den FMH-Facharzttitel für Chirurgie. Von 2008 bis 2012 spezialisierte er sich am Universitätsspital CHUV in Lausanne auf Viszeralchirurgie und erwarb den entsprechenden Schwerpunkt. Seine klinischen Schwerpunkte umfassen insbesondere die Hernien-, Adipositas-, onkologische und gastrointestinale Chirurgie. Darüber hinaus engagiert er sich in verschiedenen nationalen Fachgesellschaften, darunter im Vorstand der SGVC sowie in der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Hernienchirurgie (SAHC).



www.ssp-lugano.ch

festgelegte Tarife die tatsächlichen Kosten der Leistungen nicht angemessen widerspiegeln. Dieser Aspekt erfordert eine vertiefte Auseinandersetzung sowie einen strukturierten Dialog zwischen politischen, versicherungstechnischen und fachlichen Akteuren.

Unrealistische Erwartung

Gleichzeitig zeigt die praktische Erfahrung, dass die Betriebskosten im ambulanten Bereich hoch sind und weiter steigen. Medizinische Materialien, qualifiziertes Personal und Infrastruktur erfordern erhebliche Investitionen. Insbesondere die Schaffung neuer ambulanter Zentren wird nicht nur durch direkte Kosten erschwert, sondern auch durch regulatorische Vorgaben, kantonale Unterschiede und unterschiedliche Finanzierungsmodelle. Zudem zeigt sich, dass eine Zunahme der Aktivität nicht zwangsläufig zu Skaleneffekten führt, sondern im Gegenteil mit proportional – wenn nicht sogar überproportional – steigenden Betriebskosten einhergehen kann.

Ein weiterer kritischer Punkt betrifft die Anreizstrukturen. Im aktuellen System besteht die Gefahr, dass weniger sinnvolle Anreize geschaffen werden und unrealistische Erwartungen entstehen, wodurch einzelne Einrichtungen wirtschaftlichen Risiken ausgesetzt werden. Zudem besteht das Risiko, dass der Sektor für nicht-klinische Investoren übermässig attraktiv wird, was zu einer Abschwächung der medizinischen Fachkompetenz in organisatorischen und strategischen Entscheidungen führen könnte – eine Entwicklung, die

in vielen Spitalstrukturen bereits zu beobachten ist.

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die ambulante Medizin in anderen Ländern bereits stärker entwickelt und in die Gesundheitssysteme integriert ist. Dies deutet darauf hin, dass auch in der Schweiz ein erhebliches Wachstumspotenzial besteht, sofern geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Kostenanstieg als Hürde

Schliesslich sind eine erhöhte Transparenz und ein stärkerer Wettbewerb bei den Preisen – insbesondere im Bereich der medizinischen Materialien – wünschenswert. In den vergangenen Jahren war ein deutlicher Kostenanstieg zu beobachten, der nicht immer durch eine tatsächliche Qualitätsverbesserung gerechtfertigt ist und somit eine zusätzliche Hürde für eine nachhaltige Entwicklung des ambulanten Bereichs darstellt.

Zusammenfassend sollten die ambulante Medizin und Chirurgie weiter gefördert werden, jedoch im Rahmen eines strukturierten Ansatzes, der klar zwischen stationärem und ambulantem Bereich unterscheidet und von geeigneten Finanzierungsmodellen, günstigen regulatorischen Rahmenbedingungen sowie einer Governance begleitet wird, die die Qualität der Versorgung ins Zentrum stellt.

«Der Ausbau der ambulanten Versorgung gelingt nur mit fairen Tarifen und langfristiger Planung.»

7. Tarifsystem

Spiegelt das Tarifsystem die chirurgische Realität wider – oder bremst es die Versorgung?



Prof. Dr. med. Marc-Olivier Sauvain
Chefarzt Chirurgie Réseau Hospitalier
Neuchâtelois, Präsident Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC), Vorstandsmitglied Schweizerische Ärztevereinigung (FMCH)

«Eine moderne Tarifstruktur ist entscheidend – sie muss jedoch medizinische Realität und wirtschaftliche Tragbarkeit gleichermaßen abbilden.»

Mit der Einführung von TAR-DOC und der neuen ambulanten Pauschalen per 1. Januar 2026 wurde in der Schweiz ein bedeutender Meilenstein erreicht. Erstmals seit der Einführung des TARMED im Jahr 2004 verfügt die ambulante Medizin wieder über eine umfassend modernisierte Tarifstruktur. Die Reform ist das Ergebnis jahrzehntelanger Verhandlungen und zahlreicher gescheiterter Revisionsversuche und markiert einen tiefgreifenden Wandel in der Finanzierung ambulanter Leistungen.

Das neue System basiert auf zwei komplementären Säulen: Einerseits auf dem TARDOC als modernisiertem Einzelleistungstarif mit dem erklärten Ziel, insbesondere die hausärztliche Grundversorgung aufzuwerten. Andererseits auf ambulanten Pauschalen, welche sämtliche Leistungen eines operativen Eingriffs in Form fixer Fallpauschalen zusammenfassen. Beide Systeme bestehen parallel und werden unter dem Dach der Organisation ambulante Arzt-tarife AG (OAAT AG) weiterentwickelt.

Die Reform steht jedoch unter einem klaren politischen Primat: der Kostenneutralität. Sowohl TARDOC als auch die ambulanten Pauschalen wurden auf Basis des bisherigen TARMED-Volumens normiert, um eine statische Kostenneutralität sicherzustellen. Zusätzlich hat der Bundesrat für die Jahre 2026 bis 2028 eine dynamische Kostenneutralität mit engen Korridoren vorgegeben. Die jähr-

liche Kostenentwicklung im ambulanten Bereich darf dabei einen definierten Rahmen nicht überschreiten.

Diese Vorgabe wirft grundlegende Fragen auf. Der politisch gewollte und mehrfach demokratisch bestätigte ambulante Wandel («ambulant vor stationär») führt zwangsläufig zu einer Verlagerung zahlreicher Eingriffe vom stationären in den ambulanten Bereich. Bereits seit 2019 werden bestimmte Eingriffe nur noch ambulant vergütet, sofern keine medizinischen oder sozialen Ausnahmen vorliegen. Gleichzeitig zeigen aktuelle Analysen, dass dadurch Hospitalisationen reduziert und Gesamtkosten gesenkt werden konnten. Die isolierte Betrachtung der ambulanten Kostenentwicklung greift daher zu kurz: Steigende ambulante Kosten bei gleichzeitig sinkenden stationären Kosten können insgesamt zu erheblichen Einsparungen führen. Ein Kostenkorridor, der diese Systemeffekte nicht berücksichtigt, riskiert, genau jene Leistungserbringer zu benachteiligen, die den gesundheitspolitisch gewünschten Wandel umsetzen.

Fehlanreize bergen Risiken

Besonders kritisch beurteilen viele Fachgesellschaften die Einführung der ambulanten Pauschalen in ihrer aktuellen Form. Das Eidgenössische Departement des Innern hat selbst eingeräumt, dass zahlreiche Pauschalen bei Einführung noch nicht ausreichend ausgereift waren. Dennoch wurde am ambitionierten Zeitplan festgehalten – mit dem Versprechen späterer Korrekturen.

Die bestehenden Probleme sind sowohl medizinischer als auch struktureller

Natur. Teilweise werden innerhalb derselben Pauschale sehr unterschiedliche Eingriffe zusammengefasst, wodurch einfache Leistungen überfinanziert und komplexere Eingriffe unterfinanziert werden. Hinzu kommen tariftechnische Inkonsistenzen. So kann beispielsweise eine laparoskopische Cholezystektomie derzeit gleichzeitig mehrere Pauschalen auslösen – ein offensichtlicher Systemfehler, der unabhängig von der Höhe der Vergütung korrigiert werden muss. Solche Fehlanreize bergen erhebliche Risiken: Überhöhte Pauschalen verteuern Behandlungen unnötig, während Unterfinanzierungen dazu führen können, dass moderne Verfahren oder qualitativ hochwertige Materialien wirtschaftlich nicht mehr tragbar sind.

Fehlende Transparenz

Eine Schlüsselrolle bei der Weiterentwicklung des Systems kommt der OAAT AG zu. Sie ist verantwortlich für die jährliche Überarbeitung und Anpassung der Tarife. Ihre Prozesse werden jedoch von zahlreichen Fachgesellschaften als unzureichend transparent wahrgenommen. Kritisiert werden insbesondere kurze Eingabefristen, wenig nachvollziehbare Entscheidungsprozesse sowie fehlende Transparenz bei Ablehnungen oder Priorisierungen von Änderungsanträgen. Angesichts der erheblichen medizinischen und finanziellen Auswirkungen tarifarischer Entscheide besteht ein berechtigtes Bedürfnis nach klaren Governance-Strukturen und einer stärkeren Einbindung der medizinischen Fachgesellschaften.

Hinzu kommt ein strukturelles Ungleichgewicht innerhalb der Tarifpart-

nerschaft. Während Versicherer und grosse Organisationen über erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen verfügen, arbeiten viele medizinische Fachgesellschaften weiterhin im Milizsystem. Die Analyse komplexer Tarifstrukturen und die Vertretung fachlicher Interessen erfordern zunehmend externe Expertise und professionelle Unterstützung. Grössere Fachgesellschaften können diese Ressourcen eher bereitstellen als kleinere Disziplinen, obwohl gerade diese häufig besonders stark von inadäquaten Pauschalen betroffen sind. Damit droht eine zunehmende Ungleichheit in der tarifpolitischen Mitgestaltung.

Korrekturen sind notwendig

Die neue ambulante Tarifstruktur stellt zweifellos einen Fortschritt gegenüber dem veralteten TARMED dar. Die Aufwertung der Grundversorgung sowie die Einführung sinnvoll definierter Pauschalen sind gesundheitspolitisch nachvollziehbar und grundsätzlich zu begrüßen. Damit die Reform ihre Ziele jedoch nachhaltig erreichen kann, sind rasche Korrekturen notwendig. Medizinisch und strukturell problematische Pauschalen müssen konsequent überarbeitet werden. Gleichzeitig braucht es ein Kostensteuerungsmodell, das die volkswirtschaftlichen Vorteile der Ambulantisierung angemessen berücksichtigt, statt sie durch starre Kostenvorgaben zu behindern.

Nur so kann die Reform langfristig zu einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlich tragfähigen und patientenorientierten ambulanten Versorgung beitragen.

Zur Person

Prof. Dr. med. Marc-Olivier Sauvain ist seit Juli 2026 Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC). Er leitet das Departement Chirurgie des Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe). Nach seinem Medizinstudium in Neuenburg und Genf promovierte er an der EPFL im Bereich Biotechnologie und Bioingenieurwesen. Seine chirurgische Weiterbildung absolvierte er am Universitätsspital Zürich und am CHUV Lausanne, wo er den Schwerpunkt Viszeralchirurgie erwarb. Neben seiner klinischen Tätigkeit engagiert er sich in Forschung und Lehre und wurde 2022 zum Titularprofessor an der Universität Lausanne ernannt. Sauvain verfügt zudem über eine Weiterbildung in Gesundheitsmanagement der Universität St. Gallen sowie ein Diplom in medizinisch-chirurgischer Onkologie der Université Paris Cité.



www.rhne.ch

8. Ökonomisierung der Medizin

Leidet das Schweizer Gesundheitswesen wirklich an zu hohen Kosten – oder an einer krankhaften Fixierung auf Geld?



Prof. Dr. Reiner Eichenberger
Departement für Volkswirtschaftslehre,
Universität Freiburg i.Ue., Forschungsdirektor
des CREMA

In Diskussionen zum Schweizer Gesundheitswesen stechen zwei Themen hervor: Kostenexplosion und Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Das ist wundersam. Denn aus ökonomischer Perspektive ist sowohl die Kostendiskussion als auch die Gesundheitspolitik wirr. Echte Problemlösungen bedingen ökonomisch fundierte Symptombeschreibungen, Ursachenanalysen und Massnahmen. Dafür muss die Politik ihre Fixierung auf monetäre Kosten überwinden und endlich fruchtbaren Wettbewerb schaffen.

mit 12,3 Prozent. Aber Vorsicht! Eine vernünftige ökonomische Betrachtung von Schweizer Problemen bedingt zweierlei: Erstens muss die Wirkung der Grenzgänger herausgerechnet werden, denn nur die Schweiz hat (neben Luxemburg) viele Grenzgänger. Sie stellen etwa 8 Prozent der Erwerbstätigen dar, Tendenz zunehmend. Ihre Leistung zählt ins BIP, aber sie nicht zu den Einwohnern, und ihre Gesundheitsversorgung findet zumeist in ihrem Wohnland statt. Bei Herausrechnung der Grenzgänger aus dem BIP resultiert ein Anteil der Gesundheitskosten am BIP von 12,8 Prozent. Damit hat die Schweiz in Europa den weitaus höchsten Anteil der Gesundheitskosten am BIP.



