

# SWISS

# Knife



**Information:**  
**Swiss Senior Expert Service**



**Kongress:**  
**Wird der Chirurg von morgen der Barbier von gestern sein?**



**Politics:**  
**Ein hochspezialisiertes lernendes System**



**SUPERIOR  
PERFORMANCE  
FROM MANY  
ANGLES**



**SUPERIOR  
ACCESS<sup>£,1</sup>  
STRONGER  
FIXATION<sup>†,2</sup>**



**ReliaTack™  
Articulating Reloadable Fixation Device**

**Superior access:  
65° articulation delivers  
perpendicular tack deployment.**

£ In comparison to AbsorbaTack™ fixation device.  
† Compared to Absorbable Fixation Devices, SecureStrap™\* and Sorbafix™\*, when the shaft is angled at 30,45 and 60 degrees.  
1. Mesh Overlap Claims Testing Report R0054140  
P-Value = 0,007 (March 2014)  
2. ReliaTack™ Perpendicular Tack Deployment and Shear Pull Test  
Report R0048913 P-value = 0,00 (March 2014)

## Fokus auf den Inhalt

### Liebe Leserin, lieber Leser

Die 50. Ausgabe von *swiss knife* erscheint in einem aufgefrischten Layout, nachdem wir in der letzten Ausgabe schon etwas geübt haben. Wir haben am Erscheinungsbild nichts Wesentliches verändert. Es schien uns trotzdem an der Zeit zu sein, die Gestaltung einer kleinen Verjüngungskur zu unterziehen. Die blauen Balken im Seitenaufbau sind ihr beispielsweise zum Opfer gefallen. Die Typographie, so unser Ziel, soll nun noch präziser den Text unterstützen, der weiterhin im Zentrum unserer redaktionellen Aufmerksamkeit steht. An unserem Anliegen, der Sache der Chirurgie und der Standespolitik der SGC ein Forum zu bieten, hat sich nichts geändert.

Diese Jubiläums-Ausgabe präsentiert wieder eine lebendige Mischung an Themen. Wir bereiten Sie auf den SGC-Kongress vor und informieren über einige spannende Initiativen der SGC wie die neue Charta und das Senioren-Projekt. Von berufener Seite eines Gesundheitsdirektors hat uns eine Zusammenfassung des HSM-Dossiers erreicht. Dazu veröffentlichen wir wieder fundierte fachliche Beiträge (Focus) sowie interne (Mentoring-Programm des USZ) sowie externe (Was erwarten Intensivmediziner von Chirurgen?) Ein- und Ausblicke.

Sowohl der formale Relaunch als auch die thematischen Beiträge mögen Ihnen Anlass für Lob oder Kritik sein und wir möchten Sie bitten, uns diese per Leserbrief mitzuteilen. Jede Reaktion freut uns und soll uns auch in Zukunft Ansporn für unsere redaktionelle Arbeit sein.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen  
Stefan Breitenstein  
Senior Editor



## Priorité au contenu!

### Chère lectrice, cher lecteur,

Le 50<sup>e</sup> numéro de *swiss knife* paraît sous une livrée modernisée, qui avait déjà été esquissée dans la dernière livraison. Nous n'avons rien changé d'essentiel à l'image de marque. Il nous a cependant semblé qu'il était temps d'offrir une petite cure de rajeunissement à la maquette, cure dont ont par exemple été victimes les barres bleues qui caractérisaient la mise en page. Nous voulons maintenant que la typographie mette encore mieux en valeur le texte, qui continue à être au centre de nos préoccupations rédactionnelles. Rien n'a changé dans notre ferme intention d'offrir un forum à la chirurgie et à la politique professionnelle de la SSC.

Ce numéro anniversaire présente à nouveau un passionnant mélange de thèmes. Nous vous préparons au congrès de la SSC et nous vous fournissons des informations sur quelques passionnantes initiatives de la SSC, comme la nouvelle charte et le projet seniors. Nous nous sommes procuré de source autorisée, par l'intermédiaire d'un directeur de la santé, un résumé du dossier MHS. En outre, nous publions à nouveau des articles techniques approfondis (Focus) ainsi que des aperçus et perspectives internes (programme de mentoring de l'USZ) et externes (qu'attendent des chirurgiens les médecins spécialistes de soins intensifs?).

Vos éloges et critiques, tant pour la nouvelle présentation que pour les articles thématiques, seront les bienvenues. Nous vous prions de nous en faire part via le courrier des lecteurs. Chaque réaction nous fait plaisir: nous la voyons comme un encouragement à poursuivre à l'avenir nos efforts rédactionnels.

En vous souhaitant une lecture passionnante,  
Stefan Breitenstein  
Senior Editor

### Editors

PD Dr. med. Stefan Breitenstein (Winterthur),  
Senior Editor  
[stefan.breitenstein@ksw.ch](mailto:stefan.breitenstein@ksw.ch)  
Dr. med. Christoph Tschuor (Winterthur),  
Junior Editor  
[christoph.tschuor@ksw.ch](mailto:christoph.tschuor@ksw.ch)  
Felix Ruhl (Basel),  
Journalist  
[info@felixruhl.ch](mailto:info@felixruhl.ch)

### Editorial Board

PD Dr. med. Martin Bolli (Basel)  
[martin.bolli@claraspital.ch](mailto:martin.bolli@claraspital.ch)  
Dr. med. Walter Brunner (Rorschach/SG)  
[walter.brunner@kssg.ch](mailto:walter.brunner@kssg.ch)  
PD Dr. med. Daniel Frey (Wetzikon)  
[daniel.frey@gzo.ch](mailto:daniel.frey@gzo.ch)  
Dr. med. Phaedra Müller (Winterthur)  
[phaedra.mueller@ksw.ch](mailto:phaedra.mueller@ksw.ch)  
Dr. med. David Petermann (Lausanne)  
[david.petermann@ehc.vd.ch](mailto:david.petermann@ehc.vd.ch)  
PD Dr. med. Frédéric Ris (Morges)  
[frederic.ris@hcuge.ch](mailto:frederic.ris@hcuge.ch)  
Dr. med. André Rotzer (Glarus)  
[andre.rotzer@ksgl.ch](mailto:andre.rotzer@ksgl.ch)  
Dr. med. Paul-Martin Sutter (Biel)  
[paul-martin.sutter@szb-chb.ch](mailto:paul-martin.sutter@szb-chb.ch)  
PD Dr. med. Beat Schnüriger (Bern)  
[beat.schnueriger@insel.ch](mailto:beat.schnueriger@insel.ch)  
Dr. med. Claudio Caviezel (Zürich)  
[claudio.caviezel@usz.ch](mailto:claudio.caviezel@usz.ch)  
Dr. med. Christian Nebiker (Basel)  
[christian.nebiker@usb.ch](mailto:christian.nebiker@usb.ch)  
Dr. med. Claudia Stiegler (Sursee)  
[claudia.stiegler@luks.ch](mailto:claudia.stiegler@luks.ch)

### 04 | Information Jörg Peltzer

Swiss Senior Expert Service

### 06 | Kongress I Gabriela Schackert, Olivier Farges, Derek Alderson

Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie in Lugano

### 08 | Kongress II Raffaele Rosso

Wird der Chirurg von morgen der Barbier von gestern sein?

### 09 | Le chirurgien de demain sera peut-être le barbier d'hier

### 10 | Politics Rolf Widmer

Ein hochspezialisiertes lernendes System

### 11 | Un système d'apprentissage hautement spécialisé

### 12 | Focus Nicolas C. Buchs, Frédéric Ris, Alexander L. Bloemendaal, Bruce D. George

Crohn's disease: a modern view on surgical management

### 16 | Arbeitsplatz Chirurgie Hans Pargger

«Ticken Chirurgen anders? – Hoffentlich.»

### 19 | Education Claudio Caviezel

«Ob sich Haken halten wohl lohnt?»

### 20 | Education Hans Hoppeler

Überwachung der Qualität der Aus- und Weiterbildung der akademischen Medizinalberufe

### 22 | Research

Surgical Research in Switzerland

### Impressum

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie SGC/SSC, Bahnhofstrasse 55, CH-5001 Aarau, Switzerland, Tel. +41 (0)62 836 20 98, [info@sgc-ssc.ch](mailto:info@sgc-ssc.ch) Zusammenarbeit mit MetroComm AG Produktion und Inseratemarketing: MetroComm AG, Bahnhofstrasse 8, CH-9001 St.Gallen, Tel. +41 (0)71 272 80 50, [info@metrocomm.ch](mailto:info@metrocomm.ch) Projektverantwortung: Dr. Stephan Ziegler Geschäftsleitung: Natal Schnetzer Fotos: Stéphanie Engeler, zVg Anzeigenleitung: Verena Mächler Gestaltung: Béatrice Lang  
*swiss knife* 2016; 2 (may) ISSN 1661-1381  
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der MetroComm AG.  
Offizielles Publikationsorgan der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie SGC-SSC. Erscheint viermal jährlich. Geht an alle Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie SGC-SSC. Abonnementspreis für Nichtmitglieder CHF 36/Jahr.

## Swiss Senior Expert Service

**Die SGC ruft Chirurgen an der Schwelle des Ruhestands auf, ihr Wissen in temporären Stellenvertretungen in Kliniken zur Verfügung zu stellen.**

Jörg Peltzer, joerg.peltzer@h-ju.ch



**Die Erkenntnis, dass Menschen, die in Rente gehen, nicht unbedingt auch in den Ruhestand treten wollen, ist bekannt. Der Wissensrucksack ist nie so gefüllt wie am Ende einer erfolgreichen beruflichen Karriere. Der Beruf des Arztes birgt umso mehr viel Erfahrung und Fertigkeiten, die nicht aus Büchern gewonnen werden können, sondern im direkten Austausch am Patientenbett, beim Angehörigengespräch oder im Operationssaal vermittelt werden.**

So verspüren viele Ärzte am Ende ihrer Karriere eine Freude, dieses Wissen und ihre Erfahrungen weiterzugeben, sicherlich in einem angepassten Rhythmus, entlastet von zu vielen administrativen Leistungen, die sie vorher von ihrer eigentlichen Arbeit am Patienten fernhielten. Doch wo sich bewerben? Wer vermittelt die geeignete Stelle? Wer könnte eine Stellenvertretung eines Kollegen bei Unfall oder Krankheit übernehmen? Es muss doch sicherlich auch Angebote von Schweizer Projekten im Ausland geben, etwas, was man immer einmal machen wollte!

Eine entsprechende Plattform, Experten im Ruhe- und Ausstand an vakante, zeitlich begrenzte Kaderstellen in Schweizer Spitälern oder Projekten im Ausland zu vermitteln, existiert hierzulande noch nicht. Im Vorstand der SGCAT wurde deshalb die Idee und Realisierung der Schaffung eines chirurgischen «Swiss Senior Expert Service» diskutiert. Es galt zu klären, ob ein solcher Bedarf bei den Schweizer Chirurgen besteht, ob eine solche Plattform unabdingbar ist.

### Das Interesse ist gross

Eine elektronische Umfrage in der SGC an Chef- und Kaderärzte wurde von über 140 Chirurgen beantwortet und zeigte ein enormes Bedürfnis und ein gewaltiges Interesse, dieses Projekt zu realisieren. Über 130 Chirurgen bekundeten Interesse, selbst einmal einen Einsatz als Senior-Experte leisten zu wollen, davon 36 Kollegen, die in den nächsten fünf Jahren in Rente gehen werden. Viele könnten sich sogar vorstellen, zwei bis drei Jahre früher in den Ausstand zu treten und dafür Einsätze als Senior-Experte zu leisten.

75 erwerbstätige Chirurgen sind interessiert, eine Auszeit für ein Sabbatical zu nehmen, der Mangel an Vertretung ermöglicht es allerdings nur beschränkt oder gar nicht. Das Feedback der Umfrage zeigt, dass es schwer, oft unmöglich ist, Vertretungen zu finden, die einen Ausfall eines Kadermitglieds bei Unfall, Krankheit oder Schwangerschaftsurlaub zu kompensieren vermögen. Der Ausfall und die Abdeckung der Dienste muss durch das reduzierte Team

bewältigt werden. Der Bedarf einer Plattform, die Angebot und Nachfrage von Chirurgen auf dem Schweizer Markt verbessert, ist real.

### Plattform für temporäre Einsätze

Dieses Anliegen wurde dem Vorstand der SGC vorgelegt und vom ihm wohlwollend unterstützt. Eine Plattform der Vermittlung temporärer Einsätze soll erstellt werden, allerdings sind die Gelder zur Erstellung einer attraktiven Webseite noch nicht budgetiert. Momentan schickt der SGC-Generalsekretär an die Mitglieder der SGC Formulare für zukünftig interessierte Senior-Experten, die in Form eines Steckbriefes ihre Kontaktdaten, Kompetenzen, Einsatzdaten und Wünsche erfassen und verwalten können. Um eine Webseite aufzustellen, bräuchte es möglichst viele Experteneinschreibungen. So muss auch die Kommunikation an unsere Spitäler noch stattfinden, damit sie temporäre Stellenausschreibungen für chirurgische Vertretungen direkt an die SGC melden. Ich bin mir sicher, dass dadurch die Gelder generiert werden, um das Budget für eine attraktive Webseite zu realisieren. Einsatzberichte vor allem auch von ausländischen Einsätzen und Erfahrungen sollen darauf abgebildet sein. Aus eigenen Erfahrungen mit unseren Stiftungen «Schweizer Chirurgen in Äthiopien» weiss ich, wie wertvoll solche publizierten Berichte sind und dass sie Interessenten motivieren, ähnliche Einsätze durchzuführen.

**Ich freue mich auf das Mitwirken und Einschreiben (ssg-ssc.ch) vieler zukünftiger Senior-Experten und hoffe, dass von nun an Sabbaticals einfacher zu realisieren sind und temporäre Vertretungen von Kaderpositionen in der Chirurgie zur Normalität und nicht zur Ausnahme gehören.**

## Swiss Senior Expert Service

**La SSC invite des chirurgiennes et chirurgiens proches de la retraite à mettre leurs connaissances au service de cliniques ou d'institutions pour des remplacements temporaires.**

Jörg Peltzer, joerg.peltzer@h-ju.ch

**Il est bien connu que l'être humain qui arrive à l'âge de la retraite n'a pas forcément l'envie de rester inactif. C'est à la fin d'une carrière professionnelle bien remplie que les connaissances sont les plus étendues. Le métier de chirurgien est fait d'expériences et d'habiletés que l'on ne peut acquérir dans des livres mais bien au lit du malade, au contact des familles de patients ou en salle d'opération.**

*C'est ainsi que de nombreux médecins arrivés à la fin de leur carrière ressentent le plaisir de transmettre leurs connaissances et leurs expériences, mais à un rythme adapté, déchargés de toutes les tâches administratives qui auparavant les tenaient éloignés de leur mission auprès du patient. Mais comment faire dans la pratique? Qui va rendre possible le contact entre*

offre et demande? Qui pourrait remplacer un collègue malade ou accidenté? Comment faire pour s'engager à l'étranger, ce que l'on aurait toujours eu envie de réaliser au moins une fois!

