

SWISS

Knife



Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie
Société Suisse de Chirurgie
Società Svizzera di Chirurgia

SGC Journal SSC

Editorial



**Der neue Präsident
Rolf Schlumpf**

Politics



**Muss der Chirurg ein
Held der Arbeit sein?**

Felix Ruhl

Education



**La qualité de la
formation post-graduée
profite à la profession**

Vital Schreiber

swiss knife 2004; 3

BEXTRA® IV/IM – der einzige injizierbare COX-2 Hemmer

KRAFTVOLL WIRKEND

NEU:
ALS BEXTRA®
IV/IM
ERHÄLTlich

❖ Kraftvoll und schnell

- Wirkungseintritt nach 11 Min. spürbar¹
- 40 mg i.v. vergleichbare Wirkung wie 30 mg Ketorolac i.v.¹

❖ Typische COX-2 Vorteile

- Inzidenz für gastroduodenale Ulzera im Placebobereich²
- Einfluss auf Plättchenaggregation im Placebobereich³

Gekürzte Fachinformation Bextra® iv/im (Parecoxib)

Selektiver Cyclooxygenase-2 (COX-2) Hemmer. **Indikationen:** Kurzzeitbehandlung von postoperativen Schmerzen, wenn eine orale Therapie nicht indiziert ist. **Dosierung:** 40 mg i.v. oder i.m., anschliessend kann je nach Bedarf alle 6 bis 12 Stunden 20 mg oder 40 mg nachdosiert werden bis zu 80 mg pro Tag. Therapiedauer max. 48 Stunden. Ältere Patienten (>65 J.) mit Körpergewicht < 50 kg und Patienten mit mässiger Leberinsuffizienz (Child-Pugh Score B): Behandlung mit Vorsicht beginnen; Tageshöchstdosis: 40 mg. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoffen von Bextra iv/im, Sulfonamiden, Acetylsalicylsäure, NSAR, andere COX-2 selektive Inhibitoren; 3. Trimenon Schwangerschaft, Stillzeit; aktive peptische Ulzerationen, gastrointestinale Blutungen, entzündliche Darmerkrankungen; mittlere bis schwere Niereninsuffizienz; schwere Herzinsuffizienz; schwere Leberinsuffizienz. **Vorsichtsmassnahmen:** Vorsicht bei Dehydratation, Bluthochdruck, Wasserretention, gastrointestinales Erkrankungen, nach Bypassoperationen. Während Valdecoxib-Behandlung wurde über anaphylaktische Reaktionen und Angioödem berichtet – kann für Prodrug Parecoxib nicht ausgeschlossen werden. Postoperativ: Wundränder kontrollieren. **Häufigste unerwünschte Wirkungen:** Hypertonie, Hypotonie, Rückenschmerzen, periphere Ödeme, Hypästhesie, alveoläre Osteitis, Dyspepsie, Flatulenz, Anstieg von Kreatinin, Hypokaliämie, Agitation, Insomnie, postoperative Anämie, Pharyngitis, respiratorische Insuffizienz, Pruritus, Oligurie. **Interaktionen:** Orale Antikoagulantien, Tacrolimus, Cyclosporin, ACE-Hemmer, Diuretika, Antihypertensiva, Fluconazol, Ketoconazol, Phenytoin, Carbamazepin, Dexamethason, Rifampicin, Flecainid, Propafenon, Metoprolol, Diazepam, Imipramin, Lithium. **Verkaufskategorie:** B. **Packungen:** Stechampulle zu 20 mg; Stechampulle zu 40 mg; Stechampulle zu 40 mg und Solvensampullen zu 2 ml: 1 und 5. **Vertrieb:** Pfizer AG, Zürich. Ausführliche Angaben siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz. (25AUG03)

Referenzen: 1 Rasmussen GL et al. Intravenous Parecoxib Sodium for Acute Pain After Orthopedic Knee Surgery. Am J Orthop 2002 Jun;31(6):336-43 2 Noveck RJ et al. Parecoxib Sodium Does not Impair Platelet Function in Healthy Elderly and Non-Elderly Individuals. Clin Drug Invest 2001; 21 (7):465-476 3 Stoltz RR et al. Upper GI Mucosal Effects of Parecoxib Sodium, in Healthy Elderly subjects. Am J Gastroenterol 2002 Jan;97(1):65-71

Indikationen

Kurzzeitbehandlung postoperativer Schmerzen, wenn eine orale Therapie nicht indiziert ist

Neu
BEXTRA® IV/IM
Parecoxib Natrium zur Injektion



Pfizer AG
Schärenmoosstrasse 99
Postfach
8052 Zürich

www.bextra.ch

STARK. SCHNELL. AB 11 MINUTEN.



Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie
Société Suisse de Chirurgie
Società Svizzera di Chirurgia



Frehner Consulting AG
Unternehmensberatung für Public Relations

Herausgeber:
Schweizerische Gesellschaft für
Chirurgie SGC
Netzibodenstrasse 34
Postfach 1527
CH-4133 Pratteln
Tel. +41 (0)61 815 96 60
info@sgc-ssc.ch

in Zusammenarbeit mit
Frehner Consulting AG
Unternehmensberatung für PR
CH-9014 St. Gallen
Tel. +41 (0)71 272 60 80
info@frehner-consulting.com

Produktion:
Media Republic AG
Ihr Partner für Printprodukte
CH-9006 St. Gallen
Tel. +41 (0)71 243 05 40
info@media-republic.ch

Projektverantwortung:
Dr. Stephan Ziegler

Fotos:
Peter Ruggle
Bodo Rüedi
zVg

Inseratemarketing:
Polygon Media AG
Zürcherstrasse 170
CH-9014 St. Gallen
Tel. +41 (0)71 272 80 40
info@polygon-media.ch

Geschäftsleitung:
Natal Schnetzer

Gestaltung:
Susann Biehler

Druck:
Geisser Druck AG
9326 Horn
Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit schriftlicher Genehmigung der
Media Republic AG.

Ausgabe 2004; 3

04 | Editorial I Rolf Schlumpf, Präsident SGC

Neu gewonnene Grösse
Une nouvelle dimension

05 | Editorial II Urban Laffer, Past-Präsident SGC

Ein persönliches Schlusswort
Une conclusion personnelle

06 | Information Urban Laffer

Laudatio Mr. Chris Russell
Chairman British Journal of Surgery Society

07 | Information Jean Biaggi

Kurzinformation der Generalversammlung, SGC, Davos
Brèves informations sur l'assemblée générale, SSC, Davos

11 | Symposium Markus Furrer

Operation gelungen – wie weiter?
Intervention réussie – et ensuite?

13 | Ecke der Industrie

Prophylaxe im Operationssaal

14 | Research Innovations and Studies in Switzerland

Journal of Hepatology, British Journal of Surgery, Diseases of
the Colon and Rectum, Journal of the American College of
Surgeons

17 | Politics Felix Ruhl

Muss der Chirurg ein Held der Arbeit sein?
Le chirurgien, doit-il être un héros du travail?

20 | Education Vital Schreiber

Gute Weiterbildungsqualität nützt dem Berufsstand
*La bonne qualité de la formation post-graduée profite à la
profession*

Editors

PD Dr. med. Markus Zuber (Olten)
mzuber_ol@spital.ktso.ch
Dr. med. René Vonlanthen (Fribourg)
vonlanthen@xmail.com
Felix Ruhl (Basel)
f.ruhl@balcab.ch

Editorial Board

Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Baer (Hirslanden)
hans.baer@profbaer.ch
Dr. med. Jean Biaggi (Vorstand SGC)
jean.biaggi@bluewin.ch
Dr. med. Jean-Jacques Brugger (Neuchâtel)
jeanjacques.brugger@ne.ch
PD Dr. med. Léo Bühler (Genève)
leo.buhler@hcuge.ch
Prof. Dr. med. Philippe Gertsch (Bellinzona)
philippe.gertsch@eoc.ch
Dr. med. Ulrich Güller, MHS (Basel)
ugueller@uhbs.ch
PD Dr. med. Dominik Heim (Frutigen)
dominik.heim@spitalfmi.ch
PD Dr. med. Michael Heinzelmänn (Zürich)
michael.heinzelmänn@usz.ch
Prof. Dr. med. Hans-Beat Ris (Lausanne)
hans-beat.ris@chuv.hospvvd.ch
Dr. med. Stephan Vorburger (Bern)
stephan.vorburger@insel.ch



Neu gewonnene Grösse

Liebe Leserin, lieber Leser

Wir übernehmen die Präsidentschaft in einer bewegten Zeit. Wesentliche Änderungen der letzten Jahre, allen voran die chirurgische Spezialisierung im Rahmen der Schwerpunkte, haben nicht nur unsere Weiterbildungsprogramme verändert, sondern auch die Struktur unserer Organisation gefordert. Hinzu kommen erwartete und überraschende Entwicklungen unserer Mutterorganisation – nicht zuletzt deren Tarif-Projekt – aber auch unserer Dachorganisation UNION und ihrer Schwester FMS. Diese (nicht vollständig aufgezählten) Prozesse sind in einigen Teilen abgeschlossen, in anderen noch im vollen Gange.

Die völlig neu generierten Weiterbildungsprogramme einschliesslich der konsequenten Neueinteilung der Weiterbildungsstätten zeigen verständlicherweise noch etliche Mängel, die es in den nächsten Monaten aufzuheben gilt. Die qualitative Weiterbildung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen ist eine der Hauptaufgaben der SGC, die in Zeiten eines drohenden Chirurgenmangels mit besonderer Aufmerksamkeit und Sensibilität zu pflegen ist.

Mit den neu gebildeten Schwerpunktgesellschaften ist die SGC-Familie schlagartig und massiv gewachsen. Für den SGC-Vorstand besteht Nachholbedarf, sich der fünf Töchter in vermehrter Masse zuzuwenden und sie insbesondere hinsichtlich der Kommunikation, Geschäftsführung und Einbindung in die Entscheidungen der Muttergesellschaft besser zu berücksichtigen. Wir nehmen den entsprechenden Auftrag aus der Generalversammlung sehr ernst. Die Beschäftigung mit neuen Strukturen drängt sich auch wegen der demnächst zu erwartenden Gründung eines neuen Dachverbandes auf. Durch den Schulterchluss der vormaligen FMS und der UNION entsteht ein chirurgisch/invasiver Berufsverband, der die gemeinsamen Interessen und Ziele der partizipierenden Fachgesellschaften effizient vertreten kann.

Die Entstehung und die Arbeit dieses neuen Verbandes gilt es voll zu unterstützen. Durch die gewonnene Grösse erhalten wir ein respektables fachpolitisches Gewicht, das unsere Einflussnahme in (wenn nötig auch neben) der FMH endlich verbessert. Vom neuen Gefäss erwarten wir u.a. auch die Kontinuität bzw. Verbesserung der (vormaligen FMS-) Schlagkraft hinsichtlich der tarifpolitischen Anstrengungen. Die Task Force Tarmed der SGC ist aktuell in die Bereinigungsrunde Dignitäten 2004 involviert. Es bedarf grosser Präsenz und zäher Hartnäckigkeit, eine wesentliche Schadensbegrenzung für unseren Berufsstand und eine Perspektive für die Zukunft zu erreichen. Unsere Absicht ist es, diese Arbeiten zu unterstützen.

Natürlich gibt es viele weitere Aufgaben der SGC (u.a. Wissenschaft, Publikationsorgane, Qualitätskontrolle und CIRS, Ressourcen usw.), die uns nicht minder beschäftigen, den Rahmen dieses Editorials aber sprengen würden. Die SGC darf vom Strom der rasanten Entwicklungen nicht einfach getrieben werden, vielmehr ist es unsere Aufgabe, die Fahrt unter Wahrung unserer Unabhängigkeit gezielt zu lenken. Dies alles wird nur möglich sein durch den Zusammenhalt sowohl in der SGC wie im kommenden Dachverband. Für die bevorstehende arbeits- und herausforderungsreiche Präsidentschaft werde ich unterstützt durch einen erfahrenen und tragkräftigen Vorstand, Generalsekretär und die Geschäftsstelle. Ich werde aber auch getragen durch das Vertrauen der Mitglieder und sehe Ihrem Kontakt, Ihrer Kritik und Ihren Vorschlägen mit grossem Interesse entgegen.