Fabian Kuhn
Diplomassistent, Universität Freiburg i.Ue.

Ökonomischer Problembeschrieb

Die Gesundheitskosten wachsen schon lange. Gemäss Bundesamt für Statistik sind sie von 1970 über 2000 bis 2024 von 5,5 über 43,0 auf 97,2 Milliarden Franken gewachsen. Doch einen grossen Teil davon erklären ganz natürliches Nachfragewachstum durch Inflation, Bevölkerungs- und Wohlstandswachstum. Zudem war anderenorts das Kostenwachstum ähnlich. Interessanter ist deshalb der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt (BIP). Er ist auf den ersten Blick wenig auffällig. Sein Niveau von 11,8 Prozent (2024, gemäss OECD) und sein Wachstum waren in den letzten zehn Jahren zwar höher als in den Niederlanden und Dänemark, aber ähnlich hoch wie in Österreich, Frankreich oder Schweden und leicht tiefer als beim europäischen Spitzenreiter Deutschland

Zweitens sind für eine Beurteilung der Höhe und Effizienz des Gesundheitswesens nicht nur die Ausgaben relativ zum BIP bedeutend, sondern auch die Ausgaben pro Kopf. Das Schweizer BIP pro Kopf ist zum Wechselkurs umgerechnet rund 86 Prozent höher als das Deutsche. Folglich sind die Schweizer Gesundheitskosten pro Kopf zu Wechselkursen umgerechnet gut 93 Prozent höher als in Deutschland – und rund 100 bzw. 98 Prozent höher als in Dänemark und den Niederlanden. Angesichts des hohen Einkommens in der Schweiz ist das dann ein Problem, wenn die Kunden dafür nicht einen entsprechenden Mehrwert erhalten. Aber ist das so? Zweifel sind angebracht. Doch kein Mensch weiss es genau, weil die Qualität der Leistungen viel zu schlecht erfasst wird.

Im internationalen Vergleich ist also weniger das Wachstum als das Niveau der Kosten problematisch. Über dieses wollen aber weder Leistungserbringer und Versicherer noch Patientenverbände und Politiker reden. Denn seine Senkung ginge ans Eingemachte. Das Kostenwachstum hingegen können sie einem wehrlosen Sündenbock anhängen: der Alterung. Dabei macht uns die Alterung gar nicht kranker. Vielmehr werden wir älter, weil wir länger gesund bleiben. Auch die viel gescholtenen hohen Kosten in den letzten zwei Lebensjahren bringen kein Kostenwachstum. Denn wir sterben weiterhin nur einmal, einfach später. Eigentlich müssten also die Kosten pro Kopf mit der Alterung sinken. Das tun sie aber nicht. Die ökonomische Perspektive hilft, dies zu verstehen.

Ökonomisches Problemverständnis

Ökonomie sieht alles durch eine Brille von Nutzen und Kosten. Entgegen der Standardkritik ist das nicht eng, sondern umfassend. Denn Nutzen und Kosten sind nur andere Worte für Vor- und Nachteile. Während Ökonomen immer versuchen, alle Vor- und Nachteile abzuwägen, fokussieren NichtökonomInnen gerne auf die Vorteile ihrer eigenen Projekte und die Nachteile fremder Projekte. Zudem verstehen Ökonomen unter Kosten nicht wie NichtökonomInnen nur Geldkosten, sondern eben alles, was die Betroffenen als Nachteile sehen, also insbesondere auch Zeitverlust, Risiken und Nebenwirkungen. Aus dieser Perspektive werden zwei Aspekte wichtig.

Wegen des fixen Pensionierungsalters haben die immer mehr Alten immer mehr Zeit zum Konsum von Gesundheitsleistungen. Zugleich wirkt der technologische Fortschritt im Gesundheitsbereich nicht wie in den allermeisten Branchen geldkostensparend. Weil heute in den meisten Ländern Krankenversicherungen einen grossen Teil der Geldkosten tragen, zielen die Entwickler neuer Technologien weniger als in anderen Branchen auf die Reduktion der Geldkosten und mehr auf die Reduktion der Kosten durch Zeitverlust, Risiken und Nebenwirkungen, die die Leistungsempfänger belasten. So sinken die für diese relevanten Kosten dauernd, was ihre Leistungsnachfrage und die Geldkosten aufbläht.

Der enge Fokus der Gesundheitspolitik auf das Geldkostenwachstum blendet aus, was wirklich zählt: die Nutzen sowie die nicht-monetären Kosten, also eben Zeitkosten, Risiken und Nebenwirkungen. Oder pointiert: Unsere Gesundheitspolitik starrt nur aufs Geld, leidet also an «Geldsucht». Eine bessere Gesundheitspolitik braucht verlässliche Daten zur Qualität des Schweizer Gesundheitswesens und den nicht-monetären Kosten. So werden zwar viele Eingriffe teurer, aber die Patienten werden oft schneller wieder gesund und arbeitsfähig, so dass ihre Lebensqualität steigt und die volkswirtschaftlichen Kosten sinken, was die finanziellen Mehrkosten weit überkompensieren kann. Es gibt aber auch negative Entwicklungen: Viele finden keinen Haus-

«Unsere Gesundheitspolitik starrt nur aufs Geld und leidet an Geldsucht.»

«Das Schweizer Gesundheitswesen leidet nicht an zu viel Ökonomie, sondern an zu wenig guter Ökonomie.»

arzt mehr, die Wartezeiten scheinen zu steigen und viele Bürger fühlen sich immer kränker. Es ist an der politischen Führung, hier endlich die Perspektive zu verbreitern und die Daten zu den nicht-monetären Kosten und Nutzen umfassend aufarbeiten zu lassen. Das Gesundheitswesen kann nur gesunden, wenn die Geldsucht der Gesundheitspolitik kuriert wird.

Auf zu fruchtbarem Wettbewerb

Zur Senkung der Kosten und Steigerung der Qualität müssen die Anreize aller relevanten Handlungsträger – Konsumenten, Leistungserbringer und Krankenkassen – zum effektiven und sparsamen Einsatz der knappen Ressourcen verbessert werden. Dafür braucht es nicht mehr Zentralismus und Planwirtschaft, sondern mehr Eigenverantwortung der Bürger sowie wirksameren Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Dafür vertreten wir Folgendes:

AAA-Franchisen. Das grösste Sparpotential liegt bei der Behandlung von Patienten mit hohen Kosten. Die Franchisen von 300 bis 2500 Franken pro Jahr sowie die Selbstbeteiligung von 10 Prozent und höchstens 700 Franken gelten heute als wichtige Anreize für sparsamen Leistungskonsum. Deshalb wollen viele Experten diese Beiträge erhöhen. Wir empfehlen einen anderen Weg. Entscheidend ist die richtige «Platzierung» der Franchisen. Mit den heutigen Franchisen trägt jeder Versicherte die ersten 300 bis 2500 Franken seiner

Kosten selbst. Wer erwartet, über das Jahr hohe Kosten zu verursachen, wählt vernünftigerweise die tiefste Franchise. Diese ist dann völlig wirkungslos. Kostensparen bringt den Versicherten nichts mehr, weil ihre Kosten die Franchise sowieso übersteigen.

Unsere AAA-Franchisen – Franchisen mit Automatischer Anreiz Anpassung – stärken die Anreize zu sparsamem Verhalten, indem sie statt für die ersten für die letzten zu erwartenden Kostenteile gelten. So müsste ein AAA-Versicherter, von dem die Kasse erwartet, dass er Kosten von 3000 Franken verursacht, die Ausgaben von 2700 bis 3000 Franken tragen. Dadurch hätte er permanent Anreize kostenbewusst zu handeln, so dass er nicht in den Bereich kommt, in dem er selbst zahlen muss. Als Folge müsste er zumeist weniger selbst bezahlen als heute und würde in keinem Fall schlechter gestellt. Zugleich würde es auch für Versicherte mit hohen erwarteten Kosten attraktiv, hohe AAA-Franchisen zu wählen, da sie gute Chancen hätten, den Betrag nicht voll übernehmen zu müssen, wenn sie sich sparsam verhalten. Das würde weitere Kosteneinsparungen bringen.

Für die optimale Platzierung der AAA-Franchisen bedarf es neutraler individueller Kostenprognosen. Mit den Daten zu den Ausgaben nach Alter und Geschlecht, die heute schon für die Berechnung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen verwendet werden, können sie einfach erstellt werden. Für ►

Nachgefragt

«Das perfekte Vergütungssystem gibt es nicht»



Dr. Fridolin Marty

Leiter Gesundheitspolitik Wirtschafts-
dachverband Economiesuisse

Herr Marty, begünstigt das heutige Vergütungssystem in der Viszeralchirurgie medizinisch sinnvolle Behandlungen oder schafft es Fehlanreize?

Die Tarifstruktur in der Viszeralchirurgie kenne ich nicht detailliert genug, um dies abschliessend zu beurteilen. Grundsätzlich müssen Vergütungssysteme jedoch sorgfältig gestaltet werden, damit keine unerwünschten Auswirkungen auf die Patientenversorgung entstehen. Werden Pauschalen nicht sachgerecht kalkuliert oder angewendet, können Über-, Unter- oder Fehlversorgung entstehen. Selbst korrekt berechnete Pauschalen bergen eine gewisse Tendenz zur Unterversorgung. Sind sie zusätzlich falsch ausgestaltet, kann dies im Extremfall dazu führen, dass bestimmte Leistungen nicht mehr angeboten werden.

Wenn Chirurinnen und Chirurgen zunehmend an Fallzahlen, Effizienz und Outcomes gemessen werden: Verändert

dies nicht zwangsläufig ihr Entscheidungsverhalten, etwa bei der Indikationsstellung oder im Umgang mit Risikopatientinnen und -patienten?

Tarife und regulatorische Vorgaben beeinflussen das Verhalten von Leistungserbringern immer. Ungeeignete Tarife können Fehlanreize schaffen und Über-, Unter- oder Fehlversorgung begünstigen. Gleichzeitig ist Transparenz in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem wichtig. Gerade bei pauschalierten Vergütungsmodellen braucht es Qualitätsindikatoren, um die Versorgungsqualität zu überwachen und unerwünschte Entwicklungen frühzeitig zu erkennen.

Wenn ökonomische Anreize zu Über- oder Fehlversorgung führen: Handelt es sich dabei eher um ein Problem individueller ärztlicher Entscheidungen – oder um ein strukturelles Problem des Systems?

Fehlanreize lassen sich in keinem Tarifsystem vollständig vermeiden. Sie sind meist Ausdruck systemischer Rahmenbedingungen und weniger das Resultat individueller Entscheidungen. Aufgabe von Politik, Verwaltung und Tarifpartnern ist es deshalb, die grössten Verzerrungen zu verhindern. Ökonomische Überlegungen dürfen bei Therapieentscheidungen eine Rolle spielen, sie dürfen aber nie wichtiger werden als medizinische Kriterien.

Hand aufs Herz: Dient das aktuelle System aus TARDOC und ambulanten Pauschalen primär dem Patientenwohl? Oder geben ökonomische Logiken in der Realität oft den Ausschlag?

Eine fundierte Beurteilung wird erst möglich sein, wenn ausreichend Erfahrungen mit dem neuen Vergütungsmodell vorliegen. Sicher ist jedoch: Ökonomische Realitäten wirken im Gesundheitswesen wie die Gravitation – ständig und überall, auch wenn wir sie nicht immer bewusst wahrnehmen.

«Ökonomische Überlegungen dürfen nie wichtiger werden als medizinische Kriterien.»

Wie lautet das Rezept für das «perfekte» Vergütungssystem?

Das perfekte Vergütungssystem gibt es nicht. Sinnvoll erscheint ein ausgewogener Mix aus Einzelleistungsvergütung und Pauschalen, wie ihn auch die OECD empfiehlt. Die Einzelleistungsvergütung eignet sich besonders für komplexe und seltene Leistungen, Pauschalen für häufige und standardisierbare Behandlungen. Entscheidend ist die richtige Kombination beider Ansätze.

«Eine bessere
Gesundheitspolitik
braucht verlässliche
Daten zur Qualität
– nicht nur zu den
Kosten.»

die Einführung des Modells würde es genügen, den Kassen zu erlauben, es den Versicherten als Wahloption anzubieten. Dank seiner Vorteile würde es sich dann von selbst durchsetzen.

Äquivalenzprämien. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern spielt vor allem dann, wenn sie eine gewisse Budgetverantwortung haben, also nicht für jede einzelne Leistung entgolten werden, sondern über Fall- oder Patientenpauschalen. Darauf berufen sich die meisten Reformvorschläge für das Gesundheitswesen, gleiten aber oft in zentralistische, planwirtschaftliche Fantasien ab. Die entscheidende Frage ist, weshalb solche effizienzfördernden Abgeltungen nicht von selbst entstehen.