Jusqu'à ce jour il n'existait pas de plateforme permettant de mettre en relation des experts proches de la retraite ou en repos avec des hôpitaux suisses recherchant un(e) chirurgien(ne)-cadre pour un engagement temporaire ou avec des institutions humanitaires recherchant des volontaires pour une mission à l'étranger. Le Comité de la SSCGT a donc discuté du projet visant à mettre sur pied un «Swiss Senior Expert Service» chirurgical. Il s'agissait de clarifier s'il existait parmi les chirurgiennes et chirurgiens suisses un besoin d'installer une telle plateforme.

#### Il existe un grand intérêt

Une enquête par voie électronique adressée aux chirurgiens-chefs et cadres de la SSC a obtenu plus de 140 réponses, ce qui a démontré l'existence d'un énorme besoin et d'un intense intérêt à réaliser ce projet. Plus de 130 collègues ont manifesté leur intérêt à s'engager personnellement pour une mission comme «Senior-Expert» parmi lesquels 36 chirurgiennes et chirurgiens qui atteindront l'âge de la retraite dans les 5 prochaines années. Beaucoup pourraient même s'imaginer prendre une retraite anticipée de deux à trois ans pour pouvoir s'engager comme Senior Expert.

75 chirurgiennes et chirurgiens encore actifs professionnellement seraient intéressés à prendre un congé sabbatique mais la difficulté de trouver un(e) remplaçant(e) les empêche ou les limite dans la réalisation de ce projet. Les réponses à cette enquête nous ont démontré qu'il est souvent difficile, voire impossible de trouver un/une remplaçant(e) lors de maladie, d'accident ou de congé-maternité d'un cadre. L'équipe réduite doit alors

assumer la surcharge de travail. Il paraît donc évident qu'il existe un besoin d'améliorer la communication entre offre et demande sur ce marché particulier de la chirurgie suisse.

#### Plateforme pour des engagements temporaires

Ce sujet a été soumis au Comité de la SSC qui l'a soutenu. Une plateforme interactive attractive pour des engagements temporaires devrait être installée sur le site Internet de la SSC mais pour le moment il manque le budget. Pour une solution intermédiaire c'est le Secrétaire général de la SSC qui gère la relation entre candidats à un engagement de Senior-Expert et hôpitaux ou institutions demandeurs au moyen d'un formulaire publié sur le site de la SSC. Les candidats peuvent y inscrire leur identité, leurs informations de contact, leurs compétences, les dates d'engagement désirées et leurs souhaits. Pour qu'un site interactif se justifie il faut qu'il y ait le plus possible de candidatures. Il faut aussi informer nos hôpitaux afin qu'ils adressent leurs demandes de remplacements chirurgicaux directement au Secrétaire général de la SSC. Pour ma part, je suis certain qu'il y a moyen de générer les ressources financières qui permettront de couvrir les frais de gestion d'un site Internet attractif. La possibilité devrait exister d'y publier des rapports d'expériences en particulier après des engagements à l'étranger. De mon expérience acquise avec nos fondations «Chirurgiens suisses en Ethiopie», je sais à quel point la publication de ces rapports peut motiver d'autres candidats à s'engager pour de telles missions.

**Je me réjouis de la collaboration et de l'inscription ([ssg-ssc.ch](http://ssg-ssc.ch)) de nombreux futurs Senior-Experts et j'espère que l'existence de ce service permettra aux chirurgiens de partir plus facilement en congé sabbatique et que le remplacement de chirurgiens-cadres malades ou accidentés ne sera plus exceptionnel mais normal.**

**erbe**  
power your performance.

**APApplicator**

## Alles aus einer Hand

Beim APApplicator können Sie alle Funktionen direkt über die Tasten bedienen. Gleichzeitig ist der Griff leicht und handlich und vor allem komfortabel: einfach einstecken und starten. Plug and operate.

- ☑ Argonplasma-Koagulation und alle elektrochirurgischen Optionen in einem Griff
- ☑ ReMode-Funktion: Wechsel zwischen individuellen Programmen vom OP-Tisch aus
- ☑ Steriles Einwegprodukt: sofort im OP verfügbar, kein Aufbereitungsaufwand
- ☑ Gasfilter ist im Anschlussstecker integriert

Erbe Swiss AG Winterthur 052 233 37 27 [info@erbe-swiss.ch](mailto:info@erbe-swiss.ch) [erbe-swiss.ch](http://erbe-swiss.ch)



Prof. Gabriela Schackert



Prof. Olivier Farges



Prof. Derek Alderson



## Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie in Lugano, 1. – 3. Juni 2016

Die **Hauptthemen** unseres nächsten Chirurgenkongresses im wunderschönen Lugano werden die **Chirurgie im Wandel der Zeit** und die **Interdisziplinarität in der Chirurgie** sein.

Insbesondere im Hinblick auf das erste Sujet wird die **Präsenz der Frau in der Chirurgie** zunehmend zur Realität, wenn man die Zahl der Frauen, die ihr Medizinstudium abschliessen, und die Zahl der Fachärztinnen für Chirurgie in der aktuellen Schweizer Medizinlandschaft bedenkt. Dennoch sind unsere Arbeitssysteme in den Spitälern wie auch unser soziales System im Allgemeinen nicht auf diese neue tragende Rolle der Frau in der Chirurgie vorbereitet. Bei diesem ersten wichtigen Thema können wir auf Prof. Gabriela Schackert zählen, die Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und zugleich die amtierende (und allererste) Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die bei der Eröffnungsfeier einen Vortrag über die Rolle der Frau in der Chirurgie halten wird.

Zu dem zweiten wichtigen Thema, der **Interdisziplinarität in der Chirurgie** und der Rolle, die der Chirurg in diesem Kontext noch haben muss, werden wir Prof. Olivier Farges hören, der am renommierten Centre de Chirurgie Hépatique des Hôpital Beaujon in Paris tätig ist. Er wird herausarbeiten, welche Aspekte auch heute noch das Bild des Chirurgen in der Interdisziplinarität prägen.

Die **British Journal of Surgery** Lecture wird von Prof. Derek Alderson, dem Chefredakteur (Editor in Chief) dieser Fachzeitschrift, gehalten, der uns über die gute, vor allem aber über die schlechte Art der wissenschaftlichen Veröffentlichung aufklären wird.

Schliesslich nehmen wir noch an der zweiten Auflage der «Champions League» der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie und am Runden Tisch mit Spitaldirektoren und Experten teil, die uns verdeutlichen werden, in welche Richtung sich die Position des chirurgischen Chefarztes in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Zusätzlich zu den von der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie ausgewählten Hauptthemen bietet Ihnen der Kongress ein intensives, reichhaltiges und umfassendes Programm, vorbereitet von den Schwerpunktgesellschaften für Viszeralchirurgie und für Allgemeinchirurgie und Traumatologie sowie von den Fachgesellschaften für Thorax-, Gefäss- und Handchirurgie.

Wir freuen uns sehr darauf, Sie Anfang Juni zahlreich in Lugano begrüßen zu dürfen.

Prof. Raffaele Rosso  
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie



## Congrès de la Société Suisse de Chirurgie Lugano 1 – 3 juin 2016

**Les thèmes principaux de notre prochain Congrès de Chirurgie dans le magnifique cadre de Lugano seront la Chirurgie au fil du temps et l'Interdisciplinarité dans la chirurgie.**

Pour ce qui concerne particulièrement le premier sujet **la présence de la femme dans la chirurgie** devient une réalité de plus en plus présente si l'on considère le nombre femmes terminant leurs études de médecine ainsi que le nombre de femmes spécialistes en chirurgie dans le paysage médical suisse actuel. Cependant, nos systèmes de travail dans les hôpitaux comme notre système social en général ne sont pas préparés à ce nouveau rôle prépondérant de la femme dans la profession de chirurgien. Pour pouvoir aborder ce thème principal nous avons la chance de pouvoir compter sur la Prof. Gabriela Schackert, directrice du Service de Neurochirurgie de l'Hôpital universitaire de Dresde et actuelle Présidente de la Société Allemande de Chirurgie (première femme présidente de la Société Allemande de Chirurgie) qui viendra nous présenter une conférence sur le rôle de la femme dans la chirurgie lors de la cérémonie d'ouverture.

Pour aborder le second thème principal de **l'interdisciplinarité dans la chirurgie** et du rôle que doit encore avoir le chirurgien dans ce contexte, nous aurons l'occasion d'entendre le Prof. Olivier Farges qui travaille au prestigieux Centre de Chirurgie Hépatique de l'hôpital Beaujon à Paris. Il soulignera quels sont les aspects qui aujourd'hui encore valorisent l'image du chirurgien dans l'interdisciplinarité.

La **British Journal of Surgery Lecture** sera tenue par le Prof. Derek Alderson, rédacteur en chef (Editor in Chief) de cette revue, qui nous présentera une communication sur la manière de bien publier, mais surtout sur la mauvaise manière de publier.

Enfin, nous ne manquerons pas d'assister à la seconde édition de la «Champions League» de la Société Suisse de Chirurgie ainsi qu'à une Table ouverte réunissant des directeurs d'hôpitaux et des experts qui nous permettront de comprendre dans quelle direction va aller la position de Chef de Service de Chirurgie ces prochaines années.

Si ceci correspond aux thèmes principaux choisis par la Société Suisse de Chirurgie, le Congrès vous offre en outre un intense et riche programme préparé par les sociétés de formation approfondie en chirurgie viscérale et en chirurgie générale et traumatologie ainsi que par les sociétés de chirurgie thoracique, de chirurgie vasculaire et de chirurgie de la main.

Nous nous réjouissons de vous accueillir nombreux à Lugano au début du mois de juin.

Prof. Raffaele Rosso  
Président de la Société Suisse de Chirurgie

# Wird der Chirurg von morgen der Barbier von gestern sein?



Raffaele Rosso, raffaele.rosso@eoc.ch

Meine Präsidentschaft neigt sich dem Ende zu. Zweifelsohne war dies eine wunderbare Erfahrung, und zurückblickend finde ich mich zwei Jahre später auf denselben Seiten des *swiss knife* wieder. Wenn ich die Ziele betrachte, die ich mir während meiner Präsidentschaft gesteckt hatte (chirurgisches Ausbildungscurriculum, Struktur der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie, Sponsoring der Gesellschaft), so wurden freilich gewisse Fortschritte erzielt. Insbesondere finde ich in dem Gespräch, das ich auf diesen Seiten vor zwei Jahren geführt hatte, den Terminus «Chirurgenfamilie» wieder, und dieser Begriff, der mir so sehr am Herzen liegt, ist heute wichtiger denn je zuvor.

Gehen wir die Themen doch der Reihe nach an.

**Chirurgisches Ausbildungscurriculum:** Durch die Arbeit des Vorstands in die Wege geleitet und von der Generalversammlung akzeptiert, befindet es sich nun zum Klären der formalen und anwendungsbezogenen Aspekte in den Händen des SIWF. Die modulare Struktur dieses Programms bringt Chirurgen mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder mit Schwerpunkt Traumatologie oder aber mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie/Traumatologie im Sinn einer Ausbildung in Allgemeinchirurgie hervor. Die zeitliche Entwicklung und die Wahlen, die die neuen Generationen treffen, werden uns zeigen, in welche Richtung das Programm in den kommenden Jahren abzuwandeln ist.

**Struktur der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie:** Ebenfalls dank der intensiven Arbeit des SGC-Vorstands mit den Schwerpunktgesellschaften für Viszeralchirurgie und für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, in Kooperation mit den Kollegen der neuen Fachgesellschaften für Thorax- und Gefässchirurgie, aber auch für Handchirurgie, ist es uns gelungen, durch den für die nächsten Jahre vorgesehenen Aufbau eines «Swiss College of Surgeons», einer Dachorganisation aller chirurgischen Gesellschaften unseres Landes, ein gemeinsames Projekt festzulegen.

Zur Gestaltung dieses Übergangs ist die Bildung einer vorübergehenden Organisationsinstanz geplant, deren Aufgabe es ist, den Boden zu bereiten, indem sie erwägt, welche Elemente allen chirurgischen Fachgebieten gemein sein werden (der Common Trunk, der Jahreskongress der SGC und die Verteidigung der beruflichen Interessen der Chirurgen).

**Zur Suche nach finanzieller Unterstützung:** Die Globalisierung der Industrie beeinträchtigt sowohl die Industrie als auch die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie. Während dieser zweijährigen Präsidentschaft ist mir klar geworden, dass andere Finanzierungsquellen gesucht werden müssen und dass es der Mühe wert ist, die Spitäler, ob privat oder öffentlich, in die Verantwortung einzubeziehen. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Einbindung in die Verantwortung eine entscheidende Rolle für die Organisation des Kongresses in Lugano gespielt hat. Ein anderer Weg, den es zu versuchen und zu beschreiten lohnt, ist das Zurückgreifen auf Stiftungen.

Will man noch weitere Punkte, die in diesen zwei Jahren zur Sprache gebracht wurden, nennen, so lassen sich die Charta über den «Chirurgen im hohen Alter», der *Swiss Senior Surgical Expert Service*, und die Stellungnahmen zur Notfallchirurgie als wichtige Themen anführen, die die Vitalität unserer Gesellschaft zeigen. Nun möchte ich mich aber der «Chirurgenfamilie» zuwenden. Für mich sind die Bildung dieser Familie und vor allem die Entwicklung eines Bewusstseins für sie ein grundlegendes Ziel.

## Warum ist es so wichtig, diese «Chirurgenfamilie» zu bilden?

Die Entwicklung der modernen Chirurgie, der Fortschritt der Technologien, die aussergewöhnliche Entfaltung der Interdisziplinarität und die Entwicklung einer Organchirurgie in manchen Fällen führen dazu, dass der Chirurg zunehmend seine Leadership einbüsst. Und das trifft auf alle Fachgebiete der Chirurgie zu, beispielsweise auf die Viszeral-, die Gefäss- und die Thoraxchirurgie. Tatsächlich besteht die Tendenz, den Chirurgen auf die Funktion eines reinen Technikers zu reduzieren, und diejenigen, die sich ein wenig in der Medizingeschichte auskennen, fühlen sich an die Zeit Ambroise Parés im 15. Jahrhundert erinnert, als Chirurgen noch Barbieri waren. Das damalige Latein kannte den Begriff Chirurg nicht (in den medizinischen Fachgebieten an der Universität wurde Latein als wissenschaftliche Sprache eingesetzt). Heute ist das Lateinische eine Sprache, die von niemandem mehr verwendet wird...

In diesem Zusammenhang wird auch der Nachwuchs zunehmend vom technischen Aspekt der Chirurgie, von der Tätigkeit im Operationssaal geleitet und angezogen, und er neigt dazu, die Bedeutung und die Kostbarkeit der Beziehung zum Patienten zu verkennen – besonders bei präoperativen Gesprächen, dem Moment, in dem man das Vertrauen des Kranken gewinnen muss, um ihm die bestmögliche Behandlung gewährleisten zu können. Zudem fallen die postoperative Betreuung und die Überwachung wegen eventueller Komplikationen in der Abteilung eindeutig in den Verantwortungsbereich des Operateurs.