Rolf Schlumpf Präsident SGC



Une nouvelle dimension

Chère lectrice, cher lecteur,

Nous prenons en charge la présidence dans une période troublée. Les changements importants survenus ces dernières années, en premier lieu la spécialisation chirurgicale dans le cadre des formations approfondies, n'ont pas seulement modifié notre programme de formation post-graduée, mais aussi mis la structure de notre organisation à rude épreuve. S'y ajoutent les évolutions à la fois attendues et surprenantes de notre organisation mère, notamment son projet concernant les tarifs, mais aussi celles de notre organisation faitière, l'UNION, et de sa filiale, la FMS. Ces processus (que l'on ne saurait tous citer) sont pour partie arrivés à terme, pour partie encore en cours.

Les programmes de formation post-graduée entièrement refondus – y compris la nouvelle répartition des lieux de formation post-graduée qui en découle – présentent encore, bien entendu, de nombreux défauts qu'il conviendra de corriger au cours des prochains mois. La formation post-graduée qualitative de nos jeunes collègues est l'une des principales missions de la SSC qu'il convient, à une époque où le manque de chirurgiens se fait menaçant, d'assurer avec une attention et une sensibilité particulières.

Avec les sociétés représentant les formations approfondies nouvellement créées, la famille de la SSC a brusquement et massivement grandi. Pour le directoire de la SSC, il s'agit de combler le retard, de se consacrer davantage aux cinq filiales en les prenant mieux en compte, en particulier du point de vue de la communication, de la gestion et de leur implication dans les décisions de la société mère. Nous prenons très au sérieux la mission qui nous a été confiée par l'assemblée générale. Réfléchir à de nouvelles structures s'impose également, en raison de la fondation d'une nouvelle organisation faitière, attendue dans un avenir proche. Le rapprochement de l'ancienne FMS et de l'UNION est à l'origine d'une organisation professionnelle destinée aux chirurgiens et aux praticiens opérant en traumatologie qui soit capable de représenter efficacement les intérêts et les objectifs communs des sociétés chirurgicales qui la composent.

Il s'agit de soutenir pleinement la création et le travail de cette nouvelle association. En prenant une nouvelle dimension, nous gagnons un poids politique respectable qui améliore enfin notre influence dans (et si nécessaire aussi en dehors de) la FMH. Nous attendons également entre autres de cette nouvelle structure qu'elle continue à faire preuve, en l'améliorant, de la combativité qui était celle de l'ancienne FMS dans ses efforts en matière de politique des tarifs. Actuellement, la taskforce Tarmed de la SSC est impliquée dans les négociations 2004 sur la question de la valeur intrinsèque. Parvenir à une limitation substantielle des dégâts pour notre profession et à des perspectives d'avenir nécessite une forte présence et une grande ténacité. Il est dans notre intention de soutenir ces travaux.

Bien entendu, la SSC a de nombreuses autres missions (notamment s'intéresser aux aspects scientifiques, aux organes de publications, au contrôle qualité et au CIRS, aux ressources etc.) qui nous préoccupent tout autant, mais dont l'évocation sortirait du cadre de cet éditorial. La SSC ne doit pas seulement se laisser porter par le courant de ces évolutions rapides, notre mission consiste au contraire à tenir résolument le cap qui est le nôtre en veillant à préserver notre indépendance. Tout cela ne pourra se faire qu'en faisant jouer la solidarité, aussi bien au sein de la SSC que dans la future organisation faitière. Pour exercer ce mandat de président, qui s'annonce riche de travail et de défis, je suis assisté par un directoire expérimenté et efficace, un secrétaire général et le personnel du siège. Toutefois, je suis également porté par la confiance que m'accordent les adhérents et j'attends avec le plus grand intérêt vos prises de contact, vos critiques et vos propositions.

Rolf Schlumpf, président de la SSC

Ein persönliches Schlusswort *Une conclusion personnelle*

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen

Ein sehr erfolgreicher Jahreskongress, zum zweiten Mal gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie, liegt hinter uns. Ohne die grossartige Zusammenarbeit zwischen den beiden Gesellschaften, ohne die aufwändige Arbeit der Schwerpunktgesellschaften und der einzelnen Gruppierungen, ohne den Aufwand jedes einzelnen Referenten, ohne die professionelle Tätigkeit der Kongressorganisation und ohne Ihre aktive Teilnahme am Kongress könnten wir nicht mit Stolz und Freude auf die Tage in Davos zurückblicken. Als eine meiner letzten Amtshandlungen als Präsident der SGC, möchte ich mich bei allen bedanken, die zu diesem Erfolg beigetragen haben.

Zwei Jahre sind genug – sowohl in Bezug auf die zeitlichen und physischen, aber auch die psychischen Anforderungen. Zwei Jahre sind zu wenig, um all das umzusetzen, was man sich vorgenommen hat. Die nicht erreichten Ziele – wie zum Beispiel die bessere Integration der Schwerpunktgesellschaften und die definitive Gründung des „Neuen Dachverbandes“ – sind es, die am Ende einer Amtszeit im Vordergrund stehen und nicht all das, was bewegt und umgesetzt werden konnte.

Im Wissen, etwas Anspruchsvolles und Herausforderndes auf mich zu nehmen, habe ich mich auf dieses Amt gefreut. Dabei habe ich zu wenig beachtet, wie schwer es sein wird, es allen Recht zu machen, wie belastend es sein kann, wenn Entscheide auf Unverständnis stossen oder gar ungewollt verletzen. Einige dieser belastenden Situationen konnten im einvernehmlichen Gespräch und in gegenseitigem Verständnis gelöst werden. Für die Bereinigung anderer fehlte die (Amts)Zeit und von anderen wusste ich vielleicht gar nichts.

Erfolgreiche Teamarbeit

Alles in allem blicke ich trotzdem mit Genugtuung auf die vergangenen zwei Jahre zurück. Ich habe in dieser Zeit viel gelernt und durfte vieles realisieren. Taten – vor allem die guten und erfolgreichen – werden oft mit dem amtierenden Präsidenten verknüpft und man vergisst zu schnell, dass hinter ihm ein Team von Vorstandsmitgliedern, Ressortleitern, Arbeitsgruppen, Geschäftsstelle und Schwerpunktgesellschaften steht, welches letztendlich erst Erfolge ermöglicht. Ihnen allen und ganz besonders den Kollegen des Vorstandes und unserem Generalsekretär, möchte ich meinen grossen Dank aussprechen, denn nur ihre selbstlose, zeitintensive und loyale Arbeit macht einen Präsidenten erfolgreich.

Mein herzliches Dankeschön gilt aber auch jenen Mitgliedern unserer Gesellschaft, die mit konstruktiver Kritik, Worten der Anerkennung oder sogar mit einem Lob die Arbeit erleichtert und lohnenswert gemacht haben.

Dass dieses wichtige Elixier auch meinem Nachfolger in reichlichem Masse zufließen möge, wünsche ich Prof. Rolf Schlumpf von ganzem Herzen und dazu viel Glück und Erfolg in der Umsetzung seiner Ziele. Sicher sind noch ein paar jener dabei, die umzusetzen meine Zeit nicht gereicht hat!



Urban Laffer, Past President der SGC

Chères consœurs, chers confrères,

Le congrès annuel qui vient de s'achever, organisé pour la deuxième fois en collaboration avec la Société Suisse de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire, a été une très grande réussite. Sans l'exemplaire collaboration entre les deux Sociétés, sans les efforts considérables des Sociétés assurant des formations approfondies et ceux des différents groupements, sans la grande implication de chacun des conférenciers, sans les prestations professionnelles des organisateurs du congrès et sans votre participation active à ce dernier, nous ne pourrions pas évoquer avec fierté et satisfaction ces journées passées ensemble à Davos. Dans le cadre d'une de mes dernières interventions officielles en tant que président de la SSC, je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué à cette réussite.

Tant pour le corps que pour l'esprit, deux ans, c'est assez. Mais deux ans, c'est trop peu pour réaliser tous ses projets. Au moment de dresser le bilan de la fin d'un mandat, on retient les objectifs qui n'ont pas été atteints – comme par exemple l'amélioration de l'intégration des sociétés assurant des formations approfondies et la fondation définitive de la «nouvelle organisation faitière» – et non tout ce qui a pu être réalisé et mis en œuvre.

Conscient d'avoir à accomplir une mission exigeante et riche de défis, j'ai pourtant accepté avec plaisir d'exercer ce mandat. Ce faisant, je n'ai pas suffisamment mesuré la difficulté qu'il y aurait à ne léser personne, et j'ai pu constater combien il était pénible de voir que ses décisions se heurtaient à l'incompréhension, ou même qu'elles étaient ressenties comme blessantes, sans que bien sûr je l'aie voulu. Quelques-uns de ces délicats problèmes ont pu être résolus d'un commun accord grâce à la compréhension de chacun. La durée de mon mandat ne m'a pas laissé le temps d'en résoudre d'autres et, pour certains, peut-être n'étais-je même pas au courant de leur existence.

L'aboutissement d'un travail d'équipe

Tout compte fait, rétrospectivement, je suis cependant satisfait des deux années écoulées. Pendant cette période, j'ai beaucoup appris et j'ai pu réaliser beaucoup. Les actes – en particulier ceux qui se sont avérés judicieux ou ceux qui se sont soldés par une réussite – sont fréquemment associés au président en exercice et on oublie trop vite qu'il y a derrière lui une équipe constituée de membres du directoire, de chefs de secteurs, de groupes de travail, de personnels du siège et de sociétés assurant des formations approfondies, et que c'est d'abord cette équipe qui, en définitive, rend la réussite possible. Je voudrais tous les remercier, et en particulier mes collègues du directoire et notre secrétaire général, car sans leur travail désintéressé, intensif et loyal, il n'y aurait pas de réussite possible pour un président.

Mais je tiens aussi à remercier bien sincèrement les membres de notre société qui, par leurs critiques constructives, leurs témoignages de reconnaissance, voire leurs éloges, ont facilité mon travail et montré qu'ils en appréciaient la valeur.

J'espère de tout cœur que mon successeur, le Professeur Rolf Schlumpf, bénéficiera lui aussi de ce puissant élixir, et je lui souhaite beaucoup de chance et de réussite dans la réalisation de ses objectifs. Parmi eux il y en a certainement encore quelques-uns que je n'ai pas eu le temps d'atteindre au cours de mon mandat!

Urban Laffer, ancien président de la SSC



Laudatio Mr. Chris Russell Chairman British Journal of Surgery Society

Sir Chris Russell is a leading figure in the world of surgery, pancreatic surgery and publishing. He was born in Aberdeen, Scotland. He did his surgical training in London mostly at the Middlesex Hospital with rotations in several hospitals in and outside London. He is currently a consultant at the Middlesex Hospital and has just completed a 8 year period as chairman of the board of the BJS Society.

Chris Russell has given much effort to the BJS and has greatly contributed to the success of the journal. He started his work for the BJS in 1976 as an assistant editor. He also served at that time as an editorial secretary for the Surgical Research Society. In 1986 he was appointed joint editor with Sir David Carter. In 1996, he was elected chairman of the board, and leads the council of the BJS Society for 8 year. His newly elected successor is Sir N.J.Mcc Mortensen.

Without Chris Russell, the joint venture for our Society with the BJS Society would simply not have been possible. In a few months when we had to make a hard decision about the future of Swiss Surgery, we developed unprecedented, productive and friendly negotiation with Chris Russell to contemplate the pos-

sibility of a joint venture. A few years ago Chris Russell had a vision to convert the BJS, a top but still British journal, to the European surgical journal able to compete at the highest level with the American counterparts. As a convincing ambassador of the Journal he gained the confidence of Scandinavia and the European Journal of Surgery, and then the Netherlands to join the BJS.

As a major task the diplomat Chris Russell then worked on us to consider the European adventure. Convince the Swiss to join any larger consortium is like asking a mouse to date an elephant. Chris not only succeeded but he did it in a period of only 2 months by offering a package that enabled us to keep our identity while being part of a leading Journal. Our initial experience with the BJS has been outstanding, and therefore it was only logical and certainly a great honour for us to propose to Chris Russell for honorary membership in our Society. Chris, I would like to thank for all you did for our Society, and to accept our invitation. In the name of the council and all members from the Swiss Society of Surgery, I would like to welcome you as one of us.