In der Grundversicherung darf heute jede Krankenkasse ihre eigenen Prämien festlegen. Aber jede Kasse muss all ihren über 25 Jahre alten Kunden aus derselben Region die gleiche Prämie verrechnen, gleich ob Mann, Frau, alt, jung, krank oder gesund. Entsprechend müssen auch die den Versicherten gewährten Rabatte bei Eintritt in ein sparorientiertes Versicherungsmodell mit mehr Budgetverantwortung der Leistungserbringer für die verschiedenen Kunden einheitlich sein. In sparorientierte Versicherungsmodelle wechseln deshalb vor allem relativ junge und gesunde Versicherte, an denen aber kaum viel zu sparen ist.

Mit dem Modell der «Äquivalenzprämie» würde es den Kassen erlaubt,

älteren und weniger gesunden Personen beim Übertritt in sparorientierte Versicherungsformen höhere, ihren speziellen Belastungen äquivalente Rabatte zu gewähren. Dadurch würde es für alle Versicherten attraktiver in sparorientierte Versicherungsmodelle zu wechseln. So könnten massiv Kosten eingespart werden – alles ohne Plan und Zwang dank freierem Wettbewerb und freien individuellen Entscheidungen.

Risikoabgeltung statt Risikoausgleich.

Weil die Kassen die Prämien nicht risikogerecht differenzieren dürfen, machen sie Jagd auf gute Risiken. Diese wird heute durch engste Regulierungen eingeschränkt. So gibt es einen einheitlichen Leistungskatalog, der den Kassen auch Zusatzleistungen für Prävention verbietet, sie dürfen den Versicherten keine finanziellen Sparanreize geben und mit dem Risikoausgleich werden die unterschiedlichen Belastungen der Kassen durch Mann, Frau, alt, jung sowie durch hohe Krankheitskosten ausgeglichen. Damit befindet sich die Politik auf dem Holzweg. All die Vorschriften zerstören die Anreize und Möglichkeiten der Kassen, die Gesundheit ihrer Kunden zu entwickeln und erhalten. Was also tun?

Wir sollten vom Sport lernen: Viele Sportclubs neigen dazu, den sportlichen Erfolg durch die Jagd auf gute Spieler, statt durch die teure Ausbildung junger Talente zu suchen. Dagegen wurde im Fussball und Eishockey

eine Regel eingeführt: die Transferpreise. Klubs, die von anderen Klubs gute Spieler abwerben, müssen dafür eine Abgeltung leisten. Das gibt den Klubs starke Anreize, den eigenen Nachwuchs zu fördern, gut auszubilden, gesund zu halten und – gegen Abgeltung – an andere Klubs abzugeben.

Analog dazu sollten Krankenkassen nicht dann mehr Geld erhalten, wenn sie besonders kranke Kunden haben, sondern wenn sie von anderen Kassen Kranke übernehmen und ihnen Gesunde geben. Das gäbe den Kassen starke Anreize, das medizinisch Beste für die Gesundheit ihrer Kunden zu tun.

Zum Schluss: Das Schweizer Gesundheitswesen leidet nicht an zu viel Ökonomie, sondern an zu wenig guter Ökonomie. Wer nur auf Geldkosten starrt, verkennt die eigentlichen Stellschrauben. Besser wird das System nicht durch mehr Vorschriften und Planung, sondern durch bessere Daten, klügere Anreize und fruchtbareren Wettbewerb. Dann könnte Gesundheitspolitik endlich leisten, was sie sollte: bessere Versorgung zu geringeren Kosten.

«Besser wird das System nicht durch mehr Vorschriften und Planung, sondern durch bessere Daten, klügere Anreize und fruchtbareren Wettbewerb.»

Zur den Personen

Prof. Dr. Reiner Eichenberger (*1961) ist Professor für Theorie der Wirtschafts- und Finanzpolitik an der Universität Freiburg und Forschungsdirektor des CREMA (Center for Research in Economics, Management and the Arts). Er zählt zu den bekanntesten Vertretern der politischen Ökonomie im deutschsprachigen Raum und beschäftigt sich insbesondere mit Fragen des Wettbewerbs im öffentlichen Sektor, der direkten Demokratie, des Föderalismus sowie der Gesundheits- und Finanzpolitik. Eichenberger studierte, promovierte und habilitierte in Volkswirtschaftslehre an der Universität Zürich. In seiner Forschung verbindet er ökonomische Analysen mit institutionellen und politischen Fragestellungen. Seine Arbeiten wurden in zahlreichen internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht und haben die Debatte über staatliche Anreizsysteme, politische Reformen und effiziente Governance geprägt.

Fabian Kuhn ist Diplomassistent am Lehrstuhl für Theorie der Wirtschafts- und Finanzpolitik an der Universität Freiburg.



www.unifr.ch

9. Öffentlichkeitsarbeit

Wie gewinnt die Chirurgie ihre Zukunft: durch mehr Einfluss oder durch Vertrauen?



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

«Die Zukunft der
Chirurgie entscheidet
sich nicht nur im OP,
sondern auch in der
Öffentlichkeit.»

Während andere über die Zukunft des Gesundheitswesens diskutieren, operieren Chirurgeninnen und Chirurgen oft noch im Hintergrund. Genau darin liegt ein Problem: Wer im OP-Saal unverzichtbar ist, bleibt in der öffentlichen Debatte erstaunlich oft unsichtbar. Doch EFAS, TARDOC, HSM, Prämienexplosionen, Lohndeckel, Fachkräftemangel oder Spitalreformen werden nicht warten, bis die Chirurgie Zeit findet, sich einzubringen. Die Spielregeln werden jetzt geschrieben. Und wer dabei nicht mitredet, muss später mit den Konsequenzen leben.

Die SGVC kann es sich deshalb nicht mehr leisten, gesundheitspolitische Debatten nur aus der Zuschauerrolle zu verfolgen. Die aktuellen Reformen sind längst keine abstrakten politischen Projekte mehr. Sie greifen direkt in den chirurgischen Alltag ein: in die Frage, welche Eingriffe wo durchgeführt werden dürfen, wie Weiterbildung finanziert wird, wie Notfallversorgung organisiert bleibt und ob Qualität künftig nach medizinischen oder primär nach ökonomischen Kriterien beurteilt wird.

Gerade die Chirurgie steht dabei unter besonderer Beobachtung. Sie ist teuer, technisch anspruchsvoll, personell intensiv und gleichzeitig unverzichtbar. Wer in dieser Situation schweigt, riskiert, dass andere die Regeln definieren: Verwaltung, Politik, Versicherer oder Ökonomen. Die SGVC muss deshalb

nicht laut, aber klar sein. Nicht als reine Lobbyisten einer Berufsgruppe, sondern als Stimme für qualitativ hochstehende, sichere und langfristig tragfähige chirurgische Versorgung.

In den vergangenen Jahren ist der Vorstand der SGVC in der Kommunikation deutlich aktiver geworden. Wir sind als Interessensgesellschaft in der Öffentlichkeit und in den Medien sichtbarer, präsenter und mutiger aufgetreten. Davon zeugt unter anderem auch der vorliegende Jahresbericht. Darüber hinaus haben wir mit dem Ausbau unserer Präsenz auf LinkedIn bewiesen, dass moderne Standespolitik heute nicht mehr nur in Sitzungszimmern stattfindet, sondern auch digital. Denn Sichtbarkeit entsteht dort, wo Diskussionen stattfinden. Und dort gilt mehr denn je: Content is king.

Politische Präsenz ist wichtiger denn je
Reichweite entsteht aber nicht allein durch den Vorstand oder engagierte Einzelkämpfer. Sie lebt von den Mitgliedern. Gerade Chirurgeninnen und Chirurgen sind deshalb gefordert, sich noch mehr einzubringen: mit Kommentaren, mit eigenen Beiträgen, mit Haltung. Ein Like oder ein kurzer Kommentar zu einem Post ist schnell verfasst. Kleine Aktion, grosse Wirkung! Denn Algorithmen belohnen Interaktion, und öffentliche Debatten werden heute wesentlich über digitale Präsenz geprägt.

Das Problem unserer Branche ist dabei strukturell: Wir Chirurgeninnen und Chirurgen sind oft schlicht «offline». Wer täglich viele Stunden im Operations-

saal verbringt, hat wenig Zeit für Social Media, politische Netzwerke oder öffentliche Präsenz. Andere Fachbereiche sind hier naturgemäss sichtbarer, weil ihr klinischer Alltag mehr Raum für Öffentlichkeit lässt. Dennoch gilt auch für die Medizin ein einfacher Mechanismus: Wer nicht sichtbar ist, wird nicht gesehen. Und wer nicht gesehen wird, findet in politischen Debatten kaum Gehör.

Dasselbe gilt für die direkte politische Vertretung. Ärztinnen und Ärzte sind in der Politik noch immer erstaunlich schwach vertreten. Zeitmangel dürfte einer der Hauptgründe sein. Doch gerade weil gesundheitspolitische Entscheidung immer stärker den medizinischen Alltag prägen, wird politische Präsenz wichtiger denn je. Wie wirksames Lobbying funktioniert, machen andere Berufsgruppen seit Jahren eindrücklich vor. Die Bauern etwa verfügen in Bern über eine bemerkenswert starke Lobby, treten geschlossen auf und schaffen es, ihre Anliegen konstant sichtbar zu halten. Davon können die Ärzte im Allgemeinen und die Chirurgen im Speziellen noch einiges lernen.

Natürlich gibt es schwarze Schafe

Gleichzeitig muss die Chirurgie auch nach innen glaubwürdig bleiben. Mit fast schon verstörender Regelmässigkeit geraten Vertreter unserer Branche wegen Sexismus, Machtmissbrauch, Mobbing, fragwürdiger Abrechnungen oder übersteigter Egos in die Schlagzeilen. Die Versuchung ist gross, von Einzelfällen zu sprechen. Ganz falsch ist das nicht. Ganz richtig aber auch nicht.

Denn Fehlverhalten entsteht selten im luftleeren Raum. Die Chirurgie ist traditionell hierarchisch organisiert, leistungsorientiert und geprägt von enormem Druck. Diese Kultur hat viele Stärken hervorgebracht: Präzision, Verantwortung, Belastbarkeit und Entscheidungsfähigkeit. Dort aber, wo Hierarchien unangreifbar werden, wo Schweigen Karrieren schützt und wo wirtschaftlicher Druck medizinische Kultur verdrängt, entstehen Räume, in denen Grenzüberschreitungen leichter möglich werden.

Die entscheidende Frage lautet deshalb nicht, ob es schwarze Schafe gibt. Natürlich gibt es sie. Die wichtigere Frage ist, wie konsequent ein Fachgebiet mit ihnen umgeht. Eine moderne Fachgesellschaft darf Fehlverhalten weder relativieren noch reflexartig skandalisieren. Sie muss Standards setzen. Für Führung. Für Weiterbildung.

Für Respekt. Für Transparenz. Für den Umgang mit Macht.

Die SGVC hat hier die Chance, mehr zu sein als eine Interessensvertretung. Sie kann mitprägen, wie chirurgische Kultur in der Schweiz künftig aussieht: exzellent, anspruchsvoll und gleichzeitig professionell, respektvoll und glaubwürdig. Denn die Zukunft der Chirurgie entscheidet sich nicht nur im Operationssaal oder im Parlament, sondern auch in der Frage, welches Selbstverständnis sie von sich selbst hat.

Die Chirurgie wird politisch nur dann gehört werden, wenn sie gesellschaftlich Vertrauen geniesst. Vertrauen wiederum entsteht dort, wo fachliche Exzellenz und menschliche Integrität zusammenkommen. Oder einfacher gesagt: Es gibt nichts Gutes, ausser man tut es. Packen wir es an!

Zur Person

Prof. Dr. med. Antonio Nocito ist seit 2014 Direktor des Departements Chirurgie und Chefarzt Chirurgie am Kantonsspital Baden (KSB). Nach seinem Medizinstudium an den Universitäten Basel und Paris absolvierte er seine chirurgische Weiterbildung am KSB sowie am Universitätsspital Zürich. Er ist Facharzt FMH für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie und verfügt über das Europäische Fachexamen für Koloproktologie.

2017 wurde er von der Universität Zürich zum Titularprofessor ernannt. Von 2023 bis 2024 war er Präsident der SGVC, darüber hinaus ist er Mitglied verschiedener nationaler und internationaler Fachgesellschaften.



www.ksb.ch

10. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Sollen die chirurgische und die viszeralchirurgische Fachgesellschaft fusionieren? Oder sind die Interessen zu unterschiedlich?