Kommen wir zur Position des Chefarztes der Abteilung für Chirurgie, die immer unattraktiver wird. Beengt durch die Verwaltungsfunktion, die uns unsere Administratoren gerne zuweist, eingezwängt durch Beschränkungen und finanzielle Ziele, belastet durch den Mangel an Zeit für die Patienten und für die Arbeit des Chirurgen im Operationssaal wird der Beruf uninteressanter, und zahlreiche Leiter chirurgischer Abteilungen verlassen das Spital und führen eine Privatpraxis oder nehmen eine untergeordnete Position an.

## Ist es das, was wir wollen? Quo vadis chirurgia?

Um diesem Abdriften entgegenzuwirken, ist es notwendig, dass die Chirurgen aller Fachbereiche enger zusammenstehen und ihre Rolle bei der Patientenversorgung in der medizinischen Realität von heute wieder einnehmen. Unsere Würde und unsere Führungsrolle in der Medizin von heute müssen zurückgewonnen werden, und die Erfahrung der angelsächsischen Länder – ich denke dabei besonders an die Fachgesellschaft *American College of Surgeons* und den Berufsverband *Royal College of Surgeons* – kann uns als Modell für den Aufbau eines «Swiss College of Surgeons» dienen. Ich bin davon überzeugt, dass wir uns in diese Richtung bewegen müssen, denn nur so können sämtliche Chirurgen aller Fachgebiete ihre Leadership wiederfinden und sie vornehmlich für künftige Generationen bewahren. Dafür müssen wir alle Opfer bringen, aber die Wichtigkeit eines derartigen gemeinsamen Projekts rechtfertigt diese Opfer durchaus.

Durch sie werden wir unsere Würde und unsere Leidenschaft für den Beruf des Chirurgen wiedererlangen.



## Le chirurgien de demain sera peut-être le barbier d'hier

Ma période de présidence touche à sa fin. C'était sans conteste une belle expérience et je me retrouve deux ans plus tard sur les mêmes pages du *Swiss Knife* à regarder dans mon retroviseur. Si je considère les objectifs que je m'étais fixés pendant ma présidence (programme de formation, structure de la Société Suisse de Chirurgie, sponsoring de la Société) il faut admettre que certaines avancées ont été réalisées. Je retrouve en particulier dans l'entretien que j'avais accordé dans ces pages il y a deux ans le terme de «famille chirurgicale» et jamais comme aujourd'hui ce terme qui me tient tant à coeur n'a pris une telle importance.

Essayons de reprendre les sujets dans l'ordre.

**Le programme de formation:** il a été initié grâce aux travaux du Comité, accepté par l'Assemblée générale et il se trouve maintenant dans les mains de l'ISFM pour les aspects formels et d'application. La structure modulaire de ce programme permettra d'avoir soit des chirurgiens plutôt formés en chirurgie viscérale, soit plutôt en traumatologie ou alors dans les deux domaines dans le sens d'une formation de chirurgie générale. L'évolution dans le temps et les choix que feront les nouvelles générations nous démontreront dans quelle direction il faudra le modifier ces prochaines années.

**Structure de la Société Suisse de Chirurgie:** ici aussi, grâce à l'intense travail fourni par le Comité de la SSC avec les sociétés de formation approfondie en chirurgie viscérale et en chirurgie générale et traumatologie en collaboration avec les collègues des nouvelles sociétés de discipline de chirurgie thoracique et de chirurgie vasculaire, mais également de chirurgie de la main nous sommes arrivés à définir un projet commun par la mise sur pied ces prochaines années d'un «Swiss College of Surgeons», qui serait une organisation faitière de toutes les sociétés chirurgicales de notre pays. Pour permettre ce passage, la formation d'une instance provisoire d'organisation est prévue, qui aura la tâche de préparer le terrain en considérant quels seront les éléments communs à toutes les spécialités chirurgicales (le tronc commun de formation, le Congrès annuel de chirurgie et la défense des intérêts professionnels des chirurgiens).

**En ce qui concerne la recherche de soutien financier,** la globalisation de l'industrie rend la vie plus difficile aussi bien à l'industrie qu'à la Société Suisse de Chirurgie. Pendant ces deux années de présidence j'ai réalisé qu'il faut rechercher d'autres sources de financement et qu'il vaut la peine de responsabiliser les hôpitaux qu'ils soient publics ou privés. Il est à relever que cette responsabilisation a joué un rôle déterminant pour l'organisation du Congrès de Lugano. Une autre voie à suivre est celle du recours aux fondations qu'il vaut la peine de solliciter.

Si l'on cite encore les autres sujets qui ont été abordés pendant ces deux années, la charte concernant «le chirurgien âgé» et le *Swiss Senior Surgical Expert Service* ainsi que les prises de position qui concernent la chirurgie d'urgence constituent d'autres thèmes importants qui démontrent la vitalité de notre Société.

Mais j'aimerais me tourner vers la «famille chirurgicale» dont la constitution et avant tout la prise de conscience sont pour moi un objectif fondamental.

**Pourquoi est-ce si important de constituer cette «famille chirurgicale»?**

L'évolution de la chirurgie moderne, l'évolution des technologies, l'extraordinaire développement de l'interdisciplinarité, le développement dans cer-

tains cas d'une chirurgie par organe, font que le chirurgien perd de plus en plus le leadership. Et cela est le cas dans toutes les branches de la chirurgie, que ce soit en chirurgie viscérale, vasculaire, thoracique, etc. Le fait est que l'on a de plus en plus tendance à reléguer le chirurgien à un rôle de pure technicien et pour ceux qui ont quelques notions d'histoire de la médecine, on retourne à l'époque d'Ambroise Paré au 15<sup>e</sup> siècle où les chirurgiens étaient des barbiers. Le latin d'alors ne connaissait pas le terme de chirurgien (c'étaient les spécialités de la médecine qui utilisaient le latin à l'Université comme langage scientifique). Aujourd'hui le latin est une langue qui n'est plus utilisée par personne...

Dans ce contexte les jeunes sont également de plus en plus focalisés et attirés par l'aspect technique de la chirurgie, par l'activité en salle d'opération et ils ont tendance à ne pas réaliser l'importance et la richesse de la relation avec le patient, en particulier lors des discussions pré-opératoires qui sont le moment pendant lesquels il faut s'attacher la confiance du malade pour pouvoir lui offrir des soins les plus curatifs. De plus, les soins post-opératoires et la surveillance d'éventuelles complications dans le service appartiennent clairement à la responsabilité de l'opérateur.

Venons-en à la position du Chef de service de chirurgie. Elle devient de moins en moins attractive. Comprimée par le rôle de gestionnaire que nos administrateurs nous attribuent volontiers, coincée par les restrictions et les objectifs financiers, stressée par le manque de temps pour les patients et pour remplir le rôle de chirurgien en salle d'opération, la profession devient de moins intéressante et de nombreux Chefs de Service de chirurgie s'en vont soit dans le privé, soit dans des fonctions subalternes.

**Est-ce cela que nous voulons? Quo vadis chirurgia?**

C'est pour contester cette dérive qu'il est nécessaire que les chirurgiens de toutes les spécialités resserrent leurs liens pour retrouver leur rôle pour les soins au patient dans la réalité médicale d'aujourd'hui. Notre dignité et notre rôle de leader dans la médecine d'aujourd'hui doivent être reconquis et l'expérience des pays anglo-saxons, je pense particulièrement à l'American College of Surgeons et au Royal College of Surgeons, peut nous servir de modèle pour la mise sur pied d'un «Swiss College of Surgeons». Je suis convaincu que nous devons aller dans cette direction qui seule permettra à tous les chirurgiens de toutes les spécialités de retrouver leur leadership et surtout de le conserver pour les générations futures. Pour cela nous devons tous faire des sacrifices mais l'importance d'un tel projet commun justifie amplement ces sacrifices.

Ils devraient nous permettre de retrouver notre dignité et notre enthousiasme à être chirurgiens.

# Ein hochspezialisiertes lernendes System

## Sieben Jahre Planungserfahrung hochspezialisierte Medizin (HSM)

**Die Planung der hochspezialisierten Medizin ist eine interkantonale Aufgabe. Für deren Erfolg sind eine übergeordnete, am Patientenwohl ausgerichtete Betrachtungsweise und die für Lernprozesse nötige Anpassungsfähigkeit zentrale Elemente.**



Rolf Widmer, rold.widmer@gl.ch

HSM hat anfangs hohe Wellen geschlagen. Nach sieben Jahren Bemühungen um eine Erhöhung der medizinischen Qualität im schweizerischen Spitalwesen ist es Zeit für eine Zwischenbilanz. Dafür konnten wir mit Regierungsrat Dr. oec. Rolf Widmer ein Mitglied des Beschlussorgans HSM gewinnen. Sein Fazit der vergangenen sieben Jahre lautet: Der HSM-Prozess ist auf nach anfänglichen Irritationen auf einem guten konsensuellen Weg und alle Anstrengungen müssen auf Qualität gerichtet sein (die Redaktion).

Im föderalen System der Schweiz liegt die Kompetenz der Spitalplanung bei den Kantonen. Dies weil die Verfassung sie letztlich auch für die medizinische Versorgung der Bevölkerung verantwortlich macht. Sie können dadurch Initiativen ergreifen und ohne den Umweg über nationale Instanzen und Regelmechanismen neue Wege in Technik oder Organisation des Spitalwesens beschreiten. So positiv dieser Weg für Innovation und Wettbewerb in den meisten Leistungsbereichen sein mag, kann er insbesondere in Bereichen mit seltenen Diagnosen und teuren, komplexen Behandlungen zu Ungleichheiten in der Versorgungsqualität und Ineffizienzen führen.

Um dem vorzubeugen, hat das Bundesparlament den Kantonen den Auftrag erteilt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame, gesamtschweizerische Spitalplanung vorzunehmen (Art. 39, Abs. 2bis KVG). Alle 26 Kantone haben mit dem Beitritt zur Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM), und deren Inkraftsetzung per 1. Januar 2009, die Verantwortung für diesen gesetzlichen Auftrag angenommen. Sie vereinbarten somit, sich für die Koordination der Konzentration der hochspezialisierten medizinischen Versorgung einzusetzen (Art. 1, Abs.1 IVHSM). Zur HSM gehören jene Leistungsbereiche, die durch ihre Seltenheit, ihr hohes Innovationspotenzial und durch hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Bis zum jetzigen Zeitpunkt haben die Kantone in diesem Sinne 39 medizinische Teilbereiche der HSM zugeordnet und eine gemeinsame Spitalliste für die entsprechenden Leistungen erstellt.

### Die Organe der IVHSM im Optimierungsprozess

Ganz konkret haben die Kantone, um ihren Gesetzauftrag umzusetzen, mit der IVHSM zwei Organe geschaffen. Das sogenannte HSM-Beschlussorgan beschliesst per Abstimmung über die Planung in der HSM. Es setzt sich aktuell aus den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Kantone Aargau, Basel-Stadt, Bern, Genf, Glarus, Luzern, St. Gallen, Tessin, Waadt und Zürich zusammen. Das HSM-Fachorgan hingegen ist zuständig für die medizinische Aufarbeitung der HSM-Bereiche und besteht aus 15 in- und ausländischen ärztlichen Experten. Seine Empfehlungen zu Koordination und Konzentration sowie zu den Voraussetzungen für die Leistungserbringung dienen dem Beschlussorgan als Entscheidungsgrundlage.

Seit Aufnahme ihrer Tätigkeit im Jahr 2009 bis heute haben diese Organe in ihrer Planungstätigkeit einen bedeutenden Lernprozess durchlaufen. Wie zu erwarten, waren vonseiten der Spitäler nicht alle HSM-Leistungszuteilungen unbestritten und es wurden beim Bundesverwaltungsgericht Einsprachen erhoben. In einem Grundsatzurteil hat dieses 2013 verfahrensrechtliche Änderungen im Prozess der HSM-Planung entschieden, welche von den HSM-Organen in der Folge umgesetzt wurden. Durch diese Änderungen wird das Planungsverfahren seit 2014 in zwei Stufen durchgeführt. Zuerst erfolgt die Zuordnung (Definition des HSM-Bereichs) und danach die Zuteilung (Leistungszuteilung an Spitäler). Die Leistungserbringer wie auch Fachgesellschaften können sowohl im Zuordnungs- wie auch im Zuteilungsverfahren in einem Anhörungsverfahren ihre Meinung einbringen. Zum Zeitpunkt ihrer Bewerbung für einen Leistungsbereich ist dieser schon klar definiert, was im vorherigen Verfahren nicht der Fall war. Zusätzlich wurde mit der Schaffung von fachlich spezialisierten Begleitgruppen, z.B. in den Bereichen der Behandlung von

Schwerverletzten und der Viszeralchirurgie, in welchen namhafte Schweizer Experten wirken, der Einbezug der Fachspezialisten verstärkt. Somit, und auch dank zusätzlicher Beratung mit den Fachgesellschaften, sind nun die Entscheidungen in der HSM-Planung noch breiter abgestützt.

### Patientenwohl über Einzelinteressen

Die Differenzierung zwischen hochspezialisierte Medizin und Spitzenmedizin erweist sich als diffizil. Die Kantone sind dem Konkordat beigetreten im Einverständnis und der Erwartung, dass eine Zuordnung zur HSM nur dann erfolgt, wenn mindestens drei der vier erwähnten Kriterien erfüllt sind. Seltenheit muss immer vorliegen. Aus rechtsstaatlichen Gründen ist sicherzustellen, dass dem Willen der Konkordatskantone bei der Zuteilung Rechnung getragen wird. Zweifelsohne gibt es darum eine Begrenzung der medizinischen Bereiche, welche der HSM zuzuordnen sind. Nach sieben Jahren HSM-Planung, die teilweise auch Lehrjahre waren, gespickt mit Erfolgen aber auch Turbulenzen, wurden nötige Anpassungen gemacht. Es lässt sich feststellen, dass die Akteure zunehmend eine über die eigenen Spital- und Kantonsgrenzen hinausgehende Sicht einnehmen und sich engagiert für die bestmögliche Versorgungsqualität einsetzen. Denn mit grösserem Einbezug aller Stakeholder steigt auch die Akzeptanz, wofür sich die entsprechend höhere Investition von Zeit und Überzeugungskraft lohnt.

### Qualität im Vordergrund

Der gesetzliche Auftrag im Bereich der HSM bedeutet keinen quantitativ substanzialen Einschnitt in die kantonalen Planungskompetenzen. Die bisher der HSM zugeordneten medizinischen Teilbereiche entsprechen schweizweit zwei Prozent aller stationären Fälle in Akutspitälern. Angesichts dieser Fallmengen wird klar, dass bei der Planung im Rahmen der IVHSM weniger finanzielle Einsparungsmöglichkeiten als die höchstmögliche Optimierung der Behandlungsqualität im Fokus steht. Bedauerlicherweise stehen bis heute praktisch noch keine zuverlässigen empirischen Daten zur Verfügung, um die Qualität der Leistungserbringung beurteilen zu können. Die Bemühungen sind zwar intensiviert worden. Es ist unabdingbar und wohl unbestritten, dass in allen Bereichen HSM-Register zur Verfügung stehen müssen. Diese sind sodann einer periodischen Auditierung zu unterziehen, um die gesammelten Daten auf Vollständigkeit und Korrektheit zu überprüfen. Die Glaubwürdigkeit der HSM hängt längerfristig davon ab, dass wissenschaftlich fundierte, empirische Auswertungen über die Qualität der HSM-Leistungserbringung möglich sind. Die Leistungszuteilung muss sich lieber früher als später auf eine Beurteilung der Ergebnisqualität abstützen. Hier liegt wohl eine der grössten Herausforderungen, die in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und den Fachgesellschaften prioritär zu meistern ist.