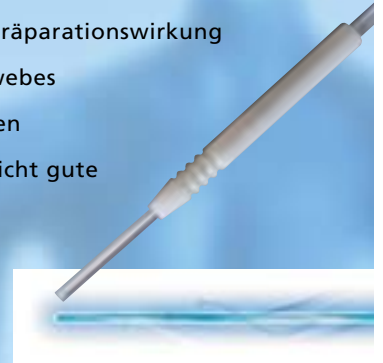
Urban Laffer

ERBE HELIX HYDRO-JET®

DIE SELEKTIVE PRÄZISION DES WASSERSTRAHLS – FÜR SCHONENDE DISSEKTION UND PRÄPARATION, MIT BREITEM ANWENDUNGS-SPEKTRUM



- ⊕ Breites, indikationsspezifisches Anwendungsspektrum
- ⊕ Hohe Gewebeselektivität
- ⊕ Präzise, punktgenaue Dissektions- und Präparationswirkung
- ⊕ Keine Schädigung des umliegenden Gewebes
- ⊕ Organerhaltendes chirurgisches Verfahren
- ⊕ Effektive integrierte Absaugung ermöglicht gute Sicht auf das OP-Feld
- ⊕ Minimierte Blutung
- ⊕ Verkürzte OP-Zeit



DELTAMED-ERBE AG • Fröschenweidstrasse 10 • CH-8404 Winterthur
Telefon 052/233 37 27 • Fax 052/233 33 01 • Sales@deltamed.ch

ERBE

Perfektion, die dem Menschen dient

Kurzinfos aus der Generalversammlung der SGC vom 25. Juni 2004 in Davos

Brèves informations sur l'assemblée générale de la SSC, tenue le 25 juin 2004 en Davos

Einstimmige Annahme des Finanzberichts und Rechnung 2003

Das Vermögen beträgt per Ende 2003 CHF 416.629.–

Approbation unanime du rapport financier et des comptes 2003

Fin 2003, l'actif se montait à CHF 416.629.–

Budget 2005 und Jahresbeiträge 2005

Budget 2005 et cotisations annuelles 2005

Entgegen der in der Urabstimmung vorgesehenen Jahresgebühr für Aktivmitglieder von CHF 200.– für den Dachverband wurde diese aufgrund der Zustimmung aller anderen beteiligten Fachgesellschaften auch für die SGC auf CHF 250.– angehoben.

Unter Miteinbezug eines Jahresbeitrags von Fr. 250.– an die neue Dachorganisation werden folgende Jahresbeiträge für das Jahr 2005 vorgeschlagen:

Les cotisations annuelles suivantes pour l'année 2005 – cotisation annuelle de Fr. 250.– à la nouvelle organisation faite comprise – sont approuvées:

- | | | |
|--|-----|---------|
| • Jahresbeitrag SGC für ordentliche und zugewandte Mitglieder (inklusive BJS CHF 120.- & Beitrag an Dachverband CHF 250.-) | CHF | 700.– |
| • Jahresbeitrag Juniormitglieder (ohne BJS) | CHF | 100.– |
| • Juristische Personen | CHF | 5'000.– |

Alle vorgeschlagenen Jahresbeiträge, inklusive die Erhöhung des Beitrags an den neuen Dachverband auf CHF 250.–, wurden einstimmig genehmigt.

- | | | |
|---|-----|---------|
| • Cotisation annuelle à la SSC pour les membres ordinaires et associés (y compris l'abonnement au BJS CHF 120.– et la cotisation de CHF 250.– à l'organisation faite) | CHF | 700.– |
| • Cotisation annuelle des membres juniors (sans abonnement au BJS) | CHF | 100.– |
| • Personnes morales | CHF | 5'000.– |

Wahlen in den Vorstand / Elections au directoire

Neuwahlen / Nouveaux élus

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| a) Beisitzer (Ersatz A. Marx): | Jacques-Alain Witzig, Genf | einstimmige Annahme |
| b) Beisitzer (Ersatz J.-Cl. Givel): | Michel Erne, Yverdon | einstimmige Annahme |
| c) Präsident: | Rolf Schlumpf, Aarau | einstimmige Annahme |
| d) Vize-Präsident: | Michael Heberer, Basel | Annahme mit einer Gegenstimme |

Wiederwahlen / Membres réélus

- | | | |
|---------------------|-----------------------------------|---------------------|
| e) Generalsekretär: | Jean Biaggi, Bern | einstimmige Annahme |
| f) Beisitzer | Pierre-Alain Clavier, Zürich | einstimmige Annahme |
| | Christian Ryf, Davos | einstimmige Annahme |
| | Othmar Schöb, Zürich | einstimmige Annahme |
| g) Kontrollstelle: | Firma Weidinger und Partner, Chur | einstimmige Annahme |

Ehrenmitglieder / Membres d'honneur

- Dr. Christian Klaiber, Aarberg
- Christopher Russell, London
- Prof. Dr. med. Claude Verdan, Cully

Info: TARMED/Dignitäten (Ressortverantwortlicher J.A. Witzig)

- Bereinigung der Dignitäten
- Korrektur inadäquater Tarmed-Positionen

Elektronische Kommunikation

Die Generalversammlung ermächtigt den Vorstand einstimmig die Anfrage und Verwaltung der E-Mail Adressen aller Mitglieder vorzunehmen, um die Mitglieder über wichtige Geschäfte auf elektronischem Weg orientieren zu können.

Info aus dem Ressort Berufsbildung (Ressortverantwortlicher Ch. Ryf)

vordringliche Bereinigung der Einteilungskriterien

Swiss Surgical Team

Beat Kehrer, Kinderchirurg, stellt die Aktivitäten des Swiss Surgical Teams in der Mongolei vor und wirbt um erfahrene Chirurgen, die bereit sind, einen Einsatz in der Mongolei zu leisten.

Jahreskongress 2005

Der Jahreskongress 2005 findet vom 8. bis 10. Juni in Zürich statt. Folgende Hauptthemen wurden einstimmig genehmigt:

Congrès annuel 2005

Le congrès annuel 2005 aura lieu à Zurich du 8 au 10 juin.

- Komplikations-Management in der Chirurgie
- Umgang mit chirurgischen Fehlern

Antrag der Aargauer Chirurgen betr. Fortbildung

Der Antrag der Aargauer Chirurgen, die Limitierung der in § 6.5 in der Fortbildungsordnung festgehaltenen Maximalpunktzahl (40 bis anhin) für Kongresse, Kurse und Symposien aufzuheben und durch „unlimitiert“ zu ersetzen, wurde einstimmig angenommen.

Antrag SGVC zur Änderung der SGC-Statuten und der Geschäftsordnung

Nach Darstellung des Antrags der SGVC und des Gegenantrags der SGC beschloss die Generalversammlung mit 53 Ja-Stimmen und 16 Nein-Stimmen, den vom SGC Präsidenten formulierten Kompromissvorschlag anzunehmen. Dieser sieht vor, dass eine Arbeitsgruppe neu bis 1. April einen bereinigten Vorschlag vorzulegen hat, welcher zu einer Statutenänderung führen wird. Ziel ist es, die Schwerpunktgesellschaften verbindlich besser zu integrieren. Der SGC-Vorstand informiert, dass er zudem die SP-Gesellschaften an seiner Klausurtagung vom 27./28. August anhören wird.

Varia

Die GV bestätigt folgende Fortbildungsveranstaltungen als offizielle SGC-Fortbildungen:

- 8. Bieler Fortbildungstage der SGAUC vom 16./17. August 2004 und
- Berner Chirurgie-Tag vom 5. November 2004

Dr. med. Jean Biaggi, SGC Generalsekretär

Videothek der SGC

Die Arbeitsgruppe Videothek der SGC freut sich, Ihnen mitzuteilen, dass seit Juni 2004 die Videothek der SGC digital im Internet angeboten wird (www.video-sgc-ssc.ch). Die Abonnementsgebühr beträgt zurzeit für dieses Jahr wie bisher Fr. 100.–. Durch das neue System entfällt der umständliche Versand, so dass Sie nach Bezahlung der Abonnementsgebühr (einmalig pro Jahr pro Institution mit Passworterteilung) die Filme unmittelbar betrachten können. Das Angebot wird laufend erweitert. Ab 2005 gehen wir von einem Jahresabonnement von Fr. 150 für Praxisärzte und Spitäler der Kategorie D, von Fr. 250 für Spitäler der Kategorien B und C und von Fr. 500 für Spitäler der Kategorie A aus.

Die Einrichtung der Videothek SGC im Internet wurde ermöglicht durch grosszügiges Sponsoring der Firmen Astra/Zeneca und Tyco Health Care. Bei dieser Gelegenheit möchten wir uns bei diesen Firmen für ihre Unterstützung herzlich bedanken.

PD Dr. med. P. Vogelbach

Optimaler Schutz für Patient und Anwender

durch das

Doppel-Handschuh- System



rasche

ERFASSUNG *von bis zu*

97% *aller*

Perforationen

Biogel® Indicator™



Biogel®

Handel und Vertrieb:

REGENT MEDICAL
Eine Division der
SSL Healthcare Schweiz AG
Sternenhofstrasse 15a
CH-4153 Reinach

Telefon: 061 7169020
Telefax: 061 7169038
E-Mail: regent.medical.ch@ssl-international.com

Website: www.regentmedical.com

Regent-Logo, Biogel und Indicator sind Warenzeichen der

SSL International p

Anlässlich des 2. Gemeinsamen Jahreskongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (SGC) und der Schweizerischen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie (SGTHG) vom 23. - 25. Juni 2004 in Davos wurden folgende wissenschaftliche Preise vergeben:

Preis **gesponsert**
Preis der SGC SGC CHF 10'000.-

D. Dindo, M.K. Muller, M. Weber, P.-A. Clavien (Zürich)
Obesity in general elective surgery
Lancet 2003; 361: 2032-35

Preis der SGTHG SGTHG CHF 10'000.-

S. Frese F. Pirmia, D. Miescher, S. Krajewski, M.M. Corner, J.C. Reed, R.A. Schmid (Bern)
[Sensitivierung für Rezeptor-vermittelten Zelltod (Apoptose) beim nicht-kleinzelligen Bronchuskarzinom]
PG490-mediated sensitisation of lung cancer to Apo2L/TRIAL-induced apoptosis requires activation of ERK2
Oncogene 2003; 22: 5427-5435

British Journal of Surgery Prize British Journal of Surgery Society £ 500.-

B. Bosch, U. Guller, A. Schnider, R. Maurer, F. Harder, U. Metzger, W.R. Marti (Basel / Zürich)
Perioperative detection of disseminated tumour cells is an independent prognostic factor in patients with colorectal cancer Br J Surg 2003; 90: 882-888

Felix Largiadèr Preis der SGVC SGC CHF 5'000.-

R. Rosenthal, R. Peterli, M.O. Guenin, B. Kern, P. Tondelli, M. von Flüe, C. Ackermann (Basel)
Would you undergo surgery again? Long-term results after laparoscopic fundoplication

Posterpreise der SGVC SGC Total CHF 5'000.-

1. F. Grieder, H. Gelpke, M. Decurtins (Winterthur)
Umbilical hernia: is the operation without a mesh graft still adequate?
2. F. Dahm, M. Weber, M. Selzner, L. McCormack, P.A. Clavien (Zurich)
Laparoscopic liver resections: Experience in 13 cases
3. Ph. Bisang, T. Clerici, J. Lange (St. Gallen)
Langzeitresultate der videoendoskopischen Oesophago-Diverticulostomie beim Zenkerschen Divertikel

Forschungspreis der SGC (Transplantation) Fa. Johnson & Johnson Medical CHF 2'000.-

G. Mai, Th. Nguyen, Ph. Morel, D. Trono, L. Bühler (Genève)
Treatment of fulminant liver failure by transplantation of microencapsulated primary or immortalized xenogeneic hepatocytes

Forschungspreis der SGC (Onkologie/Inflammation) Fa. Johnson & Johnson Medical CHF 2'000.-

P. Stahel, O. Schmidt, C.E. Heyde, W. Ertel (Berlin)
TNF-mediated regulation of intracranial IL-18 in traumatic brain injury: a clinical and experimental study

Forschungspreis der SGC (Poster) Fa. Johnson & Johnson Medical CHF 1'000.-

G. Beldi, A. Keogh, S. Bisch-Knaden, P. Studer, D. Storka, D. Candinas, D. Inderbitzin (Bern)
The effect of hematopoietic growth factors on survival in a novel surgical small for size liver remnant mouse model

Posterpreis SGAUC Fa. Johnson & Johnson Medical CHF 3'000.-

X. Delgadillo, M. Gonzalez, M. Merlini (La Chaux-de-Fonds)
La nodule de sœur Mary Joseph

Posterpreis SGTHG Fa. Johnson & Johnson Medical CHF 3'000.-

T. Wolff, L. Gürke, T. Eugster, P. Stierli (Aarau/Basel)
When the legs depend on the internal thoracic artery

Videopreis der SGC Fa. AstraZeneca & Tyco Healthcare CHF 3'000.-

B.P. Müller-Stich, A. Zerz, G. Linke, J. Lange (St. Gallen)

BASIC SCIENCE WRITING COURSE

The Research Section of the Swiss Surgical Society (RS-SSS)

will be organizing a retreat to teach interested members theoretical and practical aspects of how to write a good scientific manuscript. The course will alternate formal lectures on various aspects of scientific writing and tutorial sessions with practical exercises to analyse published papers.