Prof. Dr. med. Christian Toso
Leiter Viszeralchirurgie an den Hôpitaux
Universitaires de Genève und Past-Präsident
der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie
(SGC)

«Gemeinsame
Interessen sprechen
für eine Annäherung,
fachliche Identitäten
gegen vorschnelle
Lösungen.»

Die Landschaft der chirurgischen Fachgesellschaften in der Schweiz ist dicht, teilweise redundant und für junge Ärztinnen und Ärzte oft schwer zu durchschauen. In diesem Kontext taucht die Frage einer Fusion zwischen der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC) und der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC) regelmässig auf. Sie verdient eine ernsthafte Prüfung – ohne Tabus, aber auch ohne Naivität.

Ein solides gemeinsames Fundament

Seit mehreren Jahren haben die SGC und die SGVC ihre Zusammenarbeit intensiviert. Sie teilen zahlreiche Interessen: Tarifverhandlungen (insbesondere rund um TARDOC), die Verbesserung der Ausbildungsgänge, die Organisation gemeinsamer Sitzungen an nationalen Kongressen sowie die Unterstützung des chirurgischen Nachwuchses. Diese Dynamik ist bereits konkret sichtbar: Ein Mitglied des SGVC-Vorstands sitzt im Vorstand der SGC, und gemeinsame Sitzungen ermöglichen Fortschritte bei gemeinsamen Themen.

Die Gründung des Swiss College of Surgeons (SCS) im Jahr 2017 hat dieser Zusammenarbeit einen zusätzlichen Rahmen gegeben. Das SCS vereint unter einem gemeinsamen Dach die SGC, die SGVC sowie die Fachgesellschaften für Gefäss-, Thorax-, Hand- und Plastische Chirurgie sowie die Kinderchirurgie. Es organisiert insbesondere das Core Surgical Curriculum und den gemeinsamen

Jahreskongress – ein Beweis dafür, dass die Bündelung von Ressourcen möglich und vorteilhaft ist.

Argumente für eine Fusion

Eine Fusion zwischen SGC und SGVC hätte konkrete Vorteile. Erstens würde sie die institutionelle Landschaft der Schweiz vereinfachen, die heute aus Sicht junger Chirurginnen und Chirurgen komplex ist und es erschwert, die Rolle der einzelnen Akteure zu verstehen. Zweitens würde sie das kollektive Gewicht der Chirurgie in Tarifverhandlungen (TARDOC) und in der Planung der Hochspezialisierten Medizin (HSM) stärken. Drittens könnten administrative Doppelspurigkeiten reduziert werden – zwei Generalversammlungen, zwei Mitgliederbeiträge, zwei Sekretariate für Mitglieder, die häufig beiden Gesellschaften angehören.

Spezifitäten, die nicht geopfert werden dürfen

Eine Fusion darf jedoch die grundlegenden Unterschiede zwischen den beiden Organisationen nicht ignorieren. Die Viszeralchirurgie ist ein eigenständiger Schwerpunkt mit starker Verankerung in der Hochspezialisierten Medizin (HSM), mit eigenen Ausbildungswegen, technischen Kompetenzen und einer klaren wissenschaftlichen Identität. Eine Fusion, die diese Besonderheiten verwässert, könnte die Disziplin schwächen. Die Frage der Traumatologie verdeutlicht diese Spannung besonders gut. Die Swiss Trauma Society (STS) – seit 2024 Nachfolgerin der SGACT – ist ein Beispiel für einen Mittelweg: Sie ist keine eigenständige Weiterbildungsgesellschaft mehr im engeren Sinne, bleibt aber eine anerkannte und wichtige Interessengruppe

innerhalb der SGC. Der Schwerpunkt für Spezialisierte Traumatologie wird heute gemeinsam von der SGC und Swiss Orthopaedics vergeben – ein Beleg dafür, dass Interdisziplinarität funktionieren kann, ohne dass Identitäten aufgelöst werden. Gleichzeitig bleibt die Polytraumatologie ein zentrales Anliegen der SGC, die diese Expertise bewahren möchte.

Eine zweistufige Strategie

Anstelle einer übereilten Fusion erscheint ein schrittweises Vorgehen sinnvoll:

- Kurzfristig gilt es, die bestehende Zusammenarbeit zu vertiefen: eine gemeinsame und koordinierte Position in den TARDOC-Verhandlungen, ein vollständig integrierter Jahreskongress unter dem Dach des SCS sowie abgestimmte Ausbildungsgänge für gemeinsame Grundlagen mit Erhalt spezifischer Module.
- Mittelfristig bleibt eine Fusion zwischen SGC und SGVC ein legitimes Ziel – vorausgesetzt, die jeweiligen Besonderheiten werden respektiert.

Fazit

Die Fusion zwischen SGC und SGVC ist eine strategische Vision auf mittlere Sicht. Sie wird nicht alle Spannungen innerhalb der chirurgischen Landschaft der Schweiz lösen. Doch wenn sie sorgfältig und unter Wahrung der jeweiligen Identitäten umgesetzt wird, könnte sie die Stimme der Chirurgie im schweizerischen Gesundheitswesen nachhaltig stärken. In der Zwischenzeit bieten eine vertiefte Zusammenarbeit und die Weiterentwicklung des SCS einen glaubwürdigen und unmittelbar umsetzbaren Weg.

Im Namen des Vorstands der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC):

- Dr. med. Rebecca Kraus, Kantonsspital Graubünden, Chur
- Prof. Dr. med. Marc-Olivier Sauvain, Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe), Neuchâtel
- PD Dr. med. Minoa Karin Jung, HUG, Genf
- PD Dr. Dr. med. Seraina Faes, Stadtspital Zürich Triemli
- Prof. Dr. med. Antonio Nocito, Kantonsspital Baden (KSB)
- Prof. Dr. med. Valentin Neuhaus, Universitätsspital Zürich
- Dr. med. Stephanie Taha-Mehlitz, St. Claraspital Basel
- Dr. med. Thomas Beck, Spitalzentrum Oberwallis, Visp
- Dr. med. Lukas Widmer, Hôpital Fribourgeois, Fribourg
- Dr. med. Dr. sc. med. Fariba Abbassi, Universität Zürich

«Eine stärkere Chirurgie braucht nicht zwingend weniger Identität, sondern mehr Zusammenarbeit.»

Zur Person

Prof. Dr. med. Christian Toso ist seit 2009 an den Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) tätig. Heute leitet er als Chefarzt die Abteilung für Viszeralchirurgie und ist ordentlicher Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität Genf. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in der Leber-, Pankreas- und Transplantationschirurgie.

Nach seinem Medizinstudium an der Universität Genf absolvierte er eine chirurgische Weiterbildung in der Schweiz und spezialisierte sich anschliessend an der University of Alberta in Edmonton (Kanada) auf Leber-, Pankreas- und Transplantationschirurgie. Dort erwarb er zudem einen PhD in Immunologie und chirurgischer Forschung. Neben seiner klinischen Tätigkeit leitet Christian Toso eine bedeutende Forschungsgruppe an der Universität Genf. Seine wissenschaftlichen Arbeiten konzentrieren sich insbesondere auf Leberkrebs, Lebertransplantation und hepatoobiliäre Chirurgie. Er ist Autor von über 300 wissenschaftlichen Publikationen und wurde für seine Forschung mehrfach national und international ausgezeichnet.



www.hug.ch



VON DEN BESTEN LERNEN: HOSPITATIONSSTIPENDIUM DER SGVC

Drei Hospitationsstipendien hat die SGVC im Jahr 2025 vergeben – und alle drei Geförderten ziehen ein ausgesprochen positives Fazit. Marion Anker, Xenofon Papazarkadas und Charlotte Pradella erhielten durch das Förderprogramm die Möglichkeit, für einige Wochen Einblick in spezialisierte Teams, komplexe Krankheitsbilder und hochspezialisierte operative Verfahren an anderen Schweizer Spitälern zu gewinnen.

Ob in der hepatobiliären und Pankreaschirurgie, der Transplantationschirurgie, der Chirurgie des oberen GI-Trakts oder der kolorektalen Chirurgie: Der fachliche Austausch, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die herzliche Aufnahme in den jeweiligen Teams haben die Hospitationen für alle drei zu einer wertvollen und nachhaltigen Erfahrung gemacht.

Ihr einhelliges Fazit: Der Blick über den eigenen klinischen Alltag hinaus hat sich in jeder Hinsicht gelohnt.

Weitere Infos zu den
Hospitationsstipendien:



Dr. med. Marion Anker-Meister
Oberärztin Chirurgie Spital Lindenhof

Hospitationsstipendium im August 2025,
Fachbereich Hepatobiliäre- und Pankreas-
chirurgie und Oberer GI-Trakt am
Kantonsspital Winterthur

«Während meiner vierwöchigen Hospitation am Kantonsspital Winterthur konnte ich mein Wissen in der hepatobiliären Chirurgie, der Pankreaschirurgie sowie der Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts vertiefen. Besonders eindrücklich waren für mich die aktive Assistenz bei mehreren Whipple-Operationen, die Einblicke in Sprechstunden und Tumorboards sowie die Begegnung mit komplexen Krankheitsbildern, die in meinem klinischen Alltag nur selten vorkommen. In der zweiten Hälfte der Hospitation erhielt ich zudem Einblick in Eingriffe des oberen GI-Trakts, in bariatrische Operationen und in robotisch unterstützte Bauchwandherniengriffe. Die herzliche Aufnahme im Team, das breite operative Spektrum

und die Nähe zu einem spezialisierten Zentrum haben meine chirurgische Perspektive nachhaltig erweitert.»

«Die Erfahrungen, die ich in dieser Zeit sammeln konnte, werden mich auf meinem weiteren beruflichen Weg begleiten und meine chirurgische Tätigkeit nachhaltig bereichern.»



Dr. med. Xenophon Papazarkadas
Oberarzt Chirurgie Hôpital de Sion

Hospitationsstipendium im August 2025,
Fachbereich Hepato-bilio-pankreatische
Chirurgie am Inselspital Bern

«Im Rahmen meiner zweiwöchigen Hospitation am Inselspital Bern erhielt ich wertvolle Einblicke in die hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie eines universitären Referenzzentrums. Dabei konnte ich anspruchsvolle Eingriffe wie robotische Duodenopankreatektomien, Leber- und Nierentransplantationen, Notfalleingriffe sowie interventionell-radiologische Verfahren miterleben. Ergänzend nahm ich an Sprechstunden, Visiten, Operationsplanungen, multidisziplinären Kolloquien und Fortbildungen teil. Besonders beeindruckt haben mich die wissenschaftliche Präzision, die strukturierte chirurgische Ausbildung und die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Diese Erfahrung hat mein Interesse an der hepatobiliären Chirurgie weiter gestärkt und mir ein inspirierendes klinisches und akademisches Vorbild vermittelt.»

«Diese Erfahrung hat mein Interesse an der hepatobiliären Chirurgie gestärkt und meinen Wunsch bestätigt, meine Karriere in diesem Bereich fortzusetzen.»



Dr. med. Charlotte Pradella
Oberärztin Chirurgie Kantonsspital
Baselland Liestal

Hospitationsstipendium im Mai 2025,
Fachbereich kolorektale Chirurgie am
Universitätsklinikum Zürich

«Während meiner zweiwöchigen Hospitation in der kolorektalen Chirurgie am Universitätsklinikum Zürich konnte ich meine fachlichen Kenntnisse gezielt vertiefen und den gesamten klinischen All-

«Ich konnte meine fachliche Expertise vertiefen, neue operative Fähigkeiten erwerben und wertvolle Einblicke in ein exzellent organisiertes und spezialisiertes Arbeitsumfeld gewinnen.»

tag eines hochspezialisierten Teams begleiten. Dazu gehörten Chefarztvisiten, Notfallstation, Ambulatorium, spezialisierte Sprechstunden sowie Tumor- und IBD-Boards. Besonders lehrreich waren für mich die interdisziplinären Diskussionen komplexer kolorektaler Krankheitsbilder und die operative Assistenz bei einem breiten Spektrum an Eingriffen, insbesondere bei kolorektalen Karzinomen und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Aus der roboterassistierten, minimalinvasiven und offenen Chirurgie konnte ich zahlreiche technische Impulse mitnehmen. Die strukturierte, patientennahe Arbeitsweise und die herzliche Integration ins Team haben diese Hospitation für mich zu einer prägenden Erfahrung gemacht.»