# Un système d'apprentissage hautement spécialisé

## Sept ans d'expérience dans la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS)

**La planification de la médecine hautement spécialisée est une mission intercantonale. Une approche d'ensemble, privilégiant le bien-être des patients, ainsi que la capacité d'adaptation nécessaire pour les processus d'apprentissage, sont des éléments majeurs pour sa réussite.**

Pour prévenir cela, le Parlement fédéral a attribué aux cantons, pour le domaine de la médecine hautement spécialisée, la mission d'établir conjointement une planification hospitalière pour l'ensemble de la Suisse (art. 39, al. 2bis LAMal). Les 26 cantons ont accepté la responsabilité de cette mission légale en adhérant à la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), entrée en vigueur le 1er janvier 2009. Par cette dernière, ils conviennent donc d'assurer la coordination de la concentration des soins en médecine hautement spécialisée (art. 1, al. 1 de la CIMHS). Relèvent de la MHS les domaines de prestations caractérisés par leur rareté et par leur fort potentiel d'innovation, par le coût élevé en personnel ou en moyens techniques, ou par des processus de traitement complexes. Jusqu'à maintenant, les cantons ont, dans ce sens, classé 39 domaines médicaux partiels en MHS et établi une liste commune d'hôpitaux pour les prestations correspondantes.

### Les organes de la CIMHS dans le processus d'optimisation

Très concrètement, les cantons ont, avec la CIMHS, créé deux organes pour s'acquitter de leur mission légale. L'Organe de décision MHS décide par un vote de la planification de la MHS. Il est actuellement composé des directrices et directeurs de la santé des cantons d'Argovie, de Bâle-Ville, de Berne, de Genève, de Glaris, de Lucerne, de St-Gall, du Tessin, de Vaud et de Zurich. De son côté, l'Organe scientifique MHS, composé de 15 experts médicaux suisses et étrangers, s'occupe de l'étude médico scientifique des domaines de la MHS. Ses recommandations pour la coordination et la concentration, ainsi que pour les conditions de fourniture des prestations, servent de base de décision à l'Organe de décision.

Depuis le commencement de leur activité en 2009 jusqu'à ce jour, ces organes ont suivi un important processus d'apprentissage dans leur activité de planification. Comme il fallait s'y attendre, toutes les attributions des prestations de MHS n'étaient pas incontestées du côté des hôpitaux et des recours ont été déposés auprès du Tribunal administratif fédéral. En 2013, dans un arrêt de principe, celui-ci a décidé des modifications procédurales dans le processus de MHS, qui ont ensuite été appliquées par les Organes MHS. Ces modifications ont fait que, depuis 2014, la procédure de planification se déroule sur deux niveaux. D'abord a lieu le rattachement (définition du domaine MHS) et ensuite l'attribution (attribution des prestations aux hôpitaux). Les fournisseurs de prestations et aussi les sociétés de discipline médicale peuvent donner leur avis dans une procédure de consultation, aussi bien pour la procédure de rattachement que pour celle d'attribution. Au moment où ils posent leur candidature pour un domaine de prestations, celui-ci est déjà clairement défini, ce qui n'était pas le cas dans l'ancienne procédure. De plus, la participation de spécialistes a été renforcée avec la création de groupes d'accompagnement spécialisés dans lesquels interviennent des experts suisses renommés, par ex. dans les domaines du traitement des blessés graves et de la chirurgie viscérale. De la sorte, et aussi grâce à une plus grande concertation avec les sociétés de discipline médicale, les décisions dans la planification MHS sont encore mieux fondées.

Au début, la MHS a fait beaucoup de vagues. Après sept ans d'efforts visant à améliorer la qualité médicale dans les hôpitaux suisses, il est temps de dresser un bilan intermédiaire. Pour cela nous avons pu, en la personne du Conseil d'Etat Dr oec. Rolf Widmer, bénéficier de l'expertise d'un membre de l'Organe de décision MHS. Sa conclusion à propos des sept années écoulées: après les irritations qu'il a suscitées au départ, le processus MHS est en bonne voie consensuelle et tous les efforts doivent se tourner vers la qualité (la rédaction).

Dans le système fédéral suisse, la compétence de la planification hospitalière est du ressort des cantons. Et ce parce qu'ils sont, en définitive, de par la Constitution, responsables des soins médicaux à la population. Ils peuvent donc prendre des initiatives et emprunter de nouvelles voies dans le domaine de la technique ou de l'organisation du secteur hospitalier sans avoir à passer par les instances et les mécanismes de régulation nationaux. Aussi positive que puisse être cette voie pour l'innovation et la concurrence dans la plupart des secteurs de prestations de services, elle peut entraîner des inégalités dans la qualité des soins et des inefficacités, notamment dans les domaines des maladies rares et à traitements onéreux et complexes.

### Le bien-être des patients passe avant les intérêts individuels

La différenciation entre médecine hautement spécialisée et médecine de pointe s'avère difficile. Les cantons ont adhéré au concordat d'un commun accord et en espérant qu'un rattachement à la MHS ne se fasse que si au moins trois des quatre critères mentionnés sont satisfaits. Il doit toujours y avoir rareté. Pour des raisons constitutionnelles, il convient de s'assurer qu'il est tenu compte de la volonté des cantons concordataires lors de l'attribution. Il existe donc sans doute une limitation des domaines médicaux à rattacher à la MHS. Au bout de sept ans de planification MHS, qui ont aussi été en partie des années d'apprentissage, ponctuées de succès mais aussi de turbulences, les adaptations nécessaires ont été faites. On peut constater que les acteurs ont de plus en plus souvent une vision qui dépasse les limites de leur hôpital et de leur canton et s'engagent résolument en faveur de la meilleure qualité de soins possible. Car avec une plus forte implication de toutes les parties prenantes, l'acceptation augmente aussi, ce qui signifie qu'investir davantage en temps et en force de conviction en vaut la peine.

### La qualité, préoccupation principale

La mission légale dans le domaine de la MHS n'empiète pas substantiellement sur les compétences cantonales en matière de planification. Les domaines médicaux partiels qui étaient auparavant rattachés à la MHS correspondent, au niveau national, à deux pour cent de l'ensemble des cas stationnaires dans les hôpitaux de soins aigus. Compte tenu de ce nombre de cas, il est évident que, pour la planification dans le cadre de la CIMHS, c'est moins sur les possibilités d'économies que sur le degré d'optimisation le plus élevé possible de la qualité des traitements que l'accent est mis. Malheureusement, à ce jour, on ne dispose encore pratiquement pas de données empiriques fiables pour pouvoir évaluer la qualité de la réalisation des prestations. Les efforts ont certes été intensifiés. L'établissement de registres MHS dans tous les domaines est indispensable et d'ailleurs incontesté. Ceux-ci devront ensuite être soumis à un audit périodique pour vérifier l'intégrité et l'exactitude des données collectées. La crédibilité de la MHS dépendra, à plus long terme, de la possibilité de faire des évaluations empiriques, scientifiquement fondées, sur la qualité des prestations de MHS. L'attribution des prestations devra s'appuyer le plus rapidement possible sur une évaluation de la qualité des résultats. C'est sans doute ici que réside l'un des plus gros défis, qui devra être maîtrisé en priorité, en collaboration avec les fournisseurs de prestations et les sociétés de discipline médicale.

# Crohn's disease: a modern view on surgical management



Nicolas C. Buchs



Frédéric Ris



Alexander L. Bloemendaal



Bruce D. George

Nicolas C. Buchs<sup>1,2</sup>, nicolas.c.buchs@hcuge.ch

Frédéric Ris<sup>1</sup>, frederic.ris@hcuge.ch

Alexander L. Bloemendaal<sup>2</sup>, bobbybloemendaal@hotmail.com

Bruce D. George<sup>2</sup>, brucegeorge@doctors.org.uk

<sup>1</sup>Department of Surgery, University Hospital Geneva, Geneva, Switzerland

<sup>2</sup>Department of Colorectal Surgery, Oxford University Hospitals, Oxford, UK

**Since its first description in 1932, Crohn's disease (CD) remains a challenging pathology. While still incurable, major improvements in medical and surgical treatments have been recently made. However, during their lifetime, up to 80% of patients with CD will eventually require surgery. Therefore, improving the outcomes is a major goal, but it requires a multidisciplinary environment. The aim of this mini-review is to analyze the modern surgical management of CD, focusing on the pre-, the intra-, and postoperative management.**

Crohn's disease (CD) was first described by Burrill B. Crohn and colleagues in 1932<sup>1</sup>. Since its first description, the exact pathogenesis of CD remains relatively unclear. A complex interplay between conditioning factors (genetic influences, triggering events) and effector mechanisms (tissue damage through dysregulation of the intestinal immune and nonimmune functions) seems to explain most of the pathogenesis of the disease<sup>2</sup>. The integration of clinical, biological, radiological, endoscopic, and histological features is required to make the diagnosis<sup>3,4</sup>.

In 2016, CD is still incurable. Therefore, the concept in treating CD is to induce remission and then to maintain it<sup>5</sup>. Recently, medical therapy has evolved and new drugs have been introduced with success, such as biological agents (anti-TNF: infliximab, adalimumab and more recently the gut-specific vedolizumab)<sup>5-7</sup>. However, more than half of the patients still require surgery within 10 years of their diagnosis<sup>8-10</sup>. The aim of this review is to analyze the modern surgical management of CD.

## A Short Note on History

When Crohn and colleagues initially described the disease, CD was thought to be best treated as a cancer with wide oncological resection margins and extensive mesenteric dissection. However, this came at the cost of the sacrifice of long segments of bowel with still a high recurrence rate. Subsequently, bypass of affected segments has been tried but rapidly abandoned (frequent complications<sup>3</sup> and risk of tumoral development in the diverted segment<sup>9</sup>). The return to (limited) resectional surgery and development of stricturoplasty were the first steps towards modern surgical management. Recently, laparoscopic surgery has been introduced with success<sup>11</sup>.

Historically, medical treatment (often steroids) was continued until there was no other option than surgery. The main drawback of this approach is the timing of surgery and the fitness of the patient, who will generally be fragile and debilitated by the time of surgery, significantly increasing the risk of (post) operative complications. A more flexible approach, with surgery proposed earlier, is probably safer, but implies multidisciplinary management.

## Modern Surgical Management

Surgical indications have evolved during the last decades. Today, surgery is indicated for complications related to CD. These include strictures, fistulae, abscess, failure of medical therapy, perforation, hemorrhage, and cancer<sup>8,12</sup>. During their lifetime, 80% of patients with CD will eventually require surgery<sup>4,8,13</sup>. Interestingly, most patients with CD would have preferred to have had their surgery done 12 months earlier because of the achieved improvements<sup>3,14</sup>. However, we should keep in mind that surgery is not curative and recurrence is common if not the norm<sup>7,8,15</sup>.

## Preoperative management

Before considering surgery, several parameters need to be considered. Two distinct situations can be encountered: elective and emergency presentation. Obviously, the preparation for surgery mainly depends on this initial presentation. However, a complete preoperative assessment is imperative and a good collaboration between surgeons and gastroenterologists is an essential principle in the decision-making process.

Excellent perioperative care is essential for good outcomes in patients with CD<sup>3,12</sup>. The addition of a personalized enhanced recovery protocol to perioperative care, such as Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) or Fast Track, can improve patient outcomes. It encompasses a preoperative, intraoperative, and postoperative care regimen<sup>16</sup>.

Overall the preoperative care regimen should include (Table 1)<sup>3,4,12</sup>:

- Reduce the risk factors of anastomotic complication by improving nutrition (enteral or parenteral nutrition), weaning steroids (if possible) and draining sepsis (percutaneously or surgically)
- Allowing fluid and carbohydrate loading just before the surgery if possible (ERAS)<sup>16</sup>

- c. Correct the electrolytes and normalize hemoglobin/hematocrit levels
- d. Consider the risk of adrenal suppression in patients chronically on steroids
- e. Ensure up to date imaging (Magnetic Resonance Enterography or Computed Tomography Enterography) and colonoscopy, especially to ensure no obstruction distally to planned anastomoses
- f. Ensure multidisciplinary team (MDT) discussion and appropriate involvement of dieticians, stomatherapists, and psychologists in pre-op preparation. Medical and surgical counseling is important, and the patient should be aware of the potential complications (written consent)
- g. Ensure proper deep vein thrombosis prophylaxis, using low-molecular-weight heparin, compression stockings, intermittent calf compression devices (high risk of thrombotic complications<sup>17</sup>)
- h. Limit the use of bowel preparation (ERAS)<sup>16</sup>

### Operative management

Patients with CD can be among the most technically difficult cases a surgeon will face<sup>3</sup>. Several technical aspects must be considered<sup>3, 4</sup>:

- a. Using minimally invasive surgery as much as reasonably possible. A systematic review has reported favorable outcomes following laparoscopic resection for CD<sup>11</sup>. Better short-term outcomes can be expected<sup>16, 18</sup> with an obvious advantage in terms of cosmetics. In addition, laparoscopy can theoretically reduce the formation of adhesions<sup>19</sup>, which is important considering the risk of reoperation in these patients. Robotic and single site procedures have been shown to be feasible and safe in selected CD patients<sup>16, 20</sup>.
- b. Performing on-table endoscopy if required or if the anatomy is not clear (exclude distal stricture/stenosis when performing an anastomosis)
- c. Preserving bowel length by minimal resections or use of stricturoplasty<sup>12</sup>
- d. Avoiding anastomoses if major risk factors are present (sepsis, steroids, malnutrition). The risk of anastomotic leak is significant in CD and can lead to major abdominal catastrophe (enterocutaneous fistula, peritonitis, death). Several risk factors have been shown to be independently associated with anastomotic leak: presence of intra-abdominal sepsis, steroids and malnutrition<sup>4, 21</sup>. If more than one of these risk factors is present, an anastomosis (or a stricturoplasty) should be discouraged and a stoma is advised. A stoma should not be considered as a failure, but more as a bridge towards definitive treatment when the surgical environment will be more favorable. On the other hand, the preoperative use of azathioprine or mercaptopurine does not seem to increase the risk of anastomotic leak<sup>12</sup>. Regarding the use of biological agents, there is still a debate with conflicting results<sup>12, 22</sup>.
- e. Dealing carefully with inflamed and oedematous vascular mesenteric pedicles (use of transfixion stitch or vascular staplers)
- f. Rigorous surgical technique (minimizing spillage of gastrointestinal content, meticulous hemostasis, repairing any serosal tear or enterotomy)
- g. Recognizing all the strictures (especially the distal ones), by using a Foley catheter (balloon inflated at 2-2.5 cm) or a steel ball.