The course will be moderated by:

Abe FINGERHUT, MD (Centre Hospitalier de Poissy St-Germain, France)

John MURIE, MD (Editor-in-Chief, British Journal of Surgery)

Leo BÜHLER, MD (University Hospital Geneva, Switzerland)

Ulrich GÜLLER, MD, MHS (University Hospital Basel, Switzerland)

Date: Thursday, November 25th to Saturday, November 27th, 2004

Place: Hotel Uto Kulm****, Uetliberg, Zurich, Switzerland,

Language: English

Registration fee (including hotel****, all meals, and course material):

- For registrants working in a hospital which financially supports the RS-SSS, the fee will be 800.- CHF
- For all other registrants, the fee will be 1200.- CHF

This course is accepted as post-graduate training by the Swiss Surgical Society (24 rating points) and is limited to 30 participants.

Registration deadline: October 31st, 2004

Further information:

Ulrich GÜLLER, MD, MHS University Hospital Basel - Department of Surgery, Spitalstr. 21, CH-4031 Basel, Switzerland
e-mail: uguller@yahoo.com

Leo BÜHLER, MD
University Hospital Geneva - Department of Surgery, Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Geneva 14, Switzerland
e-mail: leo.buhler@hcuge.ch

Registration:

Mrs Christine WIDMER
Telephone ++41 22 372.76.98
Fax ++41 22 372.76.89
e-mail: christine.WidmerDeNadai@hcuge.ch

Termine

14th World Congress of the International Association of Surgeons and Gastroenterologists (IASG) in Zurich, Switzerland, September 9-12, 2004; Kongresshaus Zurich, Claridenstrasse 5, CH-8022 Zurich, Switzerland; Organisation: Professeur P.-A. Clavien, Dr. M. Schäfer. Tel: 01 255 23 00. Internet: www.iasg2004.ch

2. Symposium Romand de Transplantation: Transplantation hépatique

Jeudi 23 septembre 2004, de 14.00 à 18.00. Hôtel et Centre de Congrès La Longeraie, Morges. Organisation: Professeur G. Mentha (tél. 022 / 372 76 07), Prof. Ph. Morel. Reconnu pour 7 points par la SSC

Wyeth Symposium: Islet Transplantation and Immunosuppression Minimization

Vendredi 29 octobre 2004, de 9.00 à 18.00. University of Geneva, School of Medicine. Organisation: Dr. L. Bühler (tél. 022 / 372 76 98), Prof. Ph. Morel. Reconnu pour 7 points par la SSC

Laudatio für Adrian Leutenegger

In der eigentlichen Verabschiedungssitzung von Adrian Leutenegger würdigten vorerst Jochen Hasse und Felix Harder die Entwicklungen in der Thorax- und Viszeralchirurgie. Walter Weder stellte neue thoraxchirurgische Trends vor und Daniel Candinas wagte einen Blick in die Zukunft des Spannungsfeldes der fachlichen Subspezialisierung in der gegenwärtigen Schweizer Spitallandschaft. Thomas Rüedi ging auf die Entwicklungen innerhalb und ausserhalb der AO ein und Othmar Trentz zeigte mögliche Zukunftsszenarien im Bereiche der Unfallchirurgie auf.

Rolf Schlumpfs Ausführungen galten anschliessend den Auswirkungen der genannten Trends auf die Weiter- und Fortbildung in der Chirurgie. Zuletzt erhielt Adrian Leutenegger nochmals Gelegenheit über seine reichlichen Erfahrungen zu berichten, die er während seiner fast 40jährigen chirurgischen Laufbahn gewann. Er liess es sich nicht nehmen, auch unguete Entwicklungen der letzten Jahre, vor allem die zunehmende Reglementierung und Ökonomisierung in der chirurgischen Tätigkeit aufzuzeigen, welche ihm im Gegensatz zur unerreichbar schönen ärztlich-chirurgischen Tätigkeit den Wechsel in den neuen Lebensabschnitt erleichtern würde.

Interview

In der nächsten Ausgabe von *swiss knife* folgt ein ausführliches Interview mit Adrian Leutenegger.

Generationen-Wechsel in Chur nun definitiv vollzogen

Thomas Rüedi und Adrian Leutenegger haben fast ein Vierteljahrhundert Geschichte am Kantonsspital Chur geschrieben. 1979 wurde Rüedi mit seinem damaligen Stellvertreter Leutenegger unter recht turbulenten Umständen nach Chur berufen. Es gelang ihnen mit vorgelebter Disziplin und höchstem persönlichen Engagement, Ruhe nach zwei kurz hintereinander erfolgten Chefarztwechseln einkehren zu lassen und eine eigentliche Chirurgische Schule aufzubauen, aus welcher zahlreiche Oberärzte hervorgingen, welche zu Chef- oder Leitenden Ärzten an andere Häuser gewählt wurden.

Drei ihrer ehemaligen Schüler hat es wieder nach Chur zurückgezogen: Christoph Sommer, der seine chirurgische Weiterbildung in England und bei Prof. Trentz in Zürich komplettiert hatte, leitet als Co-Chefarzt die Unfallchirurgie, Peter Villiger als neuer Co-Chefarzt Viszeralchirurgie war nebst einigen Churer Oberarztjahren in Aarau, Monaco, Genf und Edmonton/Kanada tätig. Markus Furrer war mehrere Jahre als Oberarzt an der Gefäss- und Thoraxchirurgie des Inselspitals Bern engagiert und profitierte von einem Aufenthalt am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York. Er steht als Departementsleiter der Chirurgie vor und betreut fachlich die Gefäss- und Thoraxchirurgie einschliesslich der nicht direkt organbezogenen onkologischen Chirurgie.

Alle drei Chefärzte vertreten sich gegenseitig im Hintergrunddienst, was die chirurgische Basisversorgung anbelangt, fördern aber bewusst die Schwerpunktsweiterbildung, indem auch bereits auf Stufe Oberarzt eine klare Subspezialisierung zu erkennen ist, welche zusätzlich Fachbereichsstellvertretungen ermöglichen.

Eloge d'Adrian Leutenegger

Durant la séance d'adieu à Adrian Leutenegger, Jochen Hasse et Felix Harder ont tout d'abord rendu hommage aux développements de la chirurgie thoracique et viscérale. Walter Weder a présenté les nouvelles tendances en chirurgie thoracique et Daniel Candinas a porté un regard sur l'avenir de la problématique de la sous-spécialisation dans le paysage hospitalier suisse contemporain. Thomas Rüedi s'est penché sur les évolutions au sein même et à l'extérieur de l'AO et Othmar Trentz a esquissé des scénarios futurs possibles dans le domaine de la traumatologie.

Rolf Schlumpf s'est interrogé sur les conséquences des tendances citées sur la formation post-graduée et continue en chirurgie. Enfin, Adrian Leutenegger a eu encore une fois l'occasion de parler de sa longue expérience acquise durant ses 40 ans de carrière. Il ne s'est pas empêché de citer également les évolutions moins positives des dernières années, et de souligner en particulier l'aspect de plus en plus réglementaire et économique de l'activité chirurgicale, qui contrairement à la belle activité utopique de médecin-chirurgien, lui a permis de tourner plus facilement une page de sa vie.

Interview

Dans la prochaine édition de *swiss knife*, vous trouverez une interview complète avec Adrian Leutenegger.

Le changement de génération est désormais accompli à Coire

Thomas Rüedi et Adrian Leutenegger ont écrit l'histoire de près d'un quart de siècle de l'hôpital cantonal de Coire. En 1979, Rüedi et son adjoint de l'époque Leutenegger ont été appelés à Coire durant une période agitée. Ils ont réussi, grâce à une discipline exemplaire et à un engagement personnel profond, à ramener le calme à la suite de deux changements successifs de médecins-chefs, et à construire une véritable école de chirurgie qui a formé de nombreux chefs de clinique, leur permettant par la suite de prendre des positions de médecins-chefs ou de chefs de service dans d'autres hôpitaux.

Trois de leurs anciens élèves sont revenus à Coire: Christoph Sommer, qui a complété sa formation post-graduée en Angleterre et chez le Pr. Trentz à Zurich, dirige le département de traumatologie en tant que co-médecin-chef, tandis que Peter Villiger, nouveau co-médecin-chef du département de chirurgie viscérale, a, outre les quelques années à Coire en tant que chef de clinique, également travaillé à Aarau, Monaco, Genève et Edmonton (Canada). Markus Furrer a rempli pendant plusieurs années les fonctions de chef de clinique dans le service de chirurgie vasculaire et thoracique de l'Inselspital à Berne et a également profité d'un séjour au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center à New York. Il dirige le service de chirurgie et s'occupe de la chirurgie vasculaire et thoracique ainsi que de la chirurgie oncologique qui n'est pas directement liée aux organes.

Les trois médecins-chefs se remplacent dans le rôle de supervision pour les soins chirurgicaux de base; ils encouragent délibérément les formations approfondies avec spécialisation, dans la mesure où l'on observe déjà au niveau de la position de chef de clinique une sous-spécialisation claire, qui permet en outre d'assurer les suppléances dans les services spécialistes.

Konzentrierte Atmosphäre: Ein Blick ins Publikum beim
1. Ostschweizer Chirurgie-Symposium
*Ambiance concentrée: vue des participants au
1er Symposium de Chirurgie de Suisse orientale*



Prophylaxe im Operationssaal

Doppelhandschuhe mit Indikatorfunktion schützen Chirurgen vor Infektionen.

Chirurgen sind beim Operieren einer nicht zu unterschätzenden Infektionsgefahr ausgesetzt. Handschuhe können bei invasiven Eingriffen perforiert werden, ohne dass der Chirurg dies bemerkt. Einen wirksamen Schutz bieten Doppelhandschuhe mit Indikatorfunktion, die eine visuelle Kontrolle erlauben.

Bei diesen Produkten ist der innen getragene, also auf der Haut liegende Handschuh grün eingefärbt, der äussere Handschuh dagegen transparent. Bilden sich im äusseren Handschuh Perforationen, kommt es zu einem dunkelgrünen, gut sichtbaren Farbumschlag. Diese Indikatorfunktion gewährleistet, dass nahezu alle Perforationen optisch erkennbar sind und der Handschuh rasch gewechselt werden kann. So entsteht ein hervorragender Schutz gegen Blutkontakt und z. B. gegen die Übertragung von Hepatitis-Viren oder HIV.

Operationshandschuhe können bei der Anwendung scharfer chirurgischer Instrumente, bei kräftigen Handgriffen oder bei der Arbeit direkt am Knochen leicht


beschädigt werden, ohne dass der Chirurg die teilweise okkulten Perforationen sofort bemerkt. Die Perforationsraten hängen von Art und Dauer der Operationen ab und können, etwa bei Hüftoperationen, einen Wert von bis zu 90 Prozent erreichen.

Eine Studie der Universität Wuppertal hat gezeigt, dass bei Herzoperationen mehr als ein Viertel aller benutzten Handschuhe perforiert waren. Am häufigsten davon betroffen ist der Zeigefinger der nichtdominanten Hand. Auch das OP-Personal kann beim Anreichen von Instrumenten gefährdet sein.