2

Mitgliedern hat die SGVC ein Hospitationsstipendium für das Jahr 2026 verliehen:



Dr. med. Andrea Wirsching
Kantonsspital Baden

Hospitation im HUG Genève im
Fachgebiet «Kolorektale Chirurgie»



Dr. med. Pierre-Alain Tokoto
HUG Genève

Hospitation im CHUV Lausanne
im Fachgebiet «Koloproktologie»

2000

Franken beträgt die maximale Vergütung für ein Hospitationsstipendium. Das Stipendium unterstützt Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie mit viszeralchirurgischem Interesse, die eine Fort- und Weiterbildung in einem Kompetenz- oder Referenzzentrum oder in einem Zentrum gleichwertiger Qualifikation für Visceralchirurgie in der Schweiz absolvieren möchten. Dies gilt auch für dazugehörige Subgebiete wie den oberen Gastrointestinaltrakt, Koloproktologie, hepato-pankreatiko-biliäre Chirurgie, Transplantationschirurgie, bariatrische Chirurgie oder endokrine Chirurgie. Die Bewerbungsfrist für ein Hospitationsstipendium im Jahr 2027 läuft bis zum 31. Dezember 2026! Interessierte können ihre Bewerbung per E-Mail an sgvc@meister-concept.ch einreichen.

2-4

Wochen dauert eine Hospitation in der Regel. Die SGVC stellt dafür jährlich drei Hospitationsstipendien von jeweils bis zu 2000 Franken zur Verfügung. Mit diesem Betrag werden Reisekosten, Unterkunft und Verpflegung der Kandidatinnen und Kandidaten finanziert. Eines der drei Stipendien wird im Bereich Acute Care Surgery durch die SwissACS finanziert.

FELIX-LARGIADÈR-PREIS: EHRE, WEM EHRE GEBÜHRT

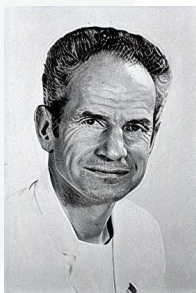
Mit dem Felix-Largiadèr-Preis würdigt die SGVC jährlich herausragende wissenschaftliche Arbeiten und Forschungsprojekte im Bereich der Viszeralchirurgie. 2025 ging der Award zum fünften Mal in Folge an eine Frau: Dr. Lilian Salm von der Insel Gruppe wurde für ihre Studie «Peritoneal Macrophage-Derived Plasma Fibronectin Enhances Remote Skin Wound Healing» ausgezeichnet.

Am Jahreskongress in Interlaken setzte sie sich im September 2025 gegen acht Mitbewerberinnen und Mitbewerber durch und erhielt den mit 5000 Franken dotierten Felix-Largiadèr-Preis – herzliche Gratulation!

In ihrer prämierten Forschungsarbeit liefert Lilian Salm neue Erkenntnisse zur Rolle von Makrophagen in der Peritonealhöhle. Sie konnte zeigen, dass diese Zellen nicht nur lokale Immunfunktionen erfüllen, sondern auch endokrine Aufgaben übernehmen. Werden die Makrophagen beispielsweise durch einen operativen Eingriff aktiviert, setzen sie Fibronectin frei. Damit widerlegt die Studie die bisherige Annahme, dass zirkulierendes Fibronectin ausschliess-

lich von der Leber produziert wird. Zudem zeigte sich, dass das freigesetzte Fibronectin die Heilung von entfernten Hautwunden – etwa am Rücken – beschleunigt.

Lilian Salm ist Fachärztin für Allgemein-chirurgie. Nach klinischen Weiterbil-dungen in Langenthal, Aarau und am Inselspital Bern widmete sie sich meh-re Jahre der Forschung in Bern sowie im Rahmen eines Postdoc-Fellowships in Calgary mit Schwerpunkt Immuno-logie und chirurgische Infektionen. Seit August 2024 ist sie als Oberärztin an der Klinik für Viszerale Chirurgie und Medizin des Inselspitals Bern tätig. Seit 2025 gehört sie zudem dem Editorial Board von Swiss Knife an.



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 entwickelte auch die Nierentransplantation pionierhaft weiter. 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

2025 Lilian Salm, Bern
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

Der Felix-Largiadèr-Preis 2026 wird am Swiss Visceral Summit am 5. November 2026 in Aarau vergeben.



Ehre, wem Ehre gebührt: Der Präsident Markus K. Müller (li.) und das Vorstandsmitglied Beldi Guido gratulieren Lilian Salm zum Felix-Largiadèr-Preis.

«Was mich besonders reizt, ist, dass ich die Fragen direkt am Operationstisch finde und sie dann im Labor beantworten kann – und umgekehrt.»

Herzlichen Glückwunsch zum Felix-Largiadèr-Preis, Frau Salm! Welchen Stellenwert hat diese Auszeichnung für Ihre wissenschaftliche und klinische Laufbahn?

Der Largiadèr-Preis bedeutet mir viel, weil er genau das honoriert, was mir am Herzen liegt: die Verbindung von chirurgischer Praxis und Grundlagenforschung. Als Chirurgin, die auch im Labor steht, bewege ich mich zwischen zwei Welten. Der Preis zeigt mir, dass klinisch relevante Grundlagenforschung in der Chirurgie wahrgenommen wird und dass Fragen aus dem Operationssaal zu neuen biologischen Konzepten führen können. Gleichzeitig motiviert er mich, meinen wissenschaftlichen Weg weiterzugehen.

Ihre prämierte Arbeit beschäftigt sich mit den Mechanismen der Wundheilung. Woher stammt Ihr Interesse an diesem Thema?

Als Chirurgin sehe ich die Folgen gestörter Wundheilung unmittelbar. Wundheilungsstörungen nach grossen Bauchoperationen gehören zu den häufigsten und schwerwiegendsten Komplikationen. Diese Lücke zwischen «technisch perfekt operiert» und «der Körper heilt trotzdem nicht» hat mich nie losgelassen. Faszinierend finde ich, dass Heilung kein passiver Vorgang ist, sondern ein hochaktiv vom Immunsystem orchestrierter Prozess.

Inwiefern wird die Erkenntnis, dass Makrophagen der Peritonealhöhle auch endokrine Funktionen haben, den klinischen Alltag verändern?

Kurzfristig wird sich der klinische Alltag noch nicht verändern. Unsere Erkenntnis-

se stammen überwiegend aus dem Mausmodell und müssen in grösseren Studien bestätigt werden. Mittelfristig könnte Fibronektin im Serum als Biomarker dienen, um Patienten mit erhöhtem Risiko für Wundheilungsstörungen frühzeitig zu identifizieren. Langfristig eröffnet das Konzept, dass Heilung über Botenstoffe im Blut koordiniert wird, die Möglichkeit neuer therapeutischer Ansätze.

Ihre Forschung verbindet Grundlagenwissenschaft mit klinischer Chirurgie. Was fasziniert Sie besonders daran, immunologische Mechanismen direkt mit chirurgischen Fragestellungen zu verknüpfen?

Was mich besonders reizt, ist, dass ich die Fragen direkt am Operationstisch finde und sie dann im Labor beantworten kann – und umgekehrt. Die Chirurgie liefert die klinisch relevanten Probleme, die Immunologie die Werkzeuge, um zu verstehen, warum etwas geschieht. Dieser direkte Übersetzungsweg – «from bench to bedside» und zurück – ist für mich das Spannendste überhaupt.

Auf der Webseite von Swiss Knife geben Sie an, dass Sie in Ihrer Freizeit gerne nähen... Ein Mann würde sich vermutlich nie zu einem solchen Hobby bekennen. Inwiefern sind Sie eine typische Vertreterin der «weiblichen Chirurgie»?

Ehrlich gesagt liegen Nähen und Operieren näher beieinander, als man denkt: Beides ist Handwerk und braucht Präzision sowie Geduld. Insofern ist mein Hobby gar nicht so weit von meinem Beruf entfernt. Eine gute Naht ist weder männlich noch weiblich, sie ist einfach präzise.

FORSCHUNG, DIE DEN UNTERSCHIED MACHT

Wissenschaftliche Exzellenz stand auch am diesjährigen Annual Meeting des Swiss College of Surgeons (SCS) im Zentrum. Die vom 10. bis 12. Juni 2026 im KKL Luzern durchgeführte Tagung versammelte Chirurginnen und Chirurgen aus der ganzen Schweiz unter dem Motto «The Surgical Collective: Joining Forces for Progress». Mit insgesamt 351 eingereichten Abstracts – darunter 224 Beiträge aus der Viszeralchirurgie – bot der Kongress einen eindrucklichen Einblick in die Innovationskraft und Forschungsaktivität unseres Fachgebiets.

Save the date

SCS Annual Meeting 2027
in Luzern: 2. bis 4. Juni 2027

SCS Annual Meeting 2028 in
Lausanne: 17. bis 19. Mai 2028

Der mit tausend Franken dotierte SGVC-Award für das beste Poster ging an das Forschungsteam E. Zhu, R. Hadorn, V. Pittet, A. Schoepfer und D. Hahnloser aus Lausanne und Sion für die Arbeit:

«Ileocecal Resections for Crohn's: Predictive Value of Resection Margins on the Risk of Re-surgery in the Swiss IBD Cohort»

In ihrer Kohortenstudie untersuchten die Autorinnen und Autoren 82 Patientinnen und Patienten mit Morbus Crohn nach ileozökaler Resektion. Über eine mediane Nachbeobachtungszeit von acht Jahren zeigte sich, dass positive Dünndarm-Resektionsränder mit einem erhöhten Risiko für ein chirurgisches Rezidiv und damit für eine erneute Operation assoziiert sind. Ein Zusammenhang mit endoskopischen Rezidiven konnte hingegen nicht nachgewiesen werden.

Darüber hinaus identifizierte die Studie Defizite in der Dokumentation pathologischer Befunde: Wichtige Risikofaktoren wurden häufig unvollständig oder nicht standardisiert erfasst. Die Autorinnen und Autoren empfehlen deshalb eine Standardisierung der pathologischen Berichterstattung, um das postoperative Rückfallrisiko künftig präziser beurteilen und die Nachsorge gezielter gestalten zu können.

Die SGVC gratuliert den Preisträgerinnen und Preisträgern herzlich zu dieser ausgezeichneten Arbeit.

Unser besonderer Dank gilt Johnson & Johnson für die grosszügige Unterstützung des Awards. Ebenso danken wir allen Autorinnen und Autoren der eingereichten Visual Abstracts für ihr grosses Engagement. Forschung ist und bleibt ein unverzichtbarer Motor für Fortschritt, Qualität und Innovation in der Viszeralchirurgie. Die hohe Zahl und Qualität der eingereichten Arbeiten am SCS Annual Meeting 2026 zeigt eindrücklich, wie lebendig und zukunftsorientiert die wissenschaftliche Gemeinschaft unseres Fachgebiets ist.



Best Visual Abstract

Preis

für das beste Visual Abstract

der Schweizerischen Gesellschaft
für Viszeralchirurgie

am Annual Meeting des Swiss College of Surgeons

**Ileocecal resections for Crohn's:
Predictive value of resection margins on the risk of
re-surgery in the Swiss IBD Cohort**

**E. Zhu¹, R. Hadorn², V. Pittet¹, A. Schoepfer¹,
D. Hahnloser¹**
¹Lausanne, ²Sion

Das Preisgeld über CHF 1'000.00 wird offeriert durch
Johnson & Johnson

Herzliche Gratulation!

Prof. Dr. med. Marius K. Müller
Präsident SGVC

PD Dr. med. Diana Vetter
Vize-Präsidentin SGVC

Luzern, 11. Juni 2026



V.l.n.r.: Prof. Dr. med. Markus K. Müller, Präsident SGVC, Dr. med. Fariba Abbassi, Vorstandsmitglied SGVC und Preisjury, Prof. Dr. med. Dieter Hahnloser, Vorstandsmitglied SGVC und Chefarzt CHUV Lausanne, Prof. Dr. med. Stefan Holland-Cunz, Präsident SCS und Kongresspräsident. Die Preisträgerin Emilie Zhu war an dem Abend leider verhindert.



ZURÜCK IN DIE HSM: SO GELINGT DAS COMEBACK

Schafft klare Re-Entry-Kriterien! Die seit Jahren erhobene Forderung der SGVC verhallte politisch bislang ungehört. Dennoch zeigt sich immer deutlicher, wie Spitäler ohne HSM-Leistungsauftrag den Weg zurück an die Elite finden können. Wer in den exklusiven Kreis der Hochspezialisierten Medizin zurückkehren will, braucht mehr als medizinische Exzellenz: juristisches Geschick, politische Verbündete, strategische Hartnäckigkeit und ein dickes Fell. Ein Zürcher Beispiel macht deutlich, wie dieser Weg gelingen kann. Ein Lehrstück in fünf Akten.