### Small bowel disease

Small bowel is affected by CD in 30% of cases<sup>3</sup>. The surgeon should preserve the length of small bowel as much as reasonably possible. Minimal resections with 2cm macroscopic margins are recommended, and extensive resection should be clearly avoided. The risk of short bowel syndrome is obvious<sup>3</sup> with all its devastating consequences, especially considering the likelihood of recurrent disease and further operations. In addition, studies have shown that there are no advantages of extensive resection in terms of recurrence<sup>3</sup>.

Stricturoplasty is appealing by preserving the bowel length and treating short fibrotic stenosis. Long (Finney) and extra-long (Michelassi) stricturoplasties have been shown feasible and reasonably safe<sup>3</sup>. There is a low complications rate following stricturoplasty: 4% septic complications and 23% recurrence rate<sup>23</sup>. Less than 10% of the stricturoplasties themselves restricture, so most of the recurrent disease occurs at the new sites<sup>24</sup>.

Patients with small bowel CD have a 30 fold-increased risk to develop an intestinal adenocarcinoma. In these (rare) circumstances, a true oncological resection is mandatory with adequate margins and sufficient lymphadenectomy.

### Ileocaecal disease

The ileocaecal area is the most commonly affected location (30-50% of cases)<sup>3</sup>. There is a current trend to encourage early surgery for isolated stricturing TI, when the general condition of the patient is still good, rather than after prolonged medical therapy<sup>4</sup>. A minimally invasive ileocaecal resection is the procedure of choice<sup>16, 25</sup>. The ileocaecal resection should be limited, including only a few centimeters of macroscopically normal bowel at each end<sup>3</sup>. More extensive resections have not yet been shown to reduce the risk of recurrence. The best anastomosis is still debated. However, there is evidence that stapled joins are associated with lower risk of anastomotic leak<sup>26</sup>. Others did not find any significant differences<sup>27</sup>.

Recently, stricturoplasty over the ileocaecal valve has been reported with encouraging results<sup>28</sup>, but the experience remains limited. For recurrent anastomotic stricture (up to 40% at 10 years), endoscopic dilation is a valid option with a short-term benefit in 60-80% of cases, with a risk of perforation around 2-11%<sup>29</sup>. Re-resection of ileocolic anastomosis is safe, even by laparoscopy<sup>16</sup>.

### Colonic disease

About 30% of patients with CD have disease localized to the colon<sup>3</sup>. Half of them eventually require a surgery within 10 years and a quarter will end up with a permanent stoma<sup>4, 30</sup>. The choice of the surgery depends on the distribution and the extent of the inflammation, the presence or absence of proctitis and perianal disease<sup>4</sup>, the presence of a suspicious lesion, and the current medical treatment (steroids).

In terms of resection, there are mainly two options: segmental and total colectomy. The former may be indicated for an isolated segment of inflammation or stricture. Similar outcomes can be achieved when comparing segmental and total colectomy, but there is an increased risk of early recurrence in the segmental group<sup>3, 4, 31</sup>. Stricturoplasty is not indicated for colonic stricture, notably because of the risk of malignancy in CD colitis. A resection should be the rule. Total colectomy with ileorectal anastomosis is an option if there is rectal sparing (25% of cases), with a normally functioning rectum and a good sphincter mechanism<sup>3, 4</sup>.

In case of emergency presentation (toxic megacolon, perforation, hemorrhage, severe colitis not responding to medical therapy), a total abdominal colectomy and end ileostomy should be performed. When the patient has recovered from this initial surgery, completion proctectomy with permanent ileostomy or ileorectal anastomosis can be performed. This choice depends on patient's preferences, sphincter function and severity of proctitis.

Defunctioning ileostomy may be used to decrease colonic inflammation (unlike ulcerative colitis) and may be considered for CD colitis. This will allow clinical improvement in over 80%<sup>3</sup>. Half will be able to have the stoma closed initially, but only 20% eventually continue without relapse with adequate function<sup>3, 4, 32</sup>. Therefore, most of these patients may still need a proctocolectomy with permanent ileostomy. This operation is the gold standard for treating colorectal disease and is associated with the lowest recurrence rate<sup>3</sup>. The most common complication of this procedure is perineal delayed wound healing, especially when an extensive perianal disease is present. The use of myocutaneous flap to close the perineal cavity and wound may be required<sup>4</sup>. The role of restorative proctocolectomy with an ileal pouch is still debated. Most authors regard CD as a contra-indication for restorative procedure, because the risk of pouch failure can be as high as 45%<sup>3</sup>.

**Perianal disease**

Anal pathology is extremely common in patients with CD (more than 50%)<sup>3</sup>, especially when distal inflammation is present. There is a highly variable clinical presentation, from very mild skin tags or fissure to extensive ulceration with perineal destruction. While rare, carcinoma is a recognized complication. Initial management should assess the activity of the bowel disease (endoscopy, MRE), and evaluate the perianal disease itself (examination under anesthesia, endoanal ultrasound, MRI)<sup>33</sup>. Several factors need to be considered when planning surgery<sup>4</sup>: the presence of proctitis, the severity of disease (simple or complex fistula, undrained sepsis), the patient's symptoms and expectations.

Quoting famous surgeons, «fecal incontinence is the result of aggressive surgeons and not progressive disease» (J. Alexander-Williams 1976; N. J. Mortensen 2015). Thus, conservative management should be a priority for mild disease (fissure, skin tags, and hemorrhoids). As a general rule, surgery should not be undertaken in the presence of active proctitis<sup>33</sup>.

For fistulating disease, four different phases can be seen<sup>3, 4, 33, 34</sup>:

- a. First aid: drainage of peri-anal abscesses with Seton placement if there is an obvious fistula, avoiding fistula repair (high failure rate) or fistulotomy (risk of incontinence).
- b. Bridging treatment: typically this phase involves leaving Seton drains in place, short course antibiotics (metronidazole and/or ciprofloxacin) and optimisation of medical therapy (azathioprine, infliximab, adalimumab). Failure of this phase necessitates a search for sepsis with an MRI or examination under anesthesia. Occasionally, a defunctioning stoma is necessary to bridge to a controlled situation.
- c. Quality of life treatment: ranges from long-term Seton to attempt at definitive cure (advancement flap, LIFT procedure, biological plugs). Sphincter preservation is particularly important. Medical therapy, especially anti-TNF, may give symptomatic relief. Unfortunately, sustained fistula healing is less likely. Multiple or complex fistulae associated with deep ulceration or strictures are extremely unlikely to be healed surgically.
- d. Planning for proctectomy: if attempts to heal anal fistulae are unrealistic, then long term defunctioning or proctectomy may be needed. Myocutaneous flap for perineal closure may be required.

**Postoperative management**

While surgery can be technically challenging, the postoperative course can be even more so. To improve the outcomes, enhanced recovery programs have been developed with quick resumption of diet, stimulation of gut motility, prevention of nausea and vomiting, avoidance of salt and water overload, use of non-opioid oral analgesia, and early removal of urinary catheters and drains<sup>16</sup>. However, it can be difficult to apply these recommendations for patients with CD after major surgery. A flexible approach is probably more advisable.

Globally, a low threshold for evaluation of suspected post-operative sepsis is recommended. On the other hand, one should be cautious to avoid re-operating on hostile abdomen, potentially causing more harm<sup>4</sup>. If an enterocutaneous fistula occurs, the acronym SNAPP (control of Sepsis, improve Nutritional state, assessment of Anatomy, Protection of skin, Plan reoperation) should be followed. If the fistula is distal, long, and has a small caliber, if there is no distal obstruction, and the nutrition is optimized, there is a good chance of spontaneous closure.

Regarding the risk of recurrent CD, all patients should be strongly encouraged to stop smoking<sup>3, 4, 35</sup>. In addition, different drugs (biologics, 5-ASA, thiopurines) have been shown to reduce the risk of recurrence<sup>15, 36</sup>. However, an individualized discussion is crucial and again MDT discussion is the cornerstone of the postoperative management of patients with CD. Nowadays, the risk of recurrence at 10 years is 44%<sup>10</sup> and 56% at 20 years<sup>37</sup>. This emphasizes the importance of follow-up (endoscopy, MRE) to identify patients who will benefit from early and aggressive medical management<sup>15</sup>.

**Conclusion**

Surgery for CD is challenging and therefore several parameters need to be considered to improve surgical outcomes. The surgical management starts preoperatively, with a good collaboration with gastroenterologists being the definite cornerstone of a multidisciplinary management. A liberal, but responsible, use of minimally invasive surgery and the application of key concepts of enhanced recovery programs are helpful tools to decrease morbidity. Preserving bowel length and avoiding anastomosis when the environment is unfavourable should be kept in mind.

**Table 1. Perioperative management for CD: parameters to consider.**

Preoperative	Intraoperative	Postoperative
Multidisciplinary / multispecialty meeting / ERAS protocol	Use of minimally invasive surgery ERAS protocol	Multidisciplinary / multispecialty meeting / ERAS protocol
Improvement of nutrition (TPN or enteral nutrition)	Preserving bowel length	Improvement of nutrition (TPN most of the time)
Treatment of sepsis (preoperative drainage)	Avoiding gastrointestinal spillage, careful repair of serosal tear/enterotomy, assessing any distal stricture (Foley, ball)	Aggressive treatment/research of intra-abdominal sepsis
Weaning of steroids	If risk factors: consider stoma	Drugs to reduce risk of recurrence, stop smoking
Correction of electrolytes and haemoglobin	Haemostasis, transfusion stitches for mesentery	Correction of electrolytes and haemoglobin
Considering the risk of adrenal suppression	Considering the risk of adrenal suppression	Considering the risk of adrenal suppression and then weaning steroids
Up to date imaging and endoscopy	On table endoscopy if required	Low threshold for repeating imaging (complications?)
DVT prophylaxis (LMWH, stockings)	DVT prophylaxis (stockings, compression device)	DVT prophylaxis (LMWH, stockings)

**TPN: total parenteral nutrition. DVT: deep venous thrombosis. LMWH: low molecular weight heparin. ERAS: enhanced recovery after surgery.**

## References

- Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Landmark article Oct 15, 1932. Regional ileitis. A pathological and clinical entity. By Burril B. Crohn, Leon Ginzburg, and Gordon D. Oppenheimer. *JAMA* 1984; 251(1): 73-9.
- Strong SA. «Surgery for Crohn's disease» in *The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery*. Springer Ed 2009: 787-98.
- Thompson-Fawcett MW, Mortensen NJ. Crohn's disease in «Colorectal Surgery, Robin K. S. Philips and Susan Clark editors, 5th edition». Saunders Elsevier 2014: 141-67.
- George BD. «Inflammatory Bowel Disease» in *Colorectal Surgery: Clinical Care and Management*, 1st edition. John Wiley Ed 2016: in press.
- Hanauer SB, Feagan BG, Lichtenstein GR, et al. Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. *Lancet* 2002; 359(9317): 1541-9.
- Hanauer SB, Sandborn WJ, Rutgeerts P, et al. Human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody (adalimumab) in Crohn's disease: the CLASSIC-I trial. *Gastroenterology* 2006; 130(2): 323-33; quiz 591.
- Cheifetz AS. Management of active Crohn disease. *JAMA* 2013; 309(20): 2150-8.
- Ueno F, Matsui T, Matsumoto T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for Crohn's disease, integrated with formal consensus of experts in Japan. *J Gastroenterol* 2013; 48(1): 31-72.
- Peyrin-Biroulet L, Loftus EV, Jr., Colombel JF, Sandborn WJ. The natural history of Crohn's disease in population-based cohorts. *The American journal of gastroenterology* 2010; 105(2): 289-97.
- Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and postoperative recurrence in Crohn's disease. *Annals of surgery* 2000; 231(1): 38-45.
- Neumann PA, Rijcken EJ, Bruwer M. Current status of laparoscopic surgery for patients with Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 2013; 28(5): 599-610.
- Spinelli A, Allocca M, Jovani M, Danese S. Review article: optimal preparation for surgery in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 40(9): 1009-22.
- Mekhjian HS, Switz DM, Melnyk CS, Rankin GB, Brooks RK. Clinical features and natural history of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1979; 77(4 Pt 2): 898-906.
- Scott NA, Hughes LE. Timing of ileocolonic resection for symptomatic Crohn's disease – the patient's view. *Gut* 1994; 35(5): 656-7.
- Bennett JL, Ha CY, Efron JE, Gearhart SL, Lazarev MG, Wick EC. Optimizing perioperative Crohn's disease management: role of coordinated medical and surgical care. *World J Gastroenterol* 2015; 21(4): 1182-8.
- Holder-Murray J, Marsicovetere P, Holubar SD. Minimally invasive surgery for inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases* 2015; 21(6): 1443-58.
- Hudson M, Chitolie A, Hutton RA, Smith MS, Pounder RE, Wakefield AJ. Thrombotic vascular risk factors in inflammatory bowel disease. *Gut* 1996; 38(5): 733-7.
- Lesperance K, Martin MJ, Lehmann R, Brounts L, Steele SR. National trends and outcomes for the surgical therapy of ileocolonic Crohn's disease: a population-based analysis of laparoscopic vs. open approaches. *Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract* 2009; 13(7): 1251-9.
- Bartels SA, Vlug MS, Henneman D, Ponsioen CY, Tanis PJ, Bemelman WA. Less adhesiolysis and hernia repair during completion proctocolectomy after laparoscopic emergency colectomy for ulcerative colitis. *Surgical endoscopy* 2012; 26(2): 368-73.
- Moftah M, Nazour F, Cunningham M, Cahill RA. Single port laparoscopic surgery for patients with complex and recurrent Crohn's disease. *J Crohns Colitis* 2014; 8(9): 1055-61.
- Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Pocard M, Vicaud E, Valleur P. Risk factors for intra-abdominal septic complications after a first ileocecal resection for Crohn's disease: a multivariate analysis in 161 consecutive patients. *Diseases of the colon and rectum* 2007; 50(3): 331-6.
- Myrelid P, Marti-Gallostra M, Ashraf S, et al. Complications in surgery for Crohn's disease after preoperative antitumour necrosis factor therapy. *The British journal of surgery* 2014; 101(5): 539-45.
- Tichansky D, Cagir B, Yoo E, Marcus SM, Fry RD. Strictureplasty for Crohn's disease: meta-analysis. *Diseases of the colon and rectum* 2000; 43(7): 911-9.
- Fearnhead NS, Chowdhury R, Box B, George BD, Jewell DP, Mortensen NJ. Long-term follow-up of strictureplasty for Crohn's disease. *The British journal of surgery* 2006; 93(4): 475-82.
- Tilney HS, Constantinides VA, Heriot AG, et al. Comparison of laparoscopic and open ileocecal resection for Crohn's disease: a metaanalysis. *Surgical endoscopy* 2006; 20(7): 1036-44.
- Choy PY, Bissett IP, Docherty JG, Parry BR, Merrie A, Fitzgerald A. Stapled versus handsewn methods for ileocolic anastomoses. *The Cochrane database of systematic reviews* 2011; (9): CD004320.
- McLeod RS, Wolff BG, Ross S, Parkes R, McKenzie M, Investigators of the CT. Recurrence of Crohn's disease after ileocolic resection is not affected by anastomotic type: results of a multicenter, randomized, controlled trial. *Diseases of the colon and rectum* 2009; 52(5): 919-27.
- de Buck van Overstraeten A, Vermeire S, Vanbeckvoort D, et al. Modified side-to-side isoperistaltic strictureplasty over the ileocaecal valve: an alternative for ileocaecal resection in extensive terminal ileal Crohn's disease. *J Crohns Colitis* 2015.
- Sabate JM, Villarejo J, Bouhnik Y, et al. Hydrostatic balloon dilatation of Crohn's strictures. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18(4): 409-13.
- Lapidus A, Bernell O, Hellers G, Lofberg R. Clinical course of colorectal Crohn's disease: a 35-year follow-up study of 507 patients. *Gastroenterology* 1998; 114(6): 1151-60.
- Tekkis PP, Purkayastha S, Lanitis S, et al. A comparison of segmental vs subtotal total colectomy for colonic Crohn's disease: a meta-analysis. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 2006; 8(2): 82-90.
- Edwards CM, George BD, Jewell DP, Warren BF, Mortensen NJ, Kettlewell MG. Role of a defunctioning stoma in the management of large bowel Crohn's disease. *The British journal of surgery* 2000; 87(8): 1063-6.
- Gecse KB, Bemelman W, Kamm MA, et al. A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease. *Gut* 2014; 63(9): 1381-92.
- Singh B, Mc CMNJ, Jewell DP, George B. Perianal Crohn's disease. *The British journal of surgery* 2004; 91(7): 801-14.
- Cottone M, Rosselli M, Orlando A, et al. Smoking habits and recurrence in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1994; 106(3): 643-8.
- Mayberry JF, Lobo A, Ford AC, Thomas A. NICE clinical guideline (CG152): the management of Crohn's disease in adults, children and young people. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 37(2): 195-203.
- Shivananda S, Hordijk ML, Pena AS, Mayberry JF. Crohn's disease: risk of recurrence and reoperation in a defined population. *Gut* 1989; 30(7): 990-5.