In den USA sind doppelte OP-Handschuhe bereits sehr häufig etabliert. In Europa wurde bislang der Einwand vorgebracht, der Tastsinn könnte durch die zweite Latexschicht beeinträchtigt werden. Dem Two-point-discrimination-Test hält diese Behauptung allerdings nicht stand: Bei Probanden konnte bei doppelten Handschuhsystemen kein verändertes Tastempfinden festgestellt werden, so dass zumindest Operationen, die keine spezielle Feinmotorik erfordern, ohne Nachteil durchgeführt werden können.

Ansonsten handelt es sich in aller Regel um einen nach kurzer Zeit erfolgten Gewöhnungseffekt auf Seiten des Handschuhträgers.

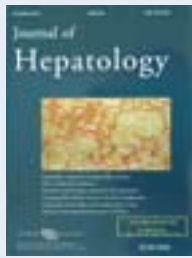


 Produkte von **smith&nephew** für die Chirurgie und die moderne Wundheilung unterstützen Ärzte und Pflegepersonal bei ihrer täglichen Aufgabe, das Leben von Menschen zu verbessern. Darauf sind wir stolz.

Smith & Nephew AG
Glutz Blotzheim-Strasse 1
4502 Solothurn

T 032 624 56 60
F 032 624 56 81
swiss.info@smith-nephew.com, www.smith-nephew.ch

Innovations and Studies in Switzerland



Journal of Hepatology

Effect of vascular endothelial growth factor on functional recovery after hepatectomy in lean and obese mice

Redaelli CA, Semela D, Carrick FE, Ledermann M, Candinas D, Sauter B, Dufour JF
Department of Visceral and Transplantation Surgery, University of Berne, Switzerland

Background: Liver regeneration is dependent upon coordinated proliferation of hepatocytes and endothelial cells. Vascular endothelial growth factor (VEGF) promotes angiogenesis. Hepatic steatosis delays regeneration and increases liver resection morbidity. We hypothesized that VEGF overexpression stimulates hepatic regeneration.

Methods: Recombinant adenovirus expressing human VEGF165 or adenovirus control-vector (LacZ) were administered before 2/3 hepatectomy in lean and ob/ob mice. Galactose elimination capacity, a quantitative liver function test, was repeatedly measured before and after hepatectomy. Expression of VEGF receptors (flt1, flk1), endoglin and hypoxia inducible factor-1alpha (HIF-1alpha) was assessed by quantitative RT-PCR and for endoglin also by immunohistochemistry.

Results: After 2/3 hepatectomy, VEGF gene transfer increased galactose elimination capacity in lean and ob/ob mice. HIF-1alpha, endoglin and VEGF receptor mRNA increased during regeneration in lean but not in obese mice. Staining of endothelial cells by endoglin immunohistochemistry returned to baseline reactivity in lean mice by day 6 and remained decreased in ob/ob mice. VEGF treatment decreased HIF-1alpha and increased flk1 response in lean mice.

Conclusions: Hepatic resection elicits an angiogenic response in the remnant liver, which is impaired in case of steatosis. Adenovirus-mediated transfer of VEGF hastens functional hepatic recovery in lean, and more importantly also, in obese mice after partial hepatectomy.

J Hepatol 2004; 40: 305-312



British Journal of Surgery

Curative resection is the single most important factor determining outcome in patients with pancreatic adenocarcinoma

Wagner M, Redaelli C, Lietz M, Seiler CA, Friess H, Buchler MW
Department of Visceral and Transplantation Surgery, University of Berne, Switzerland

Background: Mortality rates associated with pancreatic resection for cancer have steadily decreased with time, but improvements in long-term survival are less clear. This prospective study evaluated risk factors for survival after resection for pancreatic adenocarcinoma.

Methods: Data from 366 consecutive patients recorded prospectively between November 1993 and September 2001 were analysed using univariate and multivariate models.

Results: Fifty-eight patients (15.8 per cent) underwent surgical exploration only, 97 patients (26.5 per cent) underwent palliative bypass surgery and 211 patients (57.7 per cent) resection for pancreatic adenocarcinoma. Stage I disease was present in 9.0 per cent, stage II in 18.0 per cent, stage III in 68.7 per cent and stage IV in 4.3 per cent of patients who underwent resection. Resection was curative (R0) in 75.8 per cent of patients. Procedures included pylorus-preserving Whipple resection (41.2 per cent), classical Whipple resection (37.0 per cent), left pancreatic resection (13.7 per cent) and total pancreatectomy (8.1 per cent). The in-hospital mortality and cumulative morbidity rates were 2.8 and 44.1 per cent respectively. The overall actuarial 5-year survival rate was 19.8 per cent after resection. Survival was better after curative resection (R0) (24.2 per cent) and in lymph-node negative patients (31.6 per cent). A Cox proportional hazards survival analysis indicated that curative resection was the most powerful independent predictor of long-term survival.

Conclusions: Resection for pancreatic adenocarcinoma can be performed safely. The overall survival rate is determined by the radicality of resection. Patients deemed fit for surgery who have no radiological signs of distant metastasis should undergo surgical exploration. Resection should follow if there is a reasonable likelihood that an R0 resection can be obtained.

British Journal of Surgery Society Ltd.

IF (2003) 5.283

Br J Surg 2004; 91: 586-594

IF (2003) 3.772





Diseases of the Colon and Rectum

Proximal location of colorectal cancer is a risk factor for the development of subsequent cancers: A population-based study

Gervaz P, Bucher P, Sermier A, Huber O, Mentha G, Morel Ph
Department of Visceral Surgery, University Hospital Geneva, Switzerland

Background: Microsatellite instability (MSI) has been recently identified as a molecular marker for multiple colorectal cancer (CRC). MSI-positive sporadic CRC is predominantly located in the proximal colon. This study was undertaken to assess : 1) the incidence of multiple primary CRC and 2) the incidence of extracolonic cancers in relation with the location (proximal or distal to the splenic flexure) of the initial CRC.

Methods: Population-based study, using a cancer registry database to identify patients diagnosed with colorectal adenocarcinoma between 1970 and 1999. FAP and HNPCC cases were excluded as well as non-epithelial tumours. Location of the first tumour was established according to ICD-02 classification. The registry covers a population of 400,000 residents.

Results: 5,126 patients presented with a first sporadic adenocarcinoma of the colon or rectum during this period of time. 1,762 cancers (33%) were located proximal to the splenic flexure. 120 second primary CRC were observed in this population (2.3%). The risk for developing a second primary CRC was significantly higher in patients having their initial tumour located in the proximal colon (3.3% vs. 1.8%, $p < 0.001$). The risk for each segment of the colon was as follows: caecum 3.3%; right colon 3.0%; transverse 3.7%; left colon 2.8%; sigmoid 1.7%; and rectum 1.8%. In addition, the risk for developing a second, extracolonic cancer was also higher for patients with proximal tumours (12.7% Vs. 10.0%, $p = 0.004$).

Conclusions: Patients presenting with a first cancer of the proximal colon are at higher risk for developing multiple CRC. The risk for developing subsequent extra-colic tumours is also increased. These epidemiological data, along with the well-established increasing incidence of proximal tumours in various populations, justify the separate reporting of colon cancer according to location proximal or distal to the splenic flexure.

Dis Col Rect 2004;

in print IF (2003) 2.343 J Am Coll Surg. 2004; 198: 441-458

IF (2003) 2.07



Journal of the American College of Surgeons

Interpreting Statistics in Medical Literature - A *Vademecum* for Surgeons

¹Guller U, ²DeLong ER, PhD
¹Department of Surgery, Divisions of General Surgery and Surgical Research, University Hospital Basel, Switzerland
²Department of Biostatistics and Bioinformatics, Duke University Medical Center, Durham, NC/USA

For most of its history, the practice of medicine has been a profoundly empirical enterprise. While this empiricism continues by necessity to exist in the clinical environment, the advent of scientifically rigorous epidemiology has transformed medical research in the 20th century.

The driving force behind the maturation of an epidemiological approach to medicine has been the incorporation of statistical analysis in modern medical research, a practice that has become almost mandatory in past decades. Sound statistical methods are essential to medical science, as they transform ambiguous raw data into meaningful results. However, current trends toward evidence-based medicine can only flourish in a culture of statistical literacy. Such a culture requires physicians who are equipped with the necessary knowledge and skills to critically and accurately interpret statistical data.

This manuscript provides a series of non-technical explanations of basic statistical operations in medicine, such as p-values, 95% confidence intervals, standard deviation, odds ratio, number needed to treat, multiple comparisons, Kaplan-Meier survival curves, confounding, and multivariable analysis. These basic concepts of biostatistics are coupled with intuitive examples drawn from the field of surgery. It is hoped that this *Vademecum* will facilitate the surgeon's critical appraisal of medical literature and its implementation in clinical practice.





GENERATOR 300
LongShears

ULTRACISION
HARMONIC SCALPEL

EXTEND YOUR REACH!
New LongShears 45cm



ETHICON ENDO-SURGERY
a *Johnson & Johnson* company

TRANSFORMING
PATIENT CARE
THROUGH
INNOVATION

Muss der Chirurg ein Held der Arbeit sein?

Die gesetzlich vorgeschriebene Beschränkung der ärztlichen Arbeitszeit kollidiert mit dem tradierten Bild vom Chirurgen und den Anforderungen der Facharztprüfung. Mediziner diskutierten darüber am SGC-Kongress in Davos.

Felix Ruhl

Die neuen Bestimmungen über die Arbeitszeiten für Assistenzärzte konterkarieren in vielen Spitälern die Bemühungen der jungen Chirurgen, sich in der vorgeschriebenen Zeit von sechs Jahren angesichts eines qualitativ wie quantitativ anspruchsvollen Programms zum Facharzt weiterzubilden.

Dieser Problematik widmete sich eine Hauptsitzung am 2. Gemeinsamen Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie. In den Reden junger und arrivierter Ärzte stiessen konträre Meinungen zur Bewältigung des Konflikts aufeinander und machten auch einen grundsätzlichen Dissens zwischen den Ärztegenerationen deutlich.

Übermüdung, höhere Fehlerquote und nachlassende Effizienz

Für Vital Schreiber (Olten), der kurz vor seiner Facharztprüfung steht, stellte sich die Frage, ob eine adäquate chirurgische Ausbildung zeitlich überhaupt noch möglich sei. Seine Antwort sowie die Beschreibung der Zustände, die er im Gesundheitswesen vorfindet, fielen negativ aus. Angesichts von Dienstzeiten von bis zu 70 Stunden fehle die Zeit zur Weiterbildung.

Dem kolportierten Bild vom „Chirurgen als Arbeitshelden“ stellte Schreiber eine Studie gegenüber, aus der hervorging, dass eine exzessive Anhäufung von Überzeit zu Übermüdung, einer höheren Fehlerquote und nachlassender Effizienz führe. Um die Qualität der Weiterbildung zu sichern, schlug er Massnahmen zur Qualitätsmessung vor, darunter eine Revision der Arbeitsabläufe, etwa eine Trennung von Stationsarbeit und Facharbeit und eine klare und überprüfbare Definition von Weiterbildungsstellen. Von spezieller Bedeutung sei es, dass die Weiterbildung zur Chefsache erklärt werde.

Fatale Entwicklung

Bei Vertretern der älteren Generation riefen diese Darstellung der Zustände und der Forderungskatalog Widerspruch hervor. Der emeritierte Ernst Kern (Würzburg) forderte vom Ärztestand eine Hingabe an den Beruf, der über gesetzliche Bestimmungen weit hinauszugehen habe, sei doch „die Zeit, die der

Arzt mit dem Patienten verbringt, das wichtigste Heilmittel.“ Eine fundierte Beobachtung von Krankheitsbildern sei im geregelten Schichtdienst nicht möglich. „Fatal“ sei die Entwicklung im Gesundheitswesen zu mehr Bürokratisierung, Mechanisierung, Entindividualisierung und Kommerzialisierung.

In der Rhetorik weniger scharf, in der Sache aber ähnlich fiel die Bewertung des ebenfalls bereits emeritierten Bernhard Nachbur (Ittingen) aus, der konstatierte, eine Verkürzung der Arbeitszeit ginge auf Kosten der Patienten sowie der Bemühungen um Lehre und Forschung. Als unerlässlich erachtet er, dass der Patient bis zum Spitalaustritt von einem Arzt, zu dem er Vertrauen entwickeln könne, kontinuierlich betreut werde.