Prolog

Viele fühlen sich berufen, nur wenige sind auserwählt! Zwanzig Spitäler und Kliniken bewerben sich im Jahr 2018 für den Leistungsauftrag für Oesophagus-Resektionen. Anfang 2019 gibt das HSM-Beschlussorgan bekannt, welche acht Institutionen ab dem 1. August 2019 in den Genuss eines für sechs Jahre gültigen Leistungsauftrages kommen:

- St. Claraspital Basel
- Inselspital Bern
- Luzerner Kantonsspital
- Kantonsspital St. Gallen
- CHUV Lausanne
- Hirslanden Klinik Zürich
- Stadtspital Triemli Zürich
- Universitätsspital Zürich

«Die nicht berücksichtigten Bewerber erhalten eine individuelle anfechtbare Verfügung», schreibt die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK) in ihrer Medienmitteilung. Diverse Institutionen, die leer ausgegangen sind, legen in der Folge Rekurs ein. Dank der aufschiebenden Wirkung dürfen sie trotzdem weiter Oesophagus-Eingriffe vornehmen.

Erster Akt

Nach einer erfolglosen Klage vor dem Bundesverwaltungsgericht verliert das Kantonsspital Winterthur (KSW) im Februar 2023 den HSM-Leistungsauftrag für Oesophagus-Eingriffe definitiv. Das Spital führt in der Folge aber dennoch weiterhin solche Eingriffe durch. Das ist nicht verboten. Denn das Urteil bedeutet lediglich, dass es die Eingriffe nicht

mehr über die Krankenversicherung und den Kanton abrechnen darf. Mit anderen Worten: Das KSW trug die Kosten der Oesophagus-Operationen von März 2023 bis Frühling 2024 selbst. Die Spitalführung habe damals «strategisch entschieden, weitere Fallzahlen zu generieren, um sich zur Bewerbung für einen Leistungsauftrag im Jahr 2025 zu qualifizieren», lässt das KSW im März 2026 gegenüber der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ) verlauten. Dieses Vorgehen sei «wirtschaftlich vertretbar» und auch der Zürcher Gesundheitsdirektion bekannt gewesen.

Zweiter Akt

Als dieses Vorgehen ruchbar wird, bekommt die Zürcher Gesundheitsdirektorin Nathalie Rickli offenbar kalte Füsse. «In ihrer Rolle als Eigentümervertreterin» weist sie das KSW im Frühling 2024 an, die Eingriffe einzustellen – was das Spital auch tut. «Rickli hat also durchgegriffen», fasst die NZZ zusammen. «Pikant daran ist aber, dass sie damit ein Jahr zuwartete.» Denn im Frühling 2024 spielte es für das KSW im Hinblick auf die Bewerbung für einen neuen Leistungsauftrag keine Rolle mehr, dass es die Operation nicht mehr durchführen durfte. Für die alles entscheidenden Mindestfallzahlen war nämlich nur der Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2023 massgebend. Das Spital konnte Ricklis Anordnung im Frühling 2024 also ziemlich schmerzfrei Folge leisten: «Das weckt den Verdacht, dass Rickli das KSW so lange wie nötig gewähren liess, trotz den damit verbundenen Verlusten», fasst die NZZ zusammen. ►

«Die aktuellen Zuteilungsverfahren und Rekursmöglichkeiten führen zu erheblicher Unsicherheit in der viszeralchirurgischen Versorgung der Schweiz.»

Dritter Akt

Die Berichterstattung der NZZ beruht auf einer Stellungnahme, welche die SGVC am 5. Februar 2026 dem HSM-Fachorgan und der GDK hatte zukommen lassen. Es handelt sich um die Stellungnahme zur vorgesehenen Leistungszuteilung im HSM-Bereich «Komplexe hochspezialisierte Visceralchirurgie, Teilbereiche Oesophagus-, Pankreas- und Leberresektion bei Erwachsenen». Diese ist auf der Webseite der SGVC (www.viszeralchirurgie.ch) veröffentlicht.

Prof. Dr. med. Markus Müller als Präsident der SGVC und Vorstandsmitglied Prof. Dr. med. Dieter Hahnloser, Präsident der Begleitgruppe HSM-Viszeralchirurgie, erheben in diesem Schreiben zwei Forderungen.

Erstens fordern sie im Namen der SGVC «die Überprüfung und Veröffentlichung der zugrundeliegenden Kriterien sowie eine nachvollziehbare Begründung der entsprechenden Entscheide dieser Zentren, die neu auf der Liste der Zuteilung sind».

Zweitens plädieren sie für eine dringende Überarbeitung des Zuteilungsprozesses: «Die derzeitige Ausgestaltung der Anhörungsfrist, der Zeitraum bis zur definitiven Zuteilung sowie die Möglichkeit von Rekursen (verbunden mit aufschiebender Wirkung) – deren Bearbeitung durch die Verwaltungsgerichte unverhältnismässig lange und je nach Sprachregion unterschiedlich dauert – führen zu erheblicher Unsicherheit innerhalb

der viszeralchirurgischen Versorgung in der Schweiz.» Eine verlässliche und kontinuierliche Regulierung der HSM-Viszeralchirurgie sei damit wiederholt nicht gewährleistet. «Dies muss künftig durch eine vorausschauendere Planung zwingend vermieden werden.»

Epilog

Während die SGVC zu mehr Dynamik mahnt, treten die Amtsträger auf die Bremse. Bis auf eine Empfangsbestätigung des Schreibens vom 5. Februar 2026 erhielt die SGVC bislang keine Reaktion aus dem Haus der Kantone in Bern. Die auch in einem LinkedIn-Beitrag erhobene Forderung «HSM-Zuteilung: Bitte mehr Transparenz!» bleibt daher ein frommer Wunsch. Derweil freuen sich folgende Spitäler und Kliniken über einen Oesophagus-Leistungsauftrag für (weitere) sechs Jahre:

- Hirslanden Klinik Beau-Site, Bern
- St. Claraspital Basel
- Inselspital Bern
- Kantonsspital Winterthur
- Kantonsspital St. Gallen
- CHUV Lausanne
- Hirslanden Klinik Zürich
- Stadtsipital Triemli Zürich
- Universitätsspital Zürich

Zum Fazit zitieren wir nochmals die NZZ: «Das Kantonsspital Winterthur scheint zwar einen Weg durch die Hintertür gefunden zu haben, aber es kann kaum ein Modell für alle Spitäler sein, eine Zeitlang Operationen auf eigene Rechnung durchzuführen.» Weshalb eigentlich nicht?

LinkedIn-Beitrag Medinside

«Hochspezialisierte Medizin, eigenartig zürichlastig»



Medinside

4 Monat(e) •

Hochspezialisierte Medizin HSM: Vier von zehn Zentren – in einem einzigen Kanton.
 ? Die Gesellschaft für Viszeralchirurgie **Swiss Visceral Surgeons SGVC/SSCV** fordert mehr Transparenz bei der Vergabe von Leistungsaufträgen in der hochspezialisierten Medizin. Hintergrund ist die laufende Neubeurteilung komplexer Eingriffe an Speiseröhre, Pankreas und Leber.

<https://lnkd.in/ef6hicsg>



Hochspezialisierte Medizin: Eigenartig zürichlastig

medinside.ch

Die Vergabe der HSM-Oesophagus-Leistungsaufträge warf hohe Wellen. Das Online-Portal Medinside griff das Thema auf. Auf LinkedIn, wo das Portal fast 30'000 Follower hat, gab es zahlreiche Kommentare. Wir geben zwei prominente Beispiele wieder:

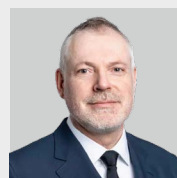
Lesen Sie den kompletten Artikel auf Medinside:



«Es mutet mehr als seltsam an, dass der fehlende Prozess für den Re-Entry bei den HSM-Fällen nun plötzlich bei einem Zürcher Spital funktioniert. In einem Kanton notabene, wo eh schon eine Überpopulation für diese Eingriffe verordnet ist. Ein Schelm wer vermutet, dass dies mit den Personen in dem erlauchten Kreis des HSM zu tun haben könnte. Nichts destotrotz herzliche Gratulation an das KSW und vielleicht geben sie uns einmal das Geheimnis weiter, wie ein Re-Entry im HSM gelingen kann.»

Adrian Schmitter

Präsident des Verwaltungsrates
der Insel Gruppe



«Wenn Seltenheit und Komplexität nach wenig nachvollziehbaren Kriterien definiert, Qualitätsdaten durch Mindestfallzahlen ersetzt und neue Entwicklungen über Jahre hinweg ausgeblendet werden, stellt sich die Frage, ob das heutige HSM-System seinen eigenen Ansprüchen noch gerecht wird. Dass gleichzeitig flexible Kooperationsmodelle kaum zugelassen werden, obwohl sie den Patienten nutzen könnten, verstärkt diesen Eindruck zusätzlich. Transparenz und Nachvollziehbarkeit sehen jedenfalls anders aus.»

Hugo Keune

CEO Kantonsspital Graubünden

PRÜFUNGEN UND SCHWERPUNKT VISZERALCHIRURGIE

27

Schwerpunktprüfungen hat die SGVC seit dem 1.7.2025 organisiert, von denen 25 Kandidatinnen und Kandidaten diese bestanden haben. Entsprechend viele Examinatorinnen und Examinatoren sowie das SGVC-Sekretariat (Organisation) standen im Einsatz, namentlich (in alphabetischer Reihenfolge):

Adamina Michel, Banz Vanessa, Beldi Guido, Breitenstein Stefan, De Lorenzi Diego, Donadini Andrea, Faes Seraina, Gass Jörn-Markus, Gelpke Hans, Grieder Felix, Gutknecht Stefan, Hahnloser Dieter, Hauswirth Fabian, Keerl Andreas, Kettelhack Christoph, Kraus Rebecca, Lehmann Kuno, Limani Përparim, Matter Maurice, Mattiello Diana, Metzger Jürg, Michel Jean-Marie, Müller Beat, Müller Markus, Nebiker Christian, Nocito Antonio, Ochsner Alex, Peterli Ralph, Petrowsky Henrik, Pfefferkorn Urs, Probst Pascal, Ris Frédéric, Rosenberg Robert, Šandera Peter, Sauvain Marc-Olivier, Schäfer Markus, Scheiwiller Andreas, Schiesser Marc, Schlüchter Roger, Schmid Roger, Schnüriger Beat, Toso Christian, Turina Matthias, Uldry Emilie, Vetter Diana, Viehl Carsten, Weber Markus, Wildi Stefan, Zingg Urs.

82

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

- 57 nach ordentlichem Verfahren
- 25 nach Übergangsbestimmungen



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.



V.l.n.r.: Prof. Dr. med. Othmar Schöb (Leiter Weiterbildungsstätte), Dr. med. Markus Gass (Experte), Dr. med. Diego De Lorenzi (Hauptexperte), **Dr. med. Liane Plath (Titelträgerin)** und Prof. Dr. med. Christoph Kettelhack (Experte).



V.l.n.r.: Prof. Dr. med. Guido Beldi (Hauptexperte), Prof. Dr. med. Frédéric Triponez (Leiter Thorax- und Endokrine Chirurgie), **Dr. med. Luzuy-Guarnero Valentine (Titelträgerin)**, Dr. med. Roger Schmid (Experte) und Prof. Dr. med. Carsten Thomas Viehl (Experte).



V.l.n.r.: PD Dr. med. Seraina Faes (Expertin), **Dr. med. Andrea Peloso (Titelträger)**, Prof. Dr. med. Maurice Matter (Experte), Prof. Dr. med. Dieter Hahnloser (Hauptexperte) und Prof. Dr. med. Christian Toso (Leiter Weiterbildungsstätte).



V.l.n.r.: Prof. Dr. med. Marc Schiesser (Experte), Prof. Dr. med. Markus K. Müller (Hauptexperte), **Dr. med. Sofia Teixeira da Cunha (Titelträgerin)**, Prof. Dr. med. Robert Rosenberg (Leiter Weiterbildungsstätte) und Dr. med. Peter Šandera (Experte).



V.l.n.r.: Prof. Dr. med. Markus Weber (Weiterbildungsstättenleiter), Dr. med. Felix Grieder (Experte), **Dr. med. Corinne Diefenbacher-Rihak (Titelträgerin)**, PD Dr. med. Diana Vetter (Hauptexpertin) und Dr. med. Andreas Keerl (Experte).



V.l.n.r.: Prof. Dr. med. Christoph Kettelhack (Experte), PD Dr. med. Diana Vetter (Hauptexpertin), **Dr. med. Juliette Sliker (Titelträgerin)**, Prof. Dr. med. Antonio Nocito (Leiter Weiterbildungsstätte) und Prof. Dr. med. Kuno Lehmann (Experte).

ES WAR EINMAL ... EIN KONGRESS IN INTERLAKEN

Nach über zwanzig gemeinsamen Jahren stellten Vertreter der Gastroenterologie und der Viszeralchirurgie fest, dass sie zwar denselben Kongress besucht hatten, aber offenbar nicht dieselbe Beziehung führten. Die nachfolgende Glosse erhebt weder Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Objektivität. Dafür erzählt sie die Geschichte von «Interlaken» so, wie sie in chirurgischer Erinnerung geblieben ist.