## «Ticken Chirurgen anders? – Hoffentlich.»

### Der «ideale» Chirurg aus Sicht des Intensivmediziners

Als Chirurgen haben wir eine bestimmte Art, Sachverhalte und Dinge zu verstehen und zu beurteilen, die sich oft unterscheidet von denjenigen von Medizinern, Anästhesisten oder Intensivmediziner. Unterscheiden wir uns charakterlich von unseren Kollegen oder prägt uns unsere «chirurgische» Ausbildung? Diese typische Art ist aber oft auch nötig, um in kritischen Situationen fokussieren und in nützlicher Frist entscheiden zu können. Andererseits sind das gegenseitige Verständnis und die Kommunikation mit Vertretern anderer Fachrichtung von zentraler Bedeutung, wenn die Patientenversorgung möglichst reibungslos ablaufen soll. Wir haben uns deshalb gefragt, wie sich Intensivmediziner den idealen Chirurgen vorstellen. Wir konnten dafür Prof. Hans Pargger, Chefarzt der Operativen Intensivbehandlung am Unispital Basel, für ein Interview gewinnen. Die Fragen stellte Christian Nebiker.



Hans Pargger

### Hans Pargger, denkst du, dass Chirurgen grundsätzlich anders ticken als Mediziner oder Intensivmediziner? Gibt es charakterliche Unterschiede? Wenn ja, welche schätzt du besonders oder welche stören?

Zunächst möchte ich euch gratulieren, dass ihr das Thema aufnehmt. Ich sage das nicht, weil ich glaube, Chirurgen-Charaktere seien problematischer als andere, sondern ich gratuliere, weil die Chirurgen mit der Bereitschaft zur Diskussion über dieses Thema beweisen, dass es nicht so schlimm sein kann. Weiter ist mir wichtig zu sagen, dass ich in diesem Interview meine persönliche Meinung übermittle, die auf meinem Erfahrungsschatz beruht. Der ist, zugegebenermassen recht gross in dieser Beziehung, aber ich bin immer noch nur n=1, und damit nicht repräsentativ. Bewusst habe ich darauf verzichtet, irgendwelche Literaturangaben zu machen und dem Interview einen pseudo-wissenschaftlichen Anstrich zu geben.

Ticken Chirurgen anders? Meine Antwort darauf ist: Hoffentlich! Ein Lehrer tickt anders als ein Automechaniker, ein Sozialarbeiter anders als ein Waldarbeiter, ein Arzt anders als ein Jurist, ein Chirurg anders als ein Intensivmediziner. Was soll schlimm daran sein? Im Gegenteil. In der Einführung zu diesem Interview ist schon beschrieben: Chirurgen müssen ganz bestimmte Eigenschaften haben, um einen chirurgischen Eingriff durchführen zu können. Diese Eigenschaften müssen in Ansätzen schon vorhanden sein, wenn man die Karriere beginnt, und werden dann weiterentwickelt. Ich denke, diese Charakterzüge sind letztlich der Grund dafür, dass ein junger Arzt oder eine junge Ärztin vom Durchführen einer Operation fasziniert ist und sich für die Weiterbildung in Chirurgie entscheidet. Es ist wichtig zu realisieren, dass die Aussage, Chirurgen seien anders, keine negative Wertung beinhaltet. Man könnte krasser sagen, «Chirurgen müssen anders sein, damit sie ihre Arbeit optimal erledigen können» und Menschen, die sich für andere Fachdisziplinen entschieden haben, können nicht operieren, werden es nie können und ich möchte nicht von denen operiert werden.

Was ist anders? Es ist ja nicht so, dass ein Mensch Eigenschaften hat oder nicht, sondern wir sprechen über die Ausprägung einer bestimmten Eigenschaft. Diese Ausprägung kann dann vielleicht mal zum Problem werden, wenn dadurch alle anderen Eigenschaften überdeckt werden und die Person wie eine Karikatur einer bestimmten Charaktereigenschaft erscheint. Das gibt es aber nicht nur bei Chirurgen, sondern bei allen Berufen. Die Eigenschaft, die ich persönlich an Chirurgen am regelmässigsten wahrnehme, ist die momentane Fokussierung auf ein Einzelthema oder -problem. Das kann soweit gehen, dass alle anderen Probleme daneben ausgeblendet werden und kei-

nen Platz mehr haben. Positiv formuliert kann man es Zielorientierung nennen. Des Weiteren sind Chirurgen tatenfreudige Menschen, sie sind Macher, und zwar in erster Linie mit den Händen oder Werkzeugen; und letztlich erfahre ich Chirurgen autoritärer, beherrschender und dominierender als Kollegen aus anderen Disziplinen. Emotionen haben nur Platz, solange der Operationserfolg und die Leistungsfähigkeit des Chirurgen nicht beeinträchtigt werden. Alles zusammen kann den Anschein von Rücksichtslosigkeit und Brutalität haben, nicht zuletzt auch wegen dem Messer.

Für mich sind diese Eigenschaften nicht primär negativ besetzt. Sie ergeben sich aus der Kerntätigkeit von Chirurgen, dem Operieren: Man muss fokussiert sein und etwas «tun» wollen (= Macher), ein Problem nach dem anderen abarbeiten, immer zielorientiert, ohne viele Emotionen und dabei ein kleines Operationsteam führen. Dessen Tätigkeit hat sich an den Vorstellungen des Operateurs zu orientieren. In kritischen Situationen ist oft wenig bis kein Raum für Diskussion. Deshalb erscheint der Chirurg autoritärer und dominierender. Das ist vergleichbar mit einem Intensivmediziner, der eine Reanimation leitet. Andere immer wieder beschworene Eigenschaften von Chirurgen wie Ehrgeiz, Machtbesessenheit, Selbstherrlichkeit oder Egozentrik sind für mich Klischees. Ich nehme sie bei Ärzten anderer Disziplinen oder Berufsgruppen genauso wahr, und sie stören gleichermassen.

### Was macht für dich einen guten Chirurgen aus?

Ein guter Chirurg ist für mich eine Persönlichkeit, die neben ihrer spezifischen Fachkompetenz, die ausdrücklich manuelle Fähigkeiten mit einschliesst, die oben beschriebenen Eigenschaften wie Zielorientierung, Fokussierung, Autorität, Herrschaft und Dominanz in dem Mass besitzt und auslebt, wie sie dem Wohl des Patienten dienen. Diese Person ist fähig, in angespannten Situationen vielleicht autoritär, aber immer korrekt und respektvoll gegenüber allen Teammitgliedern zu agieren. Der Arzt ist sozialkompetent und zwar nicht nur im Privaten und im Büro, sondern auch während der Operation und auf Visite. Das Arztsein beinhaltet für mich zwingend Kenntnisse über ethische Grundsätze in der Medizin. Ethik beschäftigt sich damit, zu beschreiben, wie man Gutes tun kann. In der Medizin heisst das, den Willen des Patienten respektieren, nur das tun, was dem Patienten nützt und vermeiden, was ihm schadet, und gerecht zu sein.

### Gibt es Unterschiede innerhalb der chirurgischen Fächer aus deiner Wahrnehmung?

Aus meinem Blickwinkel sehe ich grössere Unterschiede innerhalb der jewei-



ligen Disziplinen als zwischen den Disziplinen. Aber es gibt Abteilungsunterschiede. Die beruhen meines Erachtens aber nicht auf Unterschieden zwischen den chirurgischen Fächern, sondern auf Kulturunterschieden, die oft durch die Chefärzte oder Leitungsteams geprägt werden. Autoritäre Chefs legitimieren autoritären Stil in der ganzen Abteilung.

#### **Haben sich die Chirurgen über die letzten Jahrzehnte verändert?**

Die ganze Ärzteschaft hat sich geändert. Die grossen Internisten des letzten Jahrhunderts waren genauso patriarchalisch und autoritär wie die Chirurgen, Anästhesisten oder Intensivmediziner, wobei es Letztere erst seit 40 Jahren gibt. Wir Ärzte haben Sozialkompetenz, Führungsverhalten und Ethikkompetenz in unsere Fachkompetenz integriert, die einen weniger, die anderen mehr, unabhängig vom Fach.

#### **Aktuell werden für den Facharzt Chirurgie lediglich drei Monate Anästhesie oder Intensivmedizin verlangt. Reicht dies deiner Meinung nach oder wäre eine längere Rotation wünschenswert?**

Die Weiterbildungszeiten an sich dauern schon lange, auch verglichen mit dem Ausland. Wie kann man also längere fachfremde «Rotationen» verlangen, ohne dass Daten über deren Nutzen vorliegen. Wichtig für die Chirurgen ist nur, was für die ganze Ärzteschaft gilt: Wo ich keine Kompetenz erworben habe, respektiere ich die Kompetenz der Kollegen aus anderen Disziplinen, in diesem Beispiel also der Anästhesisten und Intensivmediziner. Die Verantwortlichen für die Weiterbildungsprogramme der Chirurgie müssen entscheiden, welche Kompetenzen für einen chirurgischen Facharzt in einem anderen Fachgebiet erworben werden müssen. Eine simple Verlängerung irgendwelcher Rotationen ohne Definition der Inhalte, die gelernt werden müssen, ist aus meiner Sicht nicht zielführend.

#### **Sollten Intensivmediziner, welche sich vor allem mit chirurgischen Patienten beschäftigen, bei der Indikationsstellung für eine Operation mehr involviert werden?**

Als Erstes muss das Wohl des Patienten im Zentrum stehen. Wenn die Indikation für einen Eingriff auch etwas mit der Indikation für Intensivtherapie zu tun hat, muss der Intensivmediziner zwingend in die Indikationsstellung für den Gesamtprozess integriert sein, so wie der Anästhesist übrigens auch. Oben haben wir über die Dauer einer Intensivrotation von Chirurgen nachgedacht. Es ist anmassend, wenn jemand, der keine oder nur rudimentäre Kenntnisse über ein Fachgebiet erworben hat, glaubt, er könne diese Therapie indizieren. Übrigens ist das schon rechtlich nicht haltbar. Trotzdem bin ich nicht der Meinung, dass Intensivmediziner bei allen Patienten immer in den Prozess der Indikationsstellung involviert sein müssen. Wenn sich die voraussichtliche Intensivbehandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit im Rahmen einer Routinebehandlung bewegt und klar ist, dass der Patient nach korrekter Aufklärung über Risiken und Gefahren den operativen Eingriff will, muss der Intensivmediziner nicht unbedingt auch bei der Indikation mitreden. Wenn aber die Gefahr von Komplikationen besteht, die einen verlängerten Aufenthalt auf der Intensivstation verursachen können, gehört der Intensivmediziner in die Indikationsstellung integriert.

#### **Wie denkst du über die zunehmende Spezialisierung und Zentralisierung in der Chirurgie – konkret die HSM? Bewegt sich die Chirurgie in eine gute Richtung?**

In der Schweiz sind durch unsere föderalistische Tradition hochkomplexe Verfahren in vielen Spitälern angeboten worden, ohne dass dabei Routine in diesen Behandlungen entstanden ist. Dass sich hier eine gewisse Gegenbewegung gebildet hat, war zu erwarten, ist gut und dient dem Patienten. Jede Fachdisziplin muss diese Spezialisierung, Segmentierung und Beschränkung

jedoch selbst definieren und überprüfen, ob sich der gewünschte Effekt einstellt, und allenfalls korrigierend eingreifen. Im Bereich der Intensivmedizin zum Beispiel scheint es wenig sinnvoll, Verfahren wie extrakorporelle Membranoxygenierung in allen der über 80 Erwachsenen- und Kinderintensivstationen anzubieten. Dasselbe gilt auch in der Chirurgie.

#### **Wie stellst du dir die ideale Zusammenarbeit vor? Wer sollte den «Lead» bei chirurgischen Patienten auf der Intensivstation haben und wo siehst du den Input des Chirurgen?**

Der Lead auf der Intensivstation liegt klar beim Intensivmediziner. Es ist eine Grundvoraussetzung und ein Qualitätskriterium im Rahmen der Zertifizierung einer Intensivstation durch die Zertifizierungskommission (ZK-IS) der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin. Die Intensivbehandlung dient dazu, durch die Therapie des Gesamtkörpers das chirurgisch erreichte Zwischenresultat so zu sichern, dass der Patient mit dem gewünschten Gesamtherapieziel wieder entlassen werden kann. Im Operationssaal ist der Chirurg für seinen Eingriff im Lead und der Anästhesist ist im Lead für die Anästhesie. Absprachen braucht es nur, wenn sich die beiden Aufgaben überschneiden. Auf der Intensivstation bleibt der Chirurg verantwortlich für seinen Eingriff und die Entdeckung und Behebung allfälliger Komplikationen. Der Rest liegt in der Verantwortung des Intensivmediziners. Input leisten muss der Chirurg aber immer auf der Intensivstation. Der Input jedoch ist kein Befehl, den der Intensivmediziner auszuführen hat, sondern der Intensivmediziner entscheidet, ob dieser Input im Gesamtkonzept dem Wohl des Patienten dient. Erfahrene Intensivmediziner sind sich bewusst, dass Chirurgen, die einen Patienten nach stundenlanger Operation auf der Intensivstation abliefern, nicht einfach unbeteiligt die Intensivtherapie beobachten können. Sie werden immer beteiligt bleiben. Wenn der Chirurg es aber versäumt, den Intensivmediziner präoperativ beizuziehen und dann glaubt, das rechtfertige eine Aussage wie «schliesslich habe ich mit dem Patienten präoperativ gesprochen, also entscheide ich auch, wie es weitergeht», ist er auf dem Holzweg. Das ist nicht nur rechtlich nicht möglich, es dient auch nicht dem Wohl des Patienten. Dass der Lead der Intensivbehandlung beim Intensivmediziner liegt, ist nicht nur rechtlich verbindlich, sondern entlastet den Chirurgen von seiner emotionalen Bindung. Diese Bindung kann sich, vielleicht unbewusst, mehr auf das technische Operationsresultat und nicht so sehr auf das Gesamtwohl des Patienten beziehen. Wenn der Patient dann wieder auf der chirurgischen Abteilung ist, liegt der Lead wieder beim Chirurgen. Er kann dann auch das Lob und die Anerkennung von Patient und Angehörigen allein geniessen...., auch wenn das Schlussresultat nur durch die Arbeit eines grossen Teams möglich wurde.