Suche nach dem Mittelweg

Rolf Schlumpf (Aarau) vertrat zwischen den extremen Ansichten einen Mittelweg, indem er zwar konzedierte, eine Umsetzung der 50 Stunden-Woche erschwere den angehenden Fachärzten, den Prüfungskatalog, etwa die geforderte Zahl von Operationen, zu erfüllen. Schlumpf skizzierte aber auch Ansätze, den Konflikt zu entschärfen. Denkbar seien etwa eine Reduktion des administrativen Anteils an der Arbeitszeit, organisatorische Anpassungen oder eine Reduktion der Weiterbildungsstellen, um mehr Operationen pro Kandidat zu ermöglichen sowie eine stärkere Selektion bei der Zulassung zur Facharztprüfung.

In der anschliessenden Podiumsdiskussion unter Leitung von Matthias Rothmund (Marburg) und Etienne Wenzel (Feldkirch) traten die konträren Ansichten, die vor allem unterschiedliche Berufsbilder in den verschiedenen Generationen offenbarten, noch einmal aufeinander. Ein Weg zur Lösung war nicht unmittelbar in Sicht, dürfte doch die Forderung nach neuen Arztstellen genauso obsolet sein wie die Aussicht, dass Patienten länger auf Operationen warten müssten.

Arbeitsgesetz

Der Bundesrat will die Arbeitsbedingungen der Schweizer Assistenzärzte verbessern und diese Gruppe dem Arbeitsgesetz unterstellen. Dieses Ziel geht auf eine parlamentarische Initiative von Nationalrat Marc Suter zurück, der unhaltbare Zustände bei den Arbeits- und Ruhezeiten ausgemacht hatte. Der Bundesrat konstatierte ebenfalls chronische Überbelastung und kritisierte, dass sich aufgrund der starken Einbindung der Assistenzärzte in den Spitalbetrieb der „Anteil der effektiven Weiterbildung ein Minimum reduziert“ habe. Die Kantone Zürich und Bern haben die Arbeitszeiten der Assistenzärzte seit Anfang 2004 auf 50 Stunden pro Woche verkürzt. Nach einer Übergangsfrist soll eine adäquate Regelung ab 1. Januar 2005 schweizweit in Kraft treten.



Le chirurgien doit-il être un héros du travail?

La limitation du temps de travail des médecins, voulue par la loi, est incompatible avec l'image traditionnelle du chirurgien et avec les exigences de l'examen de spécialiste. Des médecins ont examiné ce sujet au congrès SSC à Davos

Felix Ruhl

Dans de nombreux hôpitaux, compte tenu d'un programme exigeant tant du point de vue de la qualité que de celui de la quantité, les nouvelles dispositions concernant le temps de travail des médecins-assistants contrebalancent les efforts consentis par les jeunes chirurgiens pour mener à bien, dans le temps imparti de six ans, la formation post-graduée leur permettant de devenir médecins spécialistes.

Une séance principale consacrée à cette problématique s'est tenue pendant le 2ème congrès commun annuel de la Société Suisse de Chirurgie et de la Société Suisse de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire. Leurs opinions sur la manière de résoudre le conflit étant contradictoires, jeunes médecins et praticiens confirmés ont tenu des discours opposés, révélant aussi nettement à cette occasion les divergences fondamentales existant entre les générations de médecins.

Epuisement, taux d'erreurs plus élevé et efficacité moindre

Pour Vital Schreiber (Olten), qui s'apprête à passer son examen de spécialiste, se posait la question de savoir si au fond, à l'heure actuelle, il était encore possible de suivre une formation chirurgicale appropriée. Sa réponse, étayée par la description des situations auxquelles il s'est trouvé confronté dans le domaine de la santé publique, a été négative. Dans des semaines pouvant comporter jusqu'à 70 heures de travail, il ne reste plus de temps pour la formation post-graduée.

M. Schreiber a opposé au cliché du «chirurgien, héros du travail» une étude dont il ressort qu'une accumulation excessive d'heures de travail conduit à l'épuisement, à un taux d'erreurs plus élevé et à une efficacité moindre. Pour garantir la qualité de la formation post-graduée, il a proposé des mesures permettant de chiffrer la qualité, parmi lesquelles une modification de l'organisation du travail – par exemple une séparation entre travail dans le service et travail de spécialité – ainsi qu'une définition claire et vérifiable des lieux de formation post-graduée. Il est particulièrement important que la formation post-graduée soit reconnue comme indispensable.

Evolution fatale

Chez les représentants des générations antérieures, cette présentation de la situation et le cahier de doléances qui l'accompagnait ont déclenché des réac-

tions d'opposition. Pour le médecin retraité Ernst Kern (Würzburg), la profession médicale doit s'exercer avec un dévouement qui aille largement au-delà des dispositions légales car «le temps que le médecin passe avec le patient est le meilleur des remèdes.» En travaillant par roulement régulier, il n'est pas possible d'observer valablement le tableau clinique. Dans le domaine de la santé publique, l'évolution vers plus de bureaucratisation, de mécanisation, de dépersonnalisation et de logique commerciale est «fatale».

Un peu moins sévère quant à la forme, mais semblable quant au fond, était l'avis exprimé par Bernhard Nachbur (Ittingen), lui aussi déjà à la retraite, qui constatait qu'une réduction du temps de travail s'effectuerait aux dépens des patients et des efforts consentis pour l'enseignement et la recherche. Il estime indispensable que le patient soit suivi en permanence, jusqu'à sa sortie de l'hôpital, par un médecin en qui il puisse avoir confiance.

La recherche du compromis

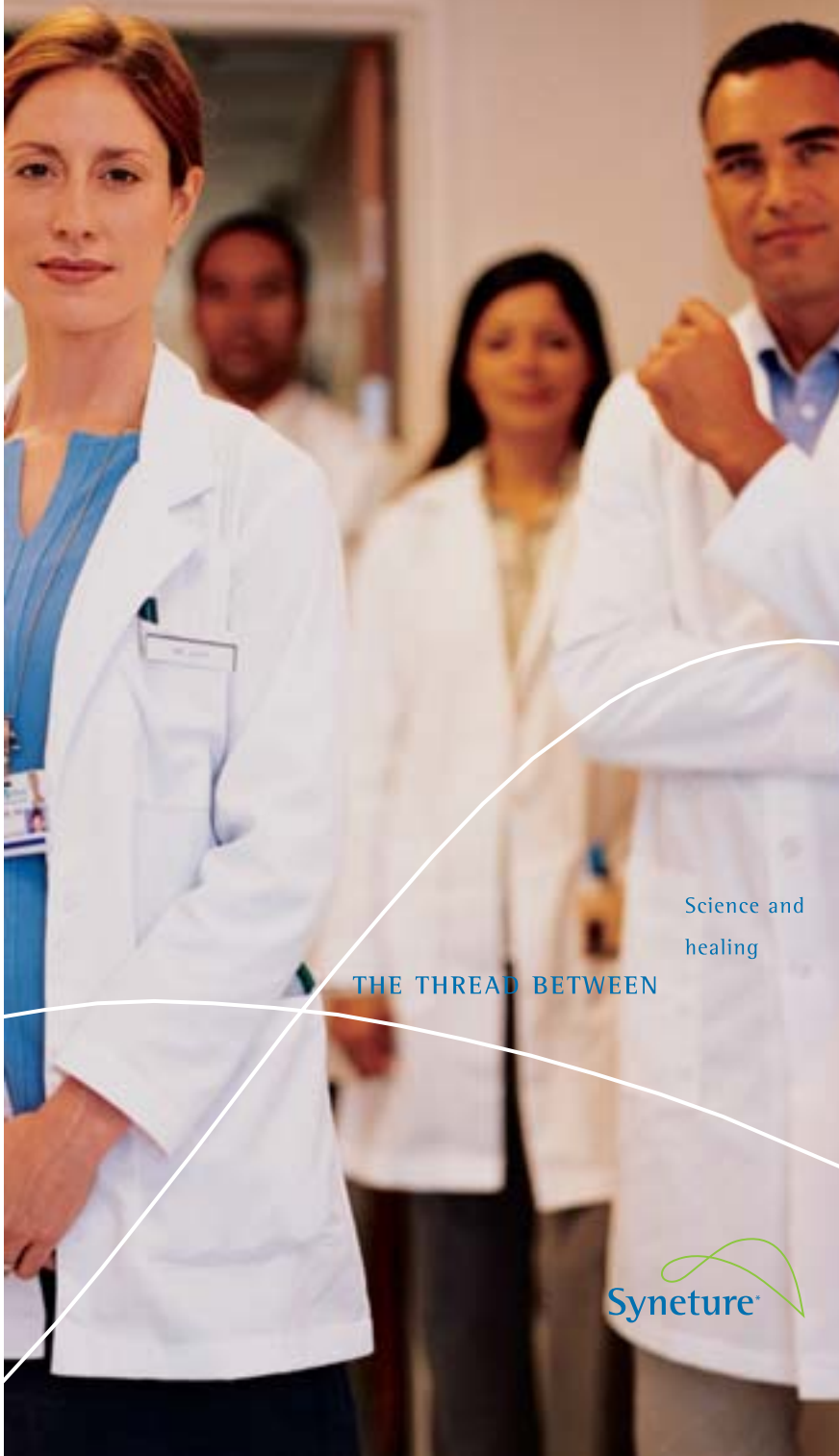
Entre ces points de vue extrêmes, Rolf Schlumpf (Aarau) proposait un compromis tout en concédant qu'avec le passage à la semaine de 50 heures les futurs médecins spécialistes auraient plus de difficultés pour satisfaire à toutes les épreuves de l'examen, par exemple pour réaliser le nombre d'opérations exigé. Toutefois, M. Schlumpf a ébauché des approches propres à désamorcer le conflit. On pourrait par exemple envisager une diminution des tâches administratives entrant dans le temps de travail, des adaptations organisationnelles ou une réduction des lieux de formation post-graduée afin que chaque candidat puisse effectuer davantage d'opérations, de même qu'une sélection plus stricte pour autoriser à passer l'examen de spécialiste.

Lors de la table ronde qui a suivi, dirigée par Matthias Rothmund (Marburg) et Etienne Wenzel (Feldkirch), ces opinions contradictoires, révélant surtout les images différentes de la profession que se font les diverses générations de médecins, se sont encore une fois opposées. Aucune solution n'était en vue à brève échéance, même si la revendication de nouveaux postes de médecins pouvait apparaître aussi dépassée que la perspective pour les patients de devoir attendre plus longtemps pour être opérés.

Loi sur le travail

Le Conseil fédéral souhaite améliorer les conditions de travail des médecins-assistants suisses et faire relever ce groupe de la loi sur le travail. Cet objectif fait suite à une initiative parlementaire du conseiller national Marc Suter, qui avait constaté des situations intolérables en ce qui concerne les temps de travail et de repos. Le Conseil fédéral a également noté une surcharge de travail chronique et il a critiqué le fait que, compte tenu du rôle important joué par les médecins-assistants dans le fonctionnement des hôpitaux, la «part de formation post-graduée effective ait été réduite au strict minimum.» Depuis le début de l'année 2004, les cantons de Zurich et de Berne ont ramené le temps de travail des médecins-assistants à 50 heures par semaine. Après une période transitoire, une réglementation appropriée doit entrer en vigueur dans toute la Suisse à partir du 1er janvier 2005.





Science and
healing

THE THREAD BETWEEN



The Syneture Philosophy

Do what's right for the patient.

Respect and collaborate with our customers.

Bring transformational technology to the marketplace.

Accomplish our goals with talented and passionate people.

Gute Weiterbildungsqualität nützt dem Berufsstand

Die Umsetzung des Arbeitsgesetzes schafft Raum für Reformen

Zusammenfassung des Abschnittes Weiterbildungsqualität aus dem Vortrag am SGC-Kongress 2004, Davos
Vital Schreiber, vischreiber_ol@spital.ktso.ch

Das Ziel unserer Weiterbildungscurricula ist die Erlangung eines Facharzt- oder Schwerpunkttitels. Gemeinsam zu definieren, welche Art von Fachärzten wir wollen und wie wir diese weiterbilden möchten, bleibt schwierig und umstritten. Ein Facharzt soll nicht nur Kompetenzträger von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sein, welche sich in der selbstständigen Ausübung diagnostischer und therapeutischer Massnahmen niederschlagen.