***Es begann wie ein Märchen:
Es war einmal ... eine schöne
Idee.***

Gastroenterologen und Viszeralchirurgen sollten sich treffen. Gemeinsam. Interdisziplinär. Auf Augenhöhe. Die einen schauten in den Darm hinein, die anderen schnitten ihn auf. Man ergänzte sich hervorragend.

Die Idee war so gut, dass aus einer gemeinsamen Session bald ein gemeinsamer Kongress wurde. Jahr für Jahr traf man sich. Der Kongress wuchs. Die Teilnehmerzahlen stiegen. Die Industrie zeigte Interesse und Präsenz. Die Abstracts wurden zahlreicher. «Interlaken» avancierte zu einem Fixtermin im Jahreskalender.

***Wir Viszeralchirurginnen und
-chirurgen fanden das grossartig.***

Also kamen wir Jahr für Jahr. Wir brachten Referenten mit. Wir brachten Preise mit. Wir verlegten unsere Mitgliederversammlung nach Interlaken.

Wir motivierten junge Kolleginnen und Kollegen zur Teilnahme. Wir machten Werbung für den Kongress. Kurz: Wir benahmen uns so, als wären wir Teil des Ganzen.

Das war offenbar unser erster Fehler. Denn irgendwann stellten die Gastroenterologen fest, dass wir tatsächlich da waren. Plötzlich war von einem «Kongress im Kongress» die Rede. Von zu vielen chirurgischen Sessions. Von zu viel chirurgischer Eigenständigkeit. Von zu viel Chirurgie überhaupt.

Wir waren überrascht.

Wenn jemand während fast zwanzig Jahre an einer Party teilnimmt, beim Aufbau hilft, Gäste mitbringt, für Musik und Stimmung sorgt und beim Aufräumen mithilft, rechnet er normalerweise nicht damit, irgendwann zu hören, er sei eigentlich bloss ein unerwartet langlebiger Gast gewesen. Geduldet statt geschätzt.

Aber genau das geschah.

Zeitleiste

● **2001**

Gründung des gemeinsamen Kongresses in Interlaken

● **2008**

Gemeinsamer Jahreskongress
SGG – SGVC – SASL

● **2021**

SGVC-Mitgliederversammlung
am gemeinsamen Kongress

● **2025**

Konflikt um Beteiligung und
Anerkennung



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR VISZERALCHIRURGIE
SOCIÉTÉ SUISSE DE CHIRURGIE VISCÉRALE
SOCIETÀ SVIZZERA DI CHIRURGIA VISCERALE
SOCIETAD SVIZRA PER CHIRURGIA VISCERALE
SWISS SOCIETY FOR VISCERAL SURGERY

Im März 2001

März
2001

Mitglieder
der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie

Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie
gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft
für Gastroenterologie und Hepatologie
25. - 27. Oktober 2001 in Interlaken

Sehr geehrte, liebe Mitglieder

Der Vorstand Ihrer Gesellschaft hat beschlossen, im Jahre 2001 kein separates Symposium mehr zu veranstalten und stattdessen unsere Jahresversammlung zusammen mit der Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie durchzuführen. Wir versprechen uns von dieser Zusammenlegung eine grössere Teilnahme aus beiden Gesellschaften, eine kompetentere Behandlung von verschiedenen interdisziplinären Themen sowie einen besseren und leichteren Zugang zu den Sponsoren.

Unsere Mitglieder sind aufgefordert, Abstracts für freie Mitteilungen und Posters anzumelden. Anmeldetermin bis 30. April 2001.

Vorprogramme und Formulare für die Abstracts können bezogen werden bei:

Scientific Congress Management SGGH
Bellerivestrasse 42, CH-8008 Zürich
Tel. 01 384 93 30, Fax 01 384 93 39
e-mail: sggh@congressorg.ch / www.congressorg.ch

Mit freundlichen kollegialen Grüssen
im Namen des Vorstands

Prof. Dr. F. Largiadèr

Im Februar 2025 erhielten wir ein Schreiben.

Darin erfuhren wir, dass wir in den vergangenen Jahren offenbar nicht Partner, sondern Nutzniesser gewesen seien. Die Gewinne des Kongresses seien eigentlich nie unsere Gewinne gewesen. Die Sponsoren eigentlich nie unsere Sponsoren. Die Erfolgsgeschichte eigentlich nie unsere gemeinsame Erfolgsgeschichte.

Besonders bemerkenswert war dabei die zeitliche Komponente: Während fast zwanzig Jahren war niemandem aufgefallen, dass dieses Modell problematisch sein könnte. Plötzlich jedoch war unsere Gewinnbeteiligung «rückblickend unverständlich».

Eine faszinierende Formulierung. Sie bedeutet ungefähr: «Wir haben es jahrelang genau so gemacht. Heute finden wir, dass wir es damals anders hätten machen sollen. Deshalb ändern wir es jetzt rückwirkend für euch.» ▶

Dezember
2024

3. Dezember 2024

SGG-SGVC-SASL-Kongress: Hotelkontingente

Sehr geehrte Frau Kaufmann

Bereits seit vielen Jahren ist die Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie Teil des SGG-SGVC-SASL-Kongress sowie des wissenschaftlichen Komitees.

Der SGG-SGVC-SASL-Kongress wurde während dieser Zeit für unsere Gesellschaft zum wichtigsten Schweizer Kongress.

(...)



**4. Februar 2025
Jahreskongress**

Sehr geehrter Herr Professor Müller
Wir wenden uns an Sie bezüglich der Organisation und der allgemeinen Rahmenbedingungen des seit Jahren gemeinsam durchgeführten Jahreskongresses. Wir möchten in diesem Schreiben einige uns wichtige Punkte und Anliegen thematisieren.

2. Finanzen

[...] De facto ergibt sich daraus eine Quersubventionierung von der SGG/SASL zugunsten der SGVC. Dass bei dieser Schieflage über Jahre trotzdem auch eine Gewinnbeteiligung an die SGVC ausgeschüttet wurde, erscheint uns **rückblickend unverständlich**.
[...]

Das war eine unerwartete Komplikation. Wir suchten nach Lösungen. Schliesslich sind wir Chirurginnen und Chirurgen. Wir operieren auch schwierige Fälle.

Also trafen wir uns.

In Bern. Im Schweizerhof. Mit Traktandenlisten. Mit umfangreichen Dokumentationen. Mit höflichen Formulierungen. Mit gemeinsamem Abendessen. Man diskutierte.

Wir erklärten, weshalb wir den Kongress immer als gemeinsames Projekt verstanden hatten. Die andere Seite erklärte, weshalb wir ihn nie als gemeinsames Projekt hätten verstehen sollen.

Wir sprachen über Zukunftsvisionen. Die andere Seite über Kostenstellen.

Wir sprachen über Interdisziplinarität. Die andere Seite über Quersubventionierung.

Wir sprachen über Partnerschaft. Die andere Seite über Hotelzimmer.

Die Hotelzimmer entwickelten sich schliesslich zum Symbol dieses Konflikts. Man hätte meinen können, wir hätten versucht, das Victoria-Jungfrau zu übernehmen. Tatsächlich ging es um eine Handvoll Zimmer für Vorstandsmitglieder und Gäste (in der Geschichte internationaler Konflikte wurden allerdings schon aus nichtigeren Anlässen grössere Auseinandersetzungen geführt).



**10. Juni 2026
Ihr Schreiben vom 2. April 2026**

[...] Der Vorstand der SGVC hat an seiner heutigen Sitzung entschieden, **die Angelegenheit nicht auf dem Rechtsweg weiterzuverfolgen**.
[...]

Wir erwarten aus diesem Grund, dass die uns noch zustehenden CHF 12 750.- im Namen unserer beiden Gesellschaften der gemeinsam wichtigen Patientenorganisation Crohn Colitis Schweiz gespendet werden.

Freundliche Grüsse
Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie

Prof. Dr. med. Markus Müller
Präsident SGVC

PD Dr. med. Diana Vetter
Vize-Präsidentin SGVC

Trotz unzähligen Divergenzen fand man einen gemeinsamen Nenner: Wir wollen es noch einmal miteinander versuchen.

Für 2026 wurde ein neues Kongressformat entwickelt. Unser Vorstandspräsidium um Markus Müller und Diana Vetter investierte viel Zeit in ein gemeinsames Programm.

Am Vorabend des Kongresses 2025 trafen sich die Vorstände der beiden Gesellschaften im Victoria-Jungfrau.

Das Gespräch dauerte kaum länger als eine Minute und kam einer kalten Dusche gleich: Ab 2026 werde es keinen gemeinsamen Kongress mehr geben, teilte man uns mit. Unser Präsident Markus Müller durfte diese Nachricht anschliessend in seiner Begrüssungsrede den eigenen Mitgliedern erklären.

Der Kongress selbst verlief danach erstaunlich harmonisch. Der eigentliche Nachschlag folgte erst später.

Nachdem wir unsere Mitglieder mobilisiert hatten, nachdem wir Referentinnen und Referenten eingeladen hatten, nachdem wir unsere Verpflichtungen erfüllt hatten, nachdem der Kongress erfolgreich durchgeführt worden war, ...

... erfuhren wir, dass unsere Gewinnbeteiligung effektiv gestrichen werden sollte.

Aus Gründen, die laufend wechselten: Mal waren es die Finanzen. Mal die

Organisation. Mal die Sponsoren. Mal die Sessions. Mal kritische Briefe von Mitgliedern. Mal Flyer. Mal Hotelzimmer. Mal die Mondkonstellation (okay, der letzte Punkt ist frei erfunden, die anderen jedoch nicht).

Man hatte gelegentlich den Eindruck, die Diagnose sei bereits gestellt worden und man suche nun lediglich noch nach den passenden Befunden.

Es folgten weitere Briefe. Und weitere Antworten. Und weitere Sitzungen. Und noch mehr Protokolle. Falls je der wissenschaftliche Beweis für die Unsterblichkeit von Papier erbracht wurde, dann vermutlich in diesem Dossier.

Schliesslich tauchte eine Kongressabrechnung auf. Sie wies einen Gewinn aus.

Nach dem bisherigen Verteilmodell hätte ein Anteil davon der SGVC zugestanden. Angeboten wurde uns die Hälfte. In der Schweiz nennt man so etwas einen Kompromiss. Vor allem dann, wenn nur eine Seite überrascht wird.

Irgendwann wurde allen Beteiligten klar, dass es längst nicht mehr um Geld ging. Nicht um Gewinnbeteiligungen. Nicht um Hotelzimmer. Nicht um Sponsoren. Nicht um Lanyards. Nicht einmal um Simultanübersetzung. Es ging um etwas Grundsätzlicheres:

Um die Frage, wem eine gemeinsame Erfolgsgeschichte gehört.

Denjenigen, die sie gegründet haben? Denjenigen, die sie organisiert haben? Oder denjenigen, die sie gemeinsam gross gemacht haben?

Wir beschlossen schliesslich, auf den Rechtsweg zu verzichten. Nicht weil wir unsere Überzeugung geändert hätten oder keine Erfolgchancen sahen. Sondern weil unsere Mitglieder lieber operieren als prozessieren. Vielleicht liegt genau darin die eigentliche Lehre dieser Geschichte.

Die Viszeralchirurgie wollte einen gemeinsamen Kongress. Die Gastroenterologie wollte einen gastroenterologischen Kongress mit chirurgischer Beteiligung.

Zwei Jahrzehnte lang hielten beide Seiten ihre Sichtweise für dieselbe Realität. Bis plötzlich jemand begann, die Fussnoten zu lesen. Was bleibt?

Die Überzeugung, dass Interdisziplinarität mehr ist als ein Programmpunkt zwischen Kaffeepause und Galadinner. Die Hoffnung, dass sich beide Fachgesellschaften eines Tages wieder stärker auf das Verbindende als auf das Trennende konzentrieren.

Denn selbst die beste Anastomose hält nur, wenn beide Seiten zusammenwachsen wollen.

SWISS VISCERAL SUMMIT: DER NEUE NATIONALE KONGRESS DER SGVC

Mit der Lancierung des Swiss Visceral Summit unternimmt die SGVC einen wichtigen Schritt zur weiteren Stärkung des Fachgebiets. Der neue nationale Jahreskongress wird erstmals am 5. November 2026 im Kultur- und Kongresshaus Aarau durchgeführt und soll sich künftig als zentrale Plattform für Wissenschaft, Weiterbildung und Vernetzung innerhalb der Schweizer Viszeralchirurgie etablieren.