#### **Wenn du bei den Chirurgen einen Wunsch frei hättest, was wünschst du dir?**

Was ich mir für mich auch wünsche, und wonach ich strebe: lernfähig bleiben.



Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Laparo- und Thorakoskopische Chirurgie  
Association Suisse pour la Chirurgie Laparoscopique et Thoracoscopique  
Associazione Svizzera per Chirurgia Laparoscopica e Thoracoscopica  
Swiss Association for Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery

## THE SALTC MASTERCLASS IN LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY: A hands-on experience

The SALTC organizes a unique 3-week course in laparoscopic colorectal surgery. The selected fellow rotates in 3 Swiss hospitals, where he shadows a specialist colorectal surgeon. The SALTC and the participating centers **guarantee that the fellow will scrub in 2-3 colectomies per center: he assists the first one, and operates under assistance the next 2.**

This year, the SALTC will offer 2 Masterclasses, which will take place at the following hospitals during October-December 2016:

Baden	Dr. A. Keerl
Bern - Insel	Dr. Lukas Brügger
Frauenfeld	PD Dr. med. M. Müller
Lugano	Prof. Dr. med. D. Christoforidis
St. Gallen/Rorschach	Dr. med. W. Brunner
Zürich - Triemli	Prof. Dr. med. M. Weber

Travel and housing expenses are reimbursed by the SALTC for up to CHF 1'500/ fellow. The ideal fellow is in a training program with good perspectives for a career in a Swiss hospital, has a main interest in colorectal surgery, and has already acquired a good level in laparoscopy (assisted at least 10, performed under assistance at least 5 laparoscopic colectomies).

Applications should be submitted to Prof. D. Christoforidis, Viceprimario Chirurgia, Ospedale Regionale di Lugano, 6900 Lugano, before **June 30<sup>th</sup>, 2016.**

For details on how to apply and for any further information, visit [www.saltc.ch](http://www.saltc.ch) or contact Prof. Dr. D. Christoforidis, Ospedale Regionale di Lugano, 091 811 69 56, [dimitri.christoforidis@eoc.ch](mailto:dimitri.christoforidis@eoc.ch),



# «Ob sich Haken halten wohl lohnt?»

## Studenten-Mentoring am Universitätsspital Zürich

Claudio Caviezel, [claudio.caviezel@usz.ch](mailto:claudio.caviezel@usz.ch)



**Da spricht doch manch einer von Nachwuchsmangel in der Chirurgie. Welch' Ironie, so manch einer spricht davon, während das Gros der Studienabgänger weiblicher Natur ist. Und somit auch der potenzielle Nachwuchs. Man(n) munkelt, die weibliche Note in den Heerscharen der motivierten frischgebackenen Medici sei auch nicht gerade hilfreich zur Bekämpfung des genannten Nachwuchsmangels. Schliesslich besteht die Chirurgie seit jeher aus tagtäglichem Gerangel um einen Platz im Operationssaal, brüskem und rüdem Gerede – ja Geschimpfe, die Hierarchieleiter herunter, und unmenschlichen Arbeitszeiten, welche die Umstellung auf die Sommerzeit zum schönsten Tag des Jahres machen. Ein Klischee jagt das nächste, die zarten weiblichen Pflänzlein interessieren sich also schon grundsätzlich nicht für dieses schroffe und unflexible Fach und die Herren der Schöpfung sind auch schon im 21. Jahrhundert angekommen und rufen nach Work-Life-Balance, Feierabendbier und anderen tollen Hobbies.**

Nicht nur die Chirurgie scheint zu leiden – diese natürlich ganz besonders und nirgends ist es so schlimm – auch andere Fächer wundern sich hie und da über mangelnde Bewerber aus dem Inland und dem doch bitte dann schon wenigstens angrenzenden Ausland. Aus Sicht der aktuellen Medizinstudenten muss der Vorwurf des mangelnden Arbeitswillens wie eine infame Lüge vorkommen. Auch die Erfahrungen des Autors aus den Kursen für besagte angehende Medici belehren eines Besseren. Die Arbeitszeiten mögen kritischer hinterfragt werden als früher, allerdings werden auch die Zukunftspläne zum Teil deutlich eher in Angriff genommen. So eine Assistenten-Zeit mag sorgfältig geplant und so kurz wie möglich gehalten werden.

Und um den angehenden Ärzten dabei zu helfen, wurde im Jahre 2009 durch die damalige Medizinstudentin Esther Frei im Rahmen ihrer Dissertation das Projekt «Mentoring Zürich» initiiert. Das Projekt besteht aus einer Studentenorganisation der medizinischen Fakultät der Universität Zürich und soll Kontakte zwischen Studierenden und ÄrztInnen vermitteln. Interessierte Ärzte melden sich an und werden je nach Tätigkeit resp. Facharzttitel, Anteil Forschung und Anteil Klinik mit einem Studierenden verknüpft, der wiederum seine hauptsächlichen Interessen angegeben hat. Primär wird die Fachrichtung gewichtet, gefolgt von sonstigen gemeinsamen Interessen bis hin zu Hobbies. Es folgt eine Auftaktveranstaltung, wo das Projekt und die Verantwortlichen kurz vorgestellt werden und Mentor und Mentee idealerweise bereits aufeinander treffen. Anschliessend gibt es einen Apéro, wo in der Regel das erste Gespräch stattfindet. Bis hierhin mutet das Projekt bezüglich dem Zusammenführen des Paares fast wie ein Dating-Service an, es sollten nun aber drei bis vier Gespräche im Jahr stattfinden, was für besagten anderen Service

sicher eine schlechte Zielsetzung wäre. Den Studierenden – aus dem 3. und 4. Studienjahr – kann der gesamte Alltag des Kliniklers und Forschers geboten werden. Begleitung in den Operationssaal, in die Sprechstunde, ins Labor und auf die Visite, der Mentee ist hier aufgefordert, Wünsche anzubringen. Auch ist es an ihm, nicht vergessen zu gehen, eine gewisse Bringschuld liegt auf Seiten der Studierenden. Hilfreich sind sicher Gespräche über eine mögliche Karriereplanung, Tipps hinsichtlich Spitalwahl und sonstige Ratschläge zu der gewählten Fachrichtung.

Das Projekt geniesst grosse und steigende Beliebtheit und wird dementsprechend auch tatkräftig von der Universität und dem Universitätsspital unterstützt. Solch ein Unternehmen schreit gerade nach Nachwuchsrekrutierung für die chirurgischen Fächer. Somit ist der Chirurgie mit einem Studenten konfrontiert, der sich grundsätzlich für sein Fach interessiert und hat die Möglichkeit, zu zeigen, inwiefern die guten die schlechten Seiten übertreffen. Wie die Aussage der Mentee in der Box zeigt, ist hier sicher noch einiges zu tun. Dem stundenlangen Hakenhalten muss doch etwas abgewonnen werden können.

### **Iona Lukas, Medizinstudentin im 3. Jahr und «Mentee»:**

Mein halbes Leben wollte ich schon Medizin studieren. Für mich gab es immer nur dieses eine Ziel. Trotzdem ist es nicht immer einfach, Motivation für das stundenlange Lernen aufzubringen. Deshalb suche ich mir von Zeit zu Zeit kleine Motivationsspritzen. Eine davon war das Mentoring. Als ich mich im Herbst dafür anmeldete, durfte ich verschiedene Präferenzkriterien für meinen Mentor angeben. Am wichtigsten war mir eine Ärztin oder ein Arzt, die in einem Krankenhaus arbeiten. Ich hoffte, dass sie mir den Spitalalltag näherbringen können. Weiter habe ich mir eine Chirurgin oder Chirurgen gewünscht. Da ich früher sehr fasziniert von der Chirurgie war, diese Begeisterung in den letzten paar Jahren aber abgenommen hat, hoffte ich, dass mein Mentor mir die Chirurgie wieder schmackhaft machen kann.

Ich hatte Glück und meine Wünsche wurden erfüllt. Mir wurde Dr. Claudio Caviezel zugeteilt. Ein junger Thoraxchirurg, der am Universitätsspital Zürich arbeitet. Im November fand das erste Treffen statt. Ich war etwas nervös, da ich nicht wusste, ob wir die gleiche Wellenlänge haben würden. Die Nervosität verschwand jedoch schnell und es entstand ein angenehmes Gespräch. Da beim Mentoring der Student die Initiative ergreifen und dem Mentor mitteilen soll, was er erwartet, haben wir das auch so gemacht.

Ich durfte daraufhin einen Morgen mit Claudio mit und bekam einen Einblick in den Alltag eines Chirurgen. Was noch aussteht, ist ein Morgen, bei dem ich mit zur Sprechstunde darf. Das Mentoring war für mich eine sehr positive Erfahrung. Was meine Erwartungen betrifft, wurden sie im Grossen und Ganzen erfüllt. Ich weiss jetzt, wie der Spitalalltag aussieht und ich habe wieder Motivation zum Lernen. Die Begeisterung für die Chirurgie ist jedoch noch nicht zurück. Das hat aber nichts mit dem Mentoring-Programm zu tun. Momentan kann ich mir einfach nicht vorstellen, am Anfang der Ausbildung stundenlang Haken zu halten.

Weiterführende Informationen: [www.mentoring-zuerich.ch/](http://www.mentoring-zuerich.ch/)

# Überwachung der Qualität der Aus- und Weiterbildung der akademischen Medizinalberufe

## Die Rolle der Medizinalberufekommission MEBEKO, Schnittstelle für Aus- und Weiterbildungsfragen zwischen Bund und Berufsorganisationen

Hans Hoppeler, hans.hoppeler@ana.unibe.ch, Institut für Anatomie Bern, Präsident MEBEKO



Die MEBEKO (Medizinalberufekommission) ist eine ausserparlamentarische Kommission, die das EDI (Eidgenössisches Departement des Inneren) in Bezug auf die Aus- und Weiterbildung der akademischen medizinischen Berufe berät. Sie erstattet auch dem Schweizerischen Akkreditierungsrat regelmässig Bericht. Sie besteht aus einer Geschäftsstelle, einem Ressort Ausbildung, einem Ressort Weiterbildung. Im Letzteren sind Ärzte (2), Zahnärzte (1), Pharmazeuten (1), Apotheker (1), Chiropraktoren (1) und Veterinäre (1). Auch ist ein Vertreter der GDK (Gesundheitsdirektorenkonferenz) und des BAG (Bundesamt für Gesundheit) anwesend. Der MEBEKO obliegt auch eine Behördenfunktion. So ist sie u.a. für Anerkennung oder Überprüfung ausländischer Diplome zuständig. Das Ressort Weiterbildung der MEBEKO tangiert die SGC insbesondere beim Akkreditierungsverfahren des Bundes für die Zulassung zur Organisation der Weiterbildung zum eidgenössisch diplomierten Facharzt. Das Akkreditierungsverfahren steht der SGC wieder bevor. Prof. Hoppeler, Präsident der MEBEKO, wurde durch Dr. Vital Schreiber, selbst MEBEKO-Mitglied von 2008-2015, angefragt.

Die MEBEKO besteht aus einer Geschäftsleitung sowie aus den beiden Ressorts Aus- und Weiterbildung. Beide Ressorts unterhalten Geschäftsstellen, die in der Sektion Vollzug Gesundheitsberufe des BAG angesiedelt sind. Das Ressort Ausbildung wird von der Vizepräsidentin der MEBEKO (Dr. med. Ch. Kuhn) geleitet und umfasst neun Mitglieder. Diese repräsentieren die betroffenen akademischen Berufen sowie Bund, Kantone und die Universitäten. Das Ressort Weiterbildung, geleitet vom Präsidenten der MEBEKO (Prof. Dr. med. emer. H. Hoppeler), umfasst acht Mitglieder, ebenfalls die Vertreter der betroffenen Weiterbildungsgänge sowie eine Vertretung des Bundes und der Kantone.

Aufgaben und Kompetenzen der MEBEKO sind im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) und im Geschäftsreglement vom 19. April 2007 geregelt; die Mitglieder werden vom Bundesrat gewählt.

Die MEBEKO entscheidet über die Anerkennung ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel, für welche eine staatsvertragliche Vereinbarung für die gegenseitige Anerkennung existiert. Im Rahmen der Verträge mit der EU erfolgen

diese Anerkennungen automatisch. Des Weiteren entscheidet die MEBEKO über die Bedingungen und die zusätzlichen Aus- und Weiterbildungen, die Inhaberinnen und Inhaber eines nicht anzuerkennenden ausländischen Diploms oder Weiterbildungstitels erfüllen müssen, um ein eidgenössisches Diplom oder einen eidgenössischen Weiterbildungstitel zu erhalten.

Berufsart / Jahr	2012	2013	2014
Humanmedizin	2392	2846	2576
Zahnmedizin	414	434	479
Veterinärmedizin	72	77	81
Pharmazie	224	205	234
Chiropraktik	0	1	0
Total	3102	3563	3370

Tab.1: Statistik der Anerkennung von universitären Ausbildungsdiplomen nach Jahr und Berufsart (ca. 80% der Gesuche stammen aus den umliegenden Staaten; Quelle: Jahresbericht MEBEKO 2014.

Weiterbildungstitel / Jahr	2011	2012	2013	2014
Humanmedizin	871	1335	1708	1290
Zahnmedizin	35	50	64	48

Tab.2: Statistik der Anerkennungen der Weiterbildungstitel in Human- und Zahnmedizin nach Jahr; Quelle: Jahresbericht MEBEKO 2014.