Er sollte auch Verstand beziehungsweise zuletzt gemäss Barnett¹ zu einer „Dialog suchenden Weisheit“ gelangen, welche zusätzlich Selbstkritik, soziale Kompetenz und einen hinterfragenden Geist verlangt. Unser derzeitiges Arbeitsumfeld fordert zudem zunehmend Wirtschafts- und Führungseigenschaften. Die Weiterbildung (WB) sollte verschiedene Sinneseindrücke vernetzen und neu erlangtes Wissen mit Bekanntem verbinden können. Sie bedarf hoher Aufmerksamkeit und Konzentration, was wiederum Erholungsphasen bedingt.

Regelmässige Wiederholungen verbessern die Weiterbildungsqualität. Die Weiterbildung ist zeit-, personal- und kostenintensiv. Die medizinische Weiterbildung bedarf der Patienten. Diese stellen sich nur noch für diskret, rasch und kompetent ausgeführte Weiterbildungen zur Verfügung.

Nutzen der Weiterbildung

Die Tätigkeit des Weiterbildungners ist anstrengend, da er die Qualität der ärztlichen Handlung mit einer guten Instruktion verbinden muss und weil sie repetitiv ist. Mit zunehmender Ermüdung und über die Jahre hinweg nimmt die Motivation weiterzubilden ab – zumal sie bis jetzt immer noch nicht honoriert wird. Zur Zeit bringt regelmässige und gute Weiterbildungstätigkeit einen Kaderarzt seinen Karrierezielen in keiner Weise näher. Dennoch muss endlich erkannt werden, dass auf vielen Ebenen von einer guten WB-Struktur profitiert wird. Kurzfristig und bis zum Anstellungsende des Weiterzubildenden profitiert der Betrieb von guten WB-Strukturen: Der Mitarbeiter wird rasch effizienter. Dies kommt auch dem Leistungsauftrag des Chefarztes entgegen.

Die Klinikführung kann darüber hinaus mittelfristig durch die Anstellung eines seiner gut weitergebildeten ehemaligen Assistenzärzten als Oberarzt einen effizienten Mitarbeiter zurückgewinnen. Langfristig gewinnt der Berufsstand der Chirurgen. Effizient ausgebildete, international kompatible und kompetente junge Chirurgen vertreten den Stand nach aussen besser, sind international konkurrenzfähig und können vereint mit der älteren Chirurgengeneration unsere Ansichten und Bedürfnisse glaubwürdiger vertreten und uns vor politischer Ingression schützen. Der (Familien-) Geist der Chirurgie wird wiederbelebt und geschützt, wozu wir bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von René Leriche aufgefordert wurden².

Eine leistungsorientierte und effiziente WB ermöglicht zudem dem Berufsstand, seinen Nachwuchs zu selektionieren und innerhalb der gesetzlichen Vorgaben Leistung zu verlangen. Und somit dem drohenden Beamtengeist entgegenzuwirken. Eine positiv erlebte WB bewirkt darüber hinaus einen positiven Regelkreis, denn sie motiviert zukünftige Weiterbildungner.

Beurteilung der Weiterbildungsqualität

Um die Weiterbildung zu fördern, sollten wir deren Qualität messen können, was schwierig ist. Bisher wurde meist deren Produkt, bzw. ein Teil davon, nämlich das Wissen des Selbstständigkeit und seine Fertigkeitenentwicklung messen. Eine Messmethode, welche Vergleiche erlaubt, ist das OSCE (Objective Structured Clinical Examination)^{3,4}.

Mit Hilfe der OSCE wurden Weiterbildungsmethoden gemessen: Gegenüber der weit verbreiteten Art, sich selbstständig und durch die tägliche Arbeit weiterzubilden, zeigte das SCIM (Structured Clinical Instruction Module) eine pro Zeiteinheit effektivere und länger währende Weiterbildungsart. Dabei wird während drei bis vier Stunden anhand von 15-minütigen Modulen mit Tutoren und Patienten ein Subgebiet gelehrt. Diese Module sind standardisiert aufgebaut und können zwischen den Institutionen ausgetauscht werden, was den Aufwand reduziert^{5,6}. Sie bedingen aber die Ausbildung der Weiterbildungner, was in der Tat auch in der Schweiz eine dringende Notwendigkeit ist.

Entwicklungen in der WB in der CH

Seit dem Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung (WBO) am 21.6.2000 konnte die WB-Qualität durch Strukturierung der curricula und Erstellung von fach- und klinikspezifischen WB-Konzepten verbessert werden. Bei interessiertem und respektvollem Austausch⁷ können während der Visitationen, die an sich nur das Einhalten des WB-Konzeptes überprüfen dürfen, auch externe Ideen eingebracht und im Verlauf umgesetzt werden. Die SGC sollte sich aber noch bemühen, die Visitationsfrequenz zu steigern, ansonsten kann kaum in nützlicher Frist eine flächendeckende Verbesserung der WB-Qualität erreicht werden.

Die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation geht mit gutem Beispiel voran. Die Einteilung der WB-Stätten muss ebenfalls vermehrt nach effektiver WB-Leistung erfolgen. Nicht die Anzahl Kaderärzte und Betten spielen für die Qualität der Weiterbildung eine Rolle, sondern die erbrachte WB-Leistung. Es besteht ein Trend zur Abkehr von der Weiterbildung: Es werden in grösseren radiologischen Instituten keine Assistenzärzte mehr angestellt, es werden vermehrt Leitende Ärzte statt Oberärzte angestellt. Es werden bereits zu viele – zwar noch nicht chirurgische – WB-Stätten durch Visitationen bekannt, welche sich durch die fast ausschliessliche Anstellung ausländischer Ärzte den Weiterbildungsaufgaben fast vollständig entziehen.

Problematische Schwerpunkte der SGC

Durch die Bildung der Schwerpunkte hat die SGC den Facharzt Chirurgie FMH deutlich entwertet. Die früher genauso erwartete Subspezialisierung in einem Bereich muss nun zertifiziert werden. Der gemeinsame Grundtitel bleibt aber Voraussetzung, was im Rahmen unserer derzeitigen Spitallandschaft noch verständlich ist. Kein Verständnis kann aber der Tatsache entgegengebracht werden, dass das Erreichen der Schwerpunkte nicht in der vorgegebenen Zeit möglich ist. Eine Ausnahme bildet wohl der Schwerpunkt für Allgemein- und Unfallchirurgie. Jeder vorgeschlagene Titel sollte im Rahmen seiner zeitlichen Richtlinien und innerhalb der Schweiz erfüllbar bleiben. Es bleibt darüber hinaus abzuklären, ob im Rahmen der bilateralen Verträge EBSQ-Titel Schwerpunkten gleichgestellt werden.

Die SGC sollte bei dieser Analyse vorsichtig sein, ansonsten eine ähnlich ungleiche Gleichstellung mit dem Facharzt FMH erfolgt. Gewisse EU-curricula bedürfen nämlich viel weniger Operationen. Ironischerweise werden bereits heute auf dem Stellenmarkt EU-Titel-Träger Schweizer Kollegen mit mehr Operationserfahrungen – aber noch ohne Titel – bevorzugt. Folglich versuchen Schweizer Kollegen nun deswegen die vollständige Weiterbildung im Ausland zu absolvieren.

Mehrheitlich in Zentrumsspitalern kann der bestehende Forschungsauftrag die Erfüllung der Anforderungen der Weiterbildung erschweren. Zur Förderung und Gewichtung junger Kollegen mit Forschungsinteressen sollte die Bildung von Schwerpunkten FMH für Grundlagenforschung oder Klinische Forschung erörtert werden. Diese Tätigkeit würde alsdann anerkannt und nicht mehr mit der klinischen Weiterbildung konkurrieren.

Um die erwähnten Nutzen der WB rascher zu erlangen, sollte folgenden Punkten Beachtung geschenkt werden:

- Konzentration auf die Kerntätigkeit (erhöht die Erfahrung)
- Zielvereinbarungen vor Stellenantritt (Weiterbildner und Weiterzubildender)
- Leistungsorientiert Weiterbildner und Weiterzubildende beurteilen
- Ökonomische Operationszuteilung
- Blockweise operieren
- Stationsarbeit von Facharbeit trennen
- WB –Qualität mit Modulen sichern (SCIM)
 - Steigerung der Effizienz
 - Senkung des Aufwandes

Kosten der Weiterbildung

Die Kosten der Weiterbildung können nur schwer eruiert werden. Der Erfahrungsgewinn ist Teil des Berufslebens und nicht klar von der Weiterbildung zu trennen. Ein Facharzt gewinnt im Laufe seiner Berufstätigkeit an Erfahrung und Effizienz. Den Mangel an Erfahrung zu Beginn seiner Tätigkeit wird ihm nicht verrechnet. Warum soll demzufolge die Weiterbildung dem Kandidaten verrechnet werden? Im KVG steht klar, dass die Kosten der Weiterbildung nicht Teil der Leistungen der Krankenkassen sind, weswegen unschwer nachvollziehbar ist, dass die Santésuisse ein Interesse an der Erfassung und Abspaltung eventueller WB-Kosten hat.

Der Jungarzt bezahlt bereits seine Weiterbildung in Form von Zeit, da in der Arbeitszeitbegrenzung von 50 h / Woche, von 42 h Arbeit und 8 h Weiterbildung stillschweigend ausgegangen wurde. Der Berufsstand darf aber eine monetarische Übernahme der WB-Kosten durch die Jungärzte nicht tolerieren. Denn die Finanzierbarkeit einer guten Weiterbildung ist im allgemeinen Interesse, da es sich um den eigenen Nachwuchs handelt. Eine Erfassung der WB-Kosten, mit dem Ziel, diese gezielt und getrennt zu finanzieren, dürfte hingegen im Interesse der Weiterbildungsqualität sein. Eine finanziell honorierte Weiterbildungsqualität könnte die Verdrängung der Weiterbildung durch den Dienstleistungsauftrag eindämmen.

Es bestehen auch mögliche betriebliche Anpassungen zur Effizienzsteigerung der Weiterbildung:

- WB in Leitlinien des Hauses integrieren
- Klare und transparente Definition der WB-Stellen für FA Chirurgie
- Nur wenig WB-Stellen für FA Chirurgie
- Derselbe AA für einen Patienten (Prozessanpassungen)
 - Sprechstunde, Aufklärung
 - Station
 - Operation
 - Nachkontrolle
- Anstellungspolitik an internationale Differenz anpassen
 - FMH-Titel versus EU-Titel
 - Alter
- Spitalfacharztstellen bilden
- Stationssekretärinnen anstellen
- Ideenmanagement einführen

Nur ein guter WB-Kandidat hat Anrecht auf eine gute Weiterbildung – nur eine gute Weiterbildung hat Anrecht auf einen guten WB-Kandidaten

Es gilt nicht nur die Leistung der Weiterbildner zu beurteilen, zu fördern und zu verbessern, sondern genauso die Leistung des Weiterzubildenden rasch zu optimieren und zu beurteilen. Deswegen muss eine frühe und konsequente Selektion erfolgen. Mit Hilfe eines aktiven und betreuenden WB-Angebots mit Leistungsanforderungen kann auch die nicht abzustreitende Entwicklung hin zur Erwartungshaltung abgewehrt werden. Es liegt also mit einer guten Weiterbildung in unserer Hand, eine entsprechende Population von jungen Chirurgen zu selektionieren.

Verschiedene Personen sollen die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kandidaten überprüfen. Weitere Qualitätskriterien des Kandidaten sind sein organisatorisches Talent, seine Vorbereitung zu einer therapeutischen Handlung, seine

soziale Kompetenz, sein Umgang mit anderen Berufsgruppen. Diese Leistung und nicht der Fleiss muss geprüft werden. Anhand regelmässiger, gut vorbereiteter Beurteilungsgespräche, basierend auf vorausgegangenen gegenseitigen Zielvereinbarungsgesprächen, kann auch seine Fähigkeit, Korrekturen vorzunehmen, beurteilt und alsdann eine Auswahl getroffen werden.