Save the date
5.11.2026



Zur Anmeldung:
www.swissvisceralsummit.meister-concept.ch

Fachlicher Austausch

Die Viszeralchirurgie nimmt innerhalb der chirurgischen Disziplinen eine zunehmend bedeutende Rolle ein. Als Fachgesellschaft mit fast 550 Mitgliedern aus allen Sprachregionen und Versorgungsstufen der Schweiz verfolgt die SGVC das Ziel, die fachliche Weiterentwicklung aktiv mitzugestalten und den Austausch zwischen Klinik, Forschung und Weiterbildung zu fördern.

Der Swiss Visceral Summit vereint diese Anliegen in einem neuen Kongressformat. Das wissenschaftliche Programm bietet ein umfassendes Update zu aktuellen Entwicklungen der Viszeralchirurgie und verbindet wissenschaftliche Exzellenz mit praxisrelevanter Fortbildung. Ein besonderer Schwerpunkt liegt 2026 auf dem Themenbereich Lower GI, der im Rahmen der etablierten Schwerpunkt-Module vertieft behandelt wird. Ergänzt wird das Programm durch spezialisierte Sitzungen der Interessengruppen sowie Beiträge aus Forschung und klinischer Praxis.

Bereits für die erste Durchführung konnte die SGVC zahlreiche renommierte nationale und internationale Expertinnen und Experten als Chairs und Referierende gewinnen. Ein besonderes Highlight bildet die Keynote Lecture von Dr. Danilo Miskovic aus London, einem ausgewiesenen Experten für laparoskopische und robotische Darmchirurgie. Unter dem Titel «The Path to Full Robotics – Champagne Ideas on an NHS-Budget?» wird er aktuelle Entwicklungen und zukünftige Perspektiven der robotischen Chirurgie beleuchten.

Nachwuchsförderung

Ein wichtiger Stellenwert kommt auch der Förderung des chirurgischen Nachwuchses zu. Die besten eingereichten wissenschaftlichen Arbeiten qualifizieren sich für den Wettbewerb um den renommierten Felix-Largiadèr-Preis. Darüber hinaus werden der Poster Award der SGVC sowie ein Award der Interessengruppe Koloproktologie Schweiz verliehen. Gleichzeitig ist der Kongress als Jahreskongress im Weiterbildungsprogramm zum Schwerpunkt Viszeralchirurgie anerkannt und kann entsprechend an die geforderten Kongressteilnahmen angerechnet werden.

«Fortschritt entsteht dort, wo Wissen geteilt und Erfahrung ausgetauscht wird.»

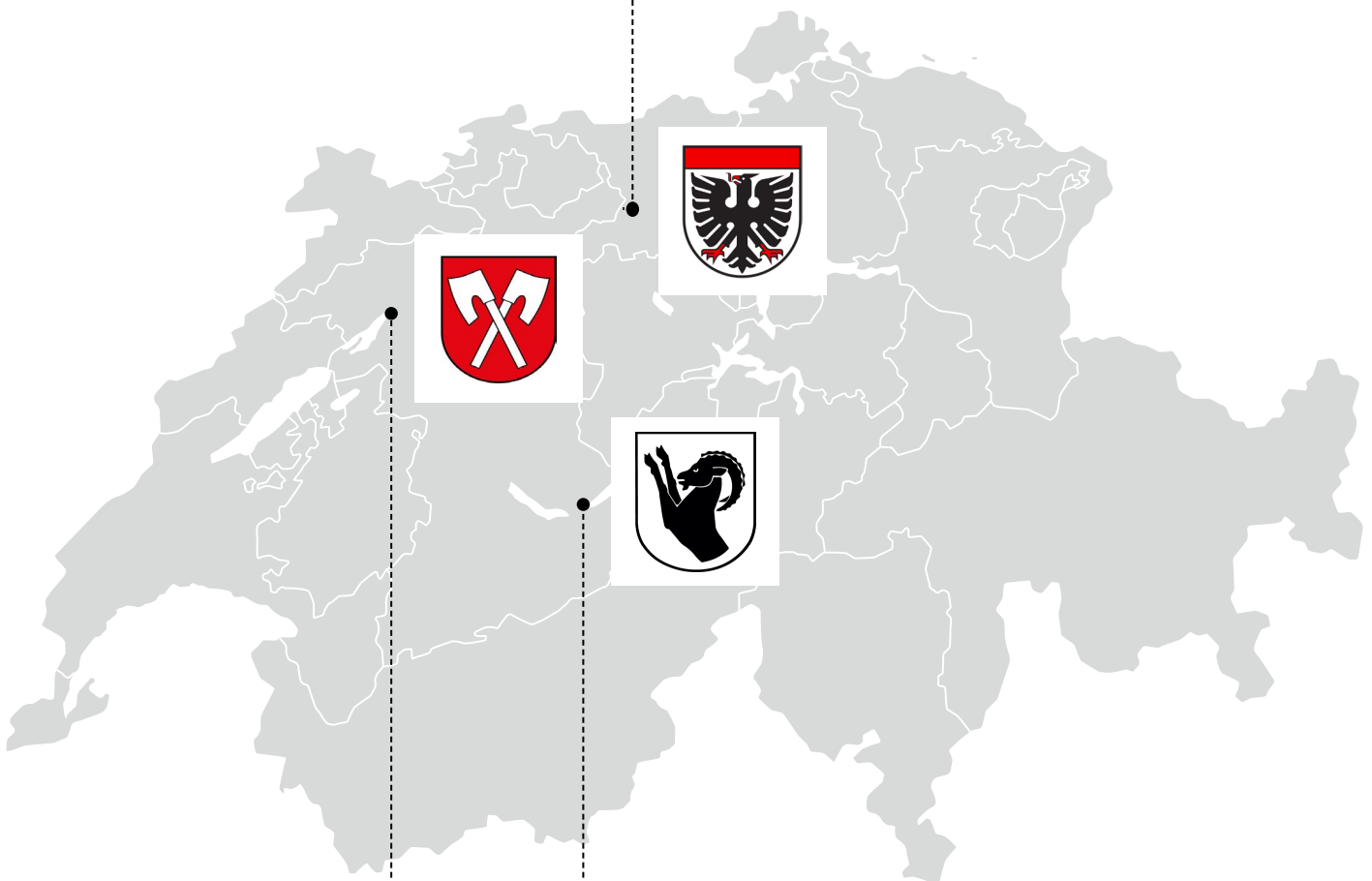
Mit dem Swiss Visceral Summit schafft die SGVC eine neue nationale Begegnungsplattform, welche die wissenschaftliche Exzellenz des Fachgebiets sichtbar macht, den fachlichen Austausch fördert und die Viszeralchirurgie in der Schweiz nachhaltig stärkt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Von Interlaken nach Aarau: Mit dem Swiss Visceral Summit lanciert die SGVC ein neues Kongressformat. 2027 wird dieser Anlass voraussichtlich in Biel/Bienne statt.

2026

Aarau



2027

Biel/Bienne (tbc)

2025

Interlaken

«MENSCHEN ZU HELFEN, IST EINE ÄUSSERST SINNSTIFTENDE ARBEIT.»



Elisabeth Baume-Schneider
Bundesrätin und Vorsteherin des
Eidgenössischen Departements des Innern (EDI)

«Patientinnen und
Patienten gehören in
den Mittelpunkt.»

Frau Bundesrätin Baume-Schneider, in der Gesundheitspolitik stehen Sie im Austausch mit zahlreichen Stakeholdern. Wie nehmen Sie die Chirurginen und Chirurgen wahr?

Ich lege grossen Wert auf einen regelmässigen Austausch mit allen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens – von Spitälern über Apotheken, Krankenkassen, Pflegefachpersonen, Pharmaindustrie sowie Ärztinnen und Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen bis hin zu Patientenorganisationen. Jede Organisation vertritt ihre Werte und setzt sich für ihre legitimen Interessen ein – das ist ein intensiver Dialog. Die Chirurginen und Chirurgen bilden hier keine Ausnahme.

In der Gesundheitspolitik drehen sich die Diskussionen häufig ums Geld respektive die Kosten. Welcher Aspekt gerät Ihrer Meinung nach deswegen zu oft vergessen?

Bei allem, was wir in der Gesundheitspolitik unternehmen, sollten wir uns fragen: Was nützt das den Patientinnen und Patienten? Sie gehören für mich in den Mittelpunkt der Diskussionen, gehen aber leider zu oft vergessen. Und wenn wir von den Kosten sprechen, sollten wir uns gleichzeitig vor Augen führen, dass unser Gesundheitssystem von hervorragender Qualität und für alle zugänglich ist – weshalb es bei der Bevölkerung auch grosses Vertrauen geniesst. Die OECD stellt fest, dass in der Schweiz neun von zehn Menschen damit zufrieden sind.

Die Forderung nach weniger Bürokratie ist in der Ärzteschaft weit verbreitet. Wo sehen Sie konkrete Ansatzpunkte, um administrative Belastungen zu reduzieren?

Genau aus diesem Grund habe ich ein entsprechendes Vorhaben lanciert – wir wollen die Gründe für den administrativen Aufwand ermitteln. Wir brauchen Transparenz, damit die verschiedenen Stakeholder Massnahmen zur Verringerung der Belastung ergreifen können. Während ich Ihre Fragen beantworte, läuft eine vom BAG koordinierte Studie zu diesem Thema. Dabei schauen Forscherinnen und Forscher den Ärztinnen und Ärzten auch über die Schulter und messen die Zeit, die für administrative Arbeit verwendet wird. Das wird nicht nur helfen, das Ausmass zu erfassen, sondern auch, um zwischen sinnvoller administrativer Arbeit und unnötiger Belastung zu unterscheiden. Es ist wichtig, dass sich die Gesundheitsfachpersonen bestmöglich um ihre Patientinnen und Patienten kümmern können.

Als Jurassierin kennen Sie die Herausforderungen von Randregionen. Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die zunehmende Zentralisierung medizinischer Leistungen, insbesondere in der hochspezialisierten Medizin (HSM)?

Die Spitalplanung fällt in die Zuständigkeit der Kantone. Ich vertraue darauf, dass sie auf regionaler Ebene sinnvolle Lösungen finden, und ich verfolge die Entwicklungen aufmerksam. Es liegt

auf der Hand, dass eine gewisse Zentralisierung der spezialisierten Medizin sowohl hinsichtlich der Qualität der medizinischen Leistungen als auch wirtschaftlich sinnvoll ist. Die Erfahrung zeigt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von Randregionen bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen eine Behandlung in Universitätskliniken oder grösseren Spitalzentren einer Behandlung in ihren lokalen Spitälern vorziehen.

Die SGVC wird ab Herbst voraussichtlich erstmals von einer Frau präsidiert. Inwiefern verändert die zunehmende Feminisierung der Medizin die Gesundheitsversorgung?

Frauen und Männer haben in der Medizin ebenso ihren Platz wie in allen anderen Berufen. Möglicherweise führt die Feminisierung zu Verbesserungen in Bezug auf die Lohngleichheit und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Ich hoffe, dass eine stärkere Vertretung von Frauen in der Medizin dazu beiträgt, geschlechtsbezogene Vorurteile zu beseitigen, die die medizinische Versorgung von Frauen auch heute noch beeinträchtigen.

Welche drei Gründe stimmen Sie zuversichtlich, dass Medizin beziehungsweise Chirurgie auch in zehn Jahren attraktive und erstrebenswerte Ausbildungswege bleiben?

Erstens bin ich überzeugt, dass die humanistischen, ethischen, wissenschaftlichen und technischen Dimensionen

des Berufs und die damit verbundene Anerkennung durch die Gesellschaft sehr nachhaltige Motivatoren sind. Menschen zu helfen, in Ihrem Fall medizinisch, ist eine äusserst sinnstiftende Arbeit – und das gewinnt in der Arbeitswelt zunehmend an Bedeutung.

Zweitens sehe ich das Engagement, mit dem Sie und die anderen Berufsverbände sich genau dafür einsetzen: dass die medizinischen Berufe attraktive Ausbildungswege bleiben. Auch die Kantons- und Bundesbehörden engagieren sich für die Wahrung eines qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems.

Drittens gehe ich davon aus, dass sich neue, attraktive Formen der Arbeitsorganisation wie Gruppenpraxen oder die Arbeit in Netzwerken durchsetzen werden, was für künftige Berufsleute auch ein Pull-Faktor sein kann.

Welche Wünsche haben Sie an die SGVC und ihre Mitglieder?

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei Ihrem Einsatz für Ihren Berufsstand – insbesondere durch Ihr Weiterbildungsangebot und Ihr Engagement für attraktive Arbeitsbedingungen. Ausserdem wünsche ich Ihnen eine erfüllende Arbeit mit Ihren Patientinnen und Patienten.

«Neue Formen der Arbeitsorganisation werden sich durchsetzen.»



**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