Die MEBEKO überwacht ebenfalls die eidgenössischen Prüfungen, die zum eidgenössischen Diplom in Human-, Zahn-, Veterinärmedizin oder Pharmazie und Chiropraktik führen. Das Ressort Ausbildung der MEBEKO war deswegen an der Einführung des harmonisierten eidgenössischen Examins in der Humanmedizin wesentlich beteiligt. Für die Belange der Ausbildung steht die MEBEKO in engem Kontakt mit der Schweizerischen Medizinischen Interfakultärkommission (SMIFK) und der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK). Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Durchführung der eidgenössischen Diplomprüfungen zu. Diese müssen nach gleichen Massstäben und Richtlinien an allen Universitäten mit einer Medizinischen Fakultät gleichzeitig abgehalten werden. Auch inhaltlich ist die MEBEKO an der Gestaltung der eidgenössischen Prüfungen beteiligt. So findet zur Zeit eine wesentliche Neugestaltung dieser Prüfungen statt. Während bis jetzt als Prüfungsgrundlagen detaillierte Lernzielkataloge fungierten, werden in Zukunft auch «entrusted professional activities» (EPAs) gepüft werden. Es handelt sich dabei um komplexe Aktivitäten, welche der Kandidat oder die Kandidatin korrekt beherrschen muss – wie zum Beispiel das Erheben eines Status oder das Beherrschen einer Notfallsituation. Durch diese Neuerung ist besser definiert, über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten ein Arzt oder eine Ärztin am Beginn der Weiterbildung verfügen muss.

Jahr	2012	2013	2014	2015
<b>Humanmedizin</b>				
<b>Fakultätskandidat/innen</b>	775	769	861	878
<b>MEBEKO-Kandidat/innen</b>	27	32	36	35

Tab.3: Statistik der bestandenen eidgenössischen Prüfungen in Humanmedizin. Unter Fakultätskandidaten finden sich die regulären Absolventen einer medizinischen Fakultät der Schweiz. Als MEBEKO-Kandidaten werden Kandidaten bezeichnet, welche ein nicht anerkanntes medizinisches Diplom besitzen und deswegen auf Weisung der MEBEKO die eidgenössische Prüfung absolvieren mussten; Quelle: Jahresbericht MEBEKO 2014.

Eine wichtige Rolle spielt die MEBEKO im Rahmen der alle sieben Jahre stattfindenden Akkreditierung der Aus- und Weiterbildungsgänge der akademischen Medizinberufe. Mit der Akkreditierung von Aus- und Weiterbildungsgängen im Bereich der Gesundheitsberufe will der Bund für qualitativ hochstehende Bildungsangebote sorgen, aus denen gut qualifizierte und fachlich kompetente Berufspersonen hervorgehen. Damit soll ein Beitrag zum Schutz und zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit geleistet werden. Gesetzlich verankert sind diese Qualitätsprüfverfahren im Medizinalberufegesetz (MedBG). Dabei hat die MEBEKO im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens eine fachlich beratende Rolle und nimmt mit Empfehlungen zuhanden des Eidgenössischen Departements des Inneren zu den Ergebnissen der Akkreditierung Stellung. Nebst der Überprüfung der Aus- und Weiterbildungsgänge auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen Anforderungen bezweckt die Akkreditierung, in den entsprechenden Bildungsangeboten einen kontinuierlichen Prozess der Qualitätssicherung und -entwicklung in Gang zu bringen bzw. aufrechtzuerhalten.

Die Akkreditierung ist eine Anforderung an die medizinische Aus- und Weiterbildung aus den bilateralen Verträgen mit der EU. Im Wesentlichen beruht darauf die gegenseitige Anerkennung der Berufsdiplome, welche eine Voraussetzung für den freien Personenverkehr in der EU ist. Die Akkreditierung ist ein strukturierter Evaluationsprozess unter der Aufsicht der swiss agency of accreditation and quality assurance (aaq; [http://ecahe.eu/w/index.php/AAQ\\_-\\_Swiss\\_Agency\\_of\\_Accreditation\\_and\\_Quality\\_Assurance](http://ecahe.eu/w/index.php/AAQ_-_Swiss_Agency_of_Accreditation_and_Quality_Assurance)). Dieses Akkreditierungsorgan ist verantwortlich für den korrekten Ablauf der Akkreditierungsprozesse, wobei das aaq selbst als Akkreditierungsorgan für diese Aufgabe international akkreditiert ist. Das aaq legt den Ablauf der Akkreditierung fest und ernennt die Experten. Das aaq anerkennt des Weiteren die Qualitätsstandards, welche sich einerseits aus dem MedBG herleiten, andererseits aber auch die internationalen Normen der Berufsorganisationen berücksichtigen. Bei der Akkreditierung der medizinischen Weiterbildungsgänge spielen auch die vom Royal College of Physician erarbeiteten medizinischen Berufsstandards (CanMEDs; <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>) eine wesentliche Rolle.

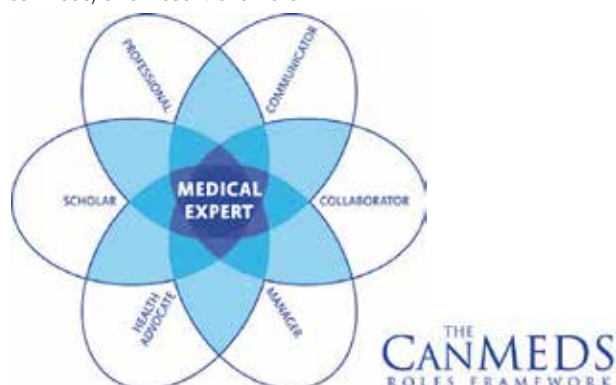


Bild 1: In den CanMEDS wird der Arzt oder die Ärztin als medizinischer Experte in einem interprofessionellen Netzwerk der Gesundheitsversorgung gesehen.

Die Akkreditierung der medizinischen Weiterbildung in der Schweiz läuft auf zwei Ebenen ab. Einerseits wird in einer «Institutionellen Akkreditierung» die für die Weiterbildung verantwortliche Organisation, für die Medizin das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF), akkreditiert. Im Rahmen der Akkreditierung des SIWF werden alle inhaltlichen, prozeduralen und strukturellen Grundlagen der Weiterbildung, welche für alle Weiterbildungsgänge bindend sind, überprüft. Diese institutionelle Akkreditierung findet für das SIWF im Frühsommer 2016 statt.

Daneben findet eine individuelle Akkreditierung aller Weiterbildungsgänge mit eidgenössischem Facharztabschluss statt. Diese Akkreditierung konzentriert sich vor allem auf die fachlich-inhaltlichen Aspekte der medizinischen Weiterbildung. In jedem Fall wird von der verantwortlichen Fachorganisation ein Selbstevaluationsbericht erstellt, welcher die wichtigste Grundlage für die Akkreditierung darstellt. Dieser Selbstevaluationsbericht geht an die Experten, das BAG, die MEBEKO und an das aaq. Pro Fachgesellschaft bestimmt das aaq einen Experten aus der Schweiz und einen internationalen Experten. Diese Experten haben eine ausgewiesene Erfahrung in Weiterbildungsfragen und sind zusätzlich Fachärzte der infrage stehenden Spezialität. In der Schweiz handelt es sich dabei um 45 Facharztgesellschaften mit eidgenössischem Diplom. In jedem Fall findet zwischen den Vertretern der Fachgesellschaft, den Experten und einem Vertreter des BAG und der MEBEKO eine «table ronde» statt. Dabei können die Vertreter der Fachgesellschaft zu Fragen der Experten Stellung nehmen. Es geht dabei vor allem um inhaltliche Fragen zum Weiterbildungsgang. Letztlich muss die Fachgesellschaft nachweisen, dass die im Weiterbildungsgang festgehaltenen Ziele zielführend, zeitgemäss und erreichbar sind. Es muss auch ersichtlich werden, in welche Richtung sich das Fachgebiet entwickeln soll und wie solche Entwicklungsszenarien implementiert werden sollen. Immer wieder stellt sich auch die Frage der Abgrenzung oder Überlappung mit Nachbardisziplinen. Aufgrund des Selbstevaluationsberichts und der Ergebnisse der table ronde verfassen die Experten einen Expertenbericht, der von der Fachgesellschaft kommentiert werden kann und welcher dem aaq, dem BAG und der MEBEKO zur Verfügung gestellt wird.

Die Aufgabe der MEBEKO ist es, zuhanden der politischen Behörde eine Akkreditierungsempfehlung zu machen. Diese basiert im Wesentlichen auf der Expertenmeinung, unter Berücksichtigung des Selbstevaluationsberichts und des Verlaufs der table ronde. Für die MEBEKO wichtig ist dabei, alle Fachgesellschaften ähnlich zu beurteilen und im Querschnitt vernünftige Anforderungen zu formulieren. Die MEBEKO hat drei Möglichkeiten für die Formulierung von Empfehlungen. A) Sie kann eine kommentarlose Akkreditierung vorschlagen. B) Sie kann Empfehlungen formulieren. Es handelt sich dabei um Vorschläge, welche von der Fachgesellschaft berücksichtigt werden können, diese Empfehlungen haben aber keinen bindenden Charakter. C) Sie kann eine Akkreditierung mit Auflagen empfehlen. In diesem Fall werden der Fachgesellschaft spezifische Vorgaben gemacht, welche mit einer zeitlichen Auflage umgesetzt werden müssen. Die Fachgesellschaft muss in diesem Fall den zeitgerechten Vollzug der Auflagen der politischen Behörde melden. Bei Nichterfüllen der geforderten Auflagen droht ein Entzug der Akkreditierung.

Die medizinische Weiterbildung in der Schweiz hat einen international anerkannt hohen Standard. Es ist davon auszugehen, dass wenige Empfehlungen gemacht werden und es kaum zu Auflagen kommen wird. Die Akkreditierung erfüllt auch den zusätzlichen Zweck einer allgemeinen Standortbestimmung. Im Rahmen dieser Gesamtschau der medizinischen Weiterbildung kann die MEBEKO auch allgemeine Entwicklungstendenzen skizzieren oder Entwicklungsoptionen aufzeigen. Dies kann im Bezug auf einzelne Fachgebiete oder auf das SIWF erfolgen. Es ist dabei wichtig festzuhalten, dass eine ausserordentlich produktive, konsensorientierte Zusammenarbeit zwischen SIWF, BAG und MEBEKO besteht. Es ist damit zu hoffen, dass die aufwendige laufende Akkreditierung der medizinischen Weiterbildung in der Schweiz einen Mehrwert bringt.

# Surgical Research in Switzerland

## Noise peaks influence communication in the operating room. An observational study

Keller S, Tschan F, Beldi G, Kurmann A, Candinas D, Semmer NK.

Ergonomics. 2016 April

## R-spondin 1 and noggin facilitate expansion of resident stem cells from non-damaged gallbladders

Lugli N, Kamileri I, Keogh A, Malinka T, Sarris ME, Talianidis I, Schaad O, Candinas D, Stroka D, Halazonetis TD.

EMBO Rep. 2016 March

## The Psychometric Properties of the Abdominal Surgery Impact Scale

Ritschard Ugi K, Beldi G, Candinas D, Mischke C.

Gesundheitswesen. 2016 February

## P2X1 regulated IL-22 secretion by innate lymphoid cells is required for efficient liver regeneration

Kudira R, Malinka T, Kohler A, Dosch M, Gomez de Agüero M, Melin N, Haegele S, Starlinger P, Maharjan N, Saxena S, Keogh A, Stroka D, Candinas D, Beldi G.

Hepatology. 2016 February

## Risk factors for fatal outcome in surgical patients with postoperative aspiration pneumonia

Studer P, Räber G, Ott D, Candinas D, Schnüriger B.

Int J Surg. 2016 March

## Assessment of the Hong Kong Liver Cancer Staging System in Europe

Kolly P, Reeves H, Sangro B, Knöpfli M, Candinas D, Dufour JF.

Liver Int. 2015 December

## Endothelial- and Platelet-Derived Microparticles Are Generated During Liver Resection in Humans

Banz Y, Item GM, Vogt A, Rieben R, Candinas D, Beldi G.

J Invest Surg. 2016 February

## Minimally invasive extracorporeal circulation resuscitation in hypothermic cardiac arrest

Winkler B, Jenni HJ, Gygas E, Schnüriger B, Seidl C, Erdoes G, Kadner A, Carrel T, Eberle B.

Perfusion. 2016 February

## Isolated blunt severe traumatic brain injury in Bern, Switzerland, and the United States: A matched cohort study

Haltmeier T, Schnüriger B, Benjamin E, Brodmann Maeder M, Künzler M, Siboni S, Inaba K, Demetriades D.

J Trauma Acute Care Surg. 2016 February

## Hepatic resection during cytoreductive surgery for primary or recurrent epithelial ovarian cancer

Gasparri ML, Grandi G, Bolla D, Gloor B, Imboden S, Panici PB, Mueller MD, Papadia A.

J Cancer Res Clin Oncol. 2015 December

## Micronutrient Supplementation after Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch in the Long Term

Nett P, Borbély Y, Kröll D.

Obes Surg. 2016 March

## Exocrine Pancreatic Insufficiency after Roux-en-Y gastric bypass

Borbély Y, Plebani A, Kröll D, Ghisla S, Nett PC.

Surg Obes Relat Dis. 2015 October

## Re-sleeve gastrectomy as revisional bariatric procedure after biliopancreatic diversion with duodenal switch

Nett PC, Kröll D, Borbély Y.

Surg Endosc. 2016 January

## A Novel Ultrasound-Based Registration for Image-Guided Laparoscopic Liver Ablation

Fusaglia M, Tinguely P, Banz V, Weber S, Lu H.

Surg Innov. 2016 March

## Prospective Randomized Study to Compare Lymphocele and Lymphorrhea Control Following Inguinal and Axillary Therapeutic Lymph Node Dissection With or Without the Use of an Ultrasonic Scalpel

Matthey-Gié ML, Gié O, Deretti S, Demartines N, Matter M.

Ann Surg Oncol. 2016 May

## Serum albumin is an early predictor of complications after liver surgery

Labgaa I, Joliat GR, Demartines N, Hübner M.

Dig Liver Dis. 2016 May

## Postoperative Albumin Drop Is a Marker for Surgical Stress and a Predictor for Clinical Outcome: A Pilot Study

Hübner M, Mantziari S, Demartines N, Pralong F, Coti-Bertrand P, Schäfer M.

Gastroenterol Res Pract. 2016 January

## Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations

Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, Vignaud M, Alvarez A, Singh PM, Lobo DN.

World J Surg. 2016 March

## A new stomaplasty ring (Koring™) to prevent parastomal hernia: an observational multicenter Swiss study

Guarnero V, Hoffmann H, Hetzer F, Oertli D, Turina M, Zingg U, Demartines N, Ris F, Hahnloser D.

Swiss study. Tech Coloproctol. 2016 May

## A novel technique in mouse liver transplantation

Tian Y, Lesurtel M, Ungethuen U, Song Z, Maurizio E, Clavien PA.

Transpl Int. 2016 March

## Modified associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy (ALPPS) procedure with right anterior liver sector congestion: Friend or foe?

Melloul E, Lesurtel M, Clavien PA.

Surgery. 2016 March

## In vivo risk evaluation of carbon-coated iron carbide nanoparticles based on short- and long-term exposure scenarios

Herrmann IK, Beck-Schimmer B, Schumacher CM, Gschwind S, Kaech A, Ziegler U, Clavien PA, Günther D, Stark WJ, Graf R, Schlegel AA.

Nanomedicine (Lond). 2016 April

**Car-driven regeneration protects liver from failure following tissue loss and bears therapeutic potential**

**Tschuor