Reduzierung der WB-Stellen

Eine taugliche Bedarfsplanung ist bei unseren sich rasch verändernden 26 Gesundheitssystemen kaum möglich und auch nicht wünschenswert. Der derzeit angestrebte Erhalt einer Population von 900 Chirurgen in der Schweiz ist nachvollziehbar. Bei Annahme einer 30-jährigen Berufstätigkeit wird aktuell ein jährlicher Nachwuchs von 30 Chirurgen angestrebt. Bei einer Weiterbildungszeit von 6 Jahren sind unter Berücksichtigung allfälliger Fachrichtungswechsel einiger Anwärter maximal 250 (= 180 + 70) WB-Stellen in der Schweiz notwendig. Mit 408 WB-Stellen im Jahr 2002 unterhalten wir zu viele WB-Stellen für den Facharzt Chirurgie. Diese Zahl ist dringend zu reduzieren und kann durch eine ebenso dringende Qualitätsmessung der WB-Kandidaten erreicht werden.

Dies verlangt betriebliche Anpassungen im Sinne der Rationalisierung unserer Arbeitsprozesse, der Anstellung von Spitalfachärzten und der partiellen Übernahme gewisser Stationsarbeiten sowie der 24-Notfalldienste durch Ärzte anderer Fachrichtungen. Ein weiterer Lösungsansatz liegt in der Anstellung von Spitalfachärzten. Diese bringen Kontinuität ins Ärzteteam, ergänzen Fachwissen, können betriebliche Aufgaben und Weiterbildungen übernehmen. Sie benötigen moderne Anstellungsbedingungen, welche sie in ihrem Entschluss, sich nicht niederzulassen, unterstützen.

Die Bildung von WB-Netzwerken sollte unterstützt werden. Die Zusammenarbeit zwischen Spitalern der Kategorie A, B und C könnte verbessert werden, sofern das Netzwerk eine „spitalkategorieunabhängige“ WB-Führung besitzt. Die Weiterbildung zum Facharzt könnte zeitlich und inhaltlich garantiert werden. Die Selektion der Anwärter müsste innerhalb des Blocks A erfolgen und eingehalten werden. Die Netzwerke könnten untereinander konkurrenzieren, sodass jedes Netzwerk sein spezifisches Aushängeschild hätte.

Folgende Punkte könnten rasch die Weiterbildungsqualität verbessern:

- Transparente WB-Führung im Betrieb
- WB -Beauftragter in der Klinik
- Beurteilungen mit Konsequenzen (für Weiterzubildende und Weiterbildner)
- Faire und fachlich begründbare Beurteilungen
- Frühe Selektion (Block A)
- Qualitätsmessungen der WB fördern
- Weiterbildner ausbilden
- WB-Prüfer ausbilden
- WB-Netzwerke schaffen

Die Arbeitszeitregulierung muss nicht als Feind der Weiterbildungsqualität verstanden werden. Sie soll vielmehr auf dem Weg der Effizienz- und Qualitätssteigerung der Weiterbildung sowie der Verbesserung der Arbeitsinhalte motivierend wirken. Um auf anderem Weg einen Anreiz zu guter Weiterbildung zu schaffen, könnte die SGC einen Preis schaffen, welcher gute Weiterbildner und gute Weiterbildungs-Institute in der Schweiz sowie gute Publikationen zur Weiterbildungsqualität tatkräftig unterstützt.

Literaturverzeichnis

1. Talbot M: Monkey see, monkey do: A critique of the competency model in graduate medical education: *Medical Education* 2004; 38: 587-592
2. Leriche René (1879-1955): „Der Geist der Barmherzigkeit, der Geist des Samariters ist im Begriff zu verschwinden. Administrative Diktatur und vorherrschend technische Orientierung verjagen ihn. Die Chirurgie ist in Gefahr, dabei ihre Seele zu verlieren. Sie darf sie nicht verlieren!“
3. Sloan D.A. et al: The Objective Structured Clinical Examination: *Ann Surg* 1995; 222: 735-742
4. Sloan D. A. et al: Use of an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to measure improvement in clinical competence during the surgical internship: *Surgery* 1993; 114: 343-351
5. Sloan D.A. et al: Improving residents' clinical skills with the structured clinical instruction module for breast cancer: Results of a multiinstitutional study: *Surgery* 1997; 122: 324-335
6. Blue A.V. et al: The Effectiveness of the Structured Clinical Instruction Module: *Am J Surg* 1998; 176: 67-70
7. Schreiber V: Keine Inspektionen, sondern ein sinnvolles Miteinander: *SAZ* 2003; 84: 1504-1506:

La bonne qualité de la formation post-graduée profite à la profession

L'application de la loi sur le travail laisse de la place pour des réformes

Résumé de l'article en allemand qui traite d'une partie de la présentation au congrès SSC 2004 à Davos

Vital Schreiber, vischreiber_ol@spital.ktso.ch

L'objectif de nos formations post-graduées est de permettre de devenir spécialiste ou titulaire d'une formation approfondie. Déterminer ensemble quel type de spécialistes nous souhaitons et comment nous voulons assurer leur formation post-graduée reste une question difficile et controversée.

Un spécialiste n'est pas seulement muni de connaissances, d'aptitudes et de capacités qui se manifestent dans la manière dont il réalise en toute autonomie diagnostics et actes thérapeutiques. Il doit également savoir faire preuve de discernement et plus exactement, en fin de compte, pour reprendre les termes de Barnett¹, «acquérir une sagesse en requête de dialogue» ce qui suppose également une capacité à pratiquer l'autocritique, des compétences sociales et une tournure d'esprit acceptant de se remettre en question. Le travail d'instruction demande de l'effort et de la patience. A l'heure actuelle l'instruction n'est pas rémunérée et n'aide pas à réaliser ses objectifs de carrière. Cependant, il faudra bien finir par admettre qu'une bonne structure de formation post-graduée est aussi profitable à l'institution et à la profession.

Afin d'encourager la formation post-graduée, nous devrions pouvoir en mesurer la qualité, ce qui est loin d'être facile. Jusqu'à présent, on évaluait la plupart du temps son résultat ou une partie de celui-ci, à savoir les connaissances du jeune médecin. Cependant, nous pourrions aussi évaluer ses méthodes de travail, son autonomie et l'évolution de ses capacités techniques. L'OSCE (Objective Structured Clinical Examination)^{3,4} est une méthode d'évaluation qui permet d'établir des comparaisons.

Grâce à l'OSCE, les méthodes de formation post-graduée ont été évaluées: Par rapport à la méthode actuelle qui consiste à assurer soi-même sa formation continue au cours de son travail quotidien, le SCIM (Structured Clinical Instruction Module) s'est avéré être, à temps passé égal, une méthode de formation post-graduée plus efficace et aux effets persistant plus longtemps. Elle consiste à étudier, avec des tuteurs et en présence de patients, un aspect d'une spécialité pendant trois à quatre heures au moyen de modules de 15 minutes. Ces modules présentent une structure standardisée et peuvent être échangés entre les institutions, ce qui réduit les coûts^{5,6}. Toutefois, ils supposent égale-

ment la formation des formateurs, ce qui, en Suisse, est effectivement d'une nécessité urgente.

Les coûts de la formation post-graduée

Il est difficile d'évaluer les coûts de la formation post-graduée. Acquérir de l'expérience fait partie de la vie professionnelle et ne peut pas être clairement séparé de la formation post-graduée. Ainsi la profession ne doit pas tolérer que les coûts de la formation post-graduée soient à la charge des jeunes médecins. Notre but devrait être de réussir à financer et à développer une formation post-graduée de qualité. La concurrence entre la mission de traiter la population et celle de l'instruction postgraduée en serait amoindrie. C'est une mesure d'intérêt général car il s'agit de notre propre relève. En outre la compétitivité internationale doit être améliorée. Avec la création des formations approfondies le titre de médecin spécialiste en chirurgie générale a perdu de la valeur. L'équité avec les titres Européens doit être assurée.

Places de formation post-graduée:

Réduction en nombre et augmentation de la performance

Avec 408 places de formation post-graduée en 2002, nous entretenons un nombre trop important de places de formation continue pour les médecins spécialistes en chirurgie. Il est urgent de réduire ce nombre. Il est possible d'y parvenir en concentrant notre travail quotidien sur l'acte médical, en améliorant nos structure et nos déroulement de travail, en employant des médecins spécialistes d'hôpital qui donnent une continuité et une approche pluridisciplinaire, et en partageant le travail entre futurs chirurgiens et jeunes médecins avec d'autres buts de spécialisation. Finalement il faut tout en évaluant la qualité de formation postgraduée des institutions également évaluer rapidement (dans le bloc A) et de manière objective et conséquente le jeune médecin qui désire suivre une formation de chirurgien. Un jeune médecin de qualité mérite une place de formation de qualité et vice-versa.

Tout en acceptant la nouvelle loi de travail comme catalyseur pour des réformes nécessaires l'article en allemand propose à l'aide de trois tables des mesures à prendre pour améliorer la qualité de la formation post-graduée.

VICRYL[®] rapid
Die schnellste Resorption

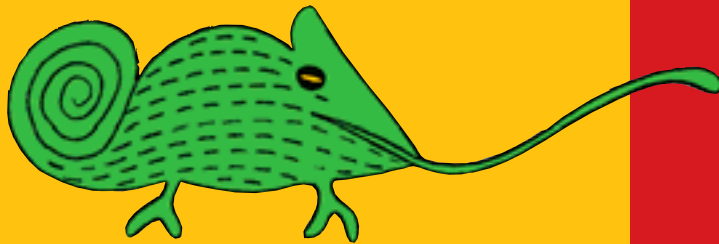
VICRYL[®]
Der bewährte Klassiker

MONOCRYL[®]
Das monofile Highlight

PDS[®] II
Der monofile Faden mit
längster Reiskraft

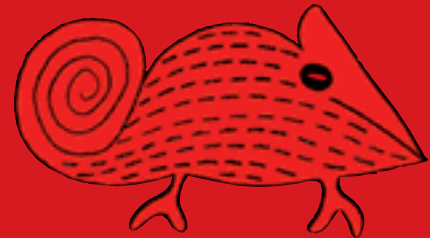
DIE RESORBIERBAREN FÄDEN
VON ETHICON
—
DIE QUALITÄT OHNE KOMPROMISSE

schnell...



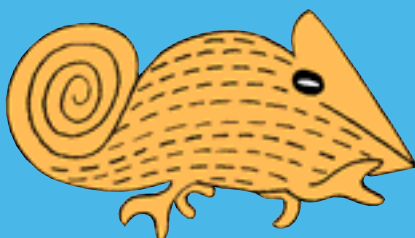
Schnell schießt die Zunge des Chamäleons auf seine Beute zu – schnell entfaltet Meronem seine Wirkung¹.

effizient...



Effizient passt das Chamäleon seine Farbe der Umgebung an – effizient ist auch Meronem mit seinem breiten antibakteriellen Spektrum².

sanft...



Sanft bewegt sich das Chamäleon – sanft verträglich ist Meronem².

meronem[®]
Meropenem

Meronem[®] Carbapenem-Antibiotikum **Zusammensetzung:** Meropenemum; Vials à 500 mg und 1 g; Liste A. **Indikationen:** Infektionen: Respirationstrakt/Harnweg/Intraabdominal/Meningitis/Sepsis/Empirische Behandlung bei Neutropenie/Mischinfektionen/Akute Infektexazerbationen bei CF. **Dosierung:** i.v. als Bolus oder Kurzinfusion Erwachsene: 3 x 500 mg – 3 x 2 g/Tag, Kinder: 3 x 10–40 mg/kg KG/Tag. **Kontraindikation:** Überempfindlichkeit. **Vorsichtsmassnahmen:** Überempfindlichkeitsreaktion auf Betalaktamantibiotika, Schwangerschaftskategorie B. **Unerwünschte Wirkungen:** Anstieg der Lebertransaminasen. **Interaktionen:** Probenecid, Valproinsäure. Weitere Informationen: Arzneimittel-Kompodium der Schweiz oder AstraZeneca AG, 6301 Zug. www.astrazeneca.ch

1) Hurst M. and Lamb H.M.

Meropenem: A review of its use in patients in intensive care. *Drugs* 2000; 59(3): 653–680

2) Norrby R. and Gildon K.

Safety profile of meropenem: a review of nearly 5000 patients treated with meropenem. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 1999; 31: 1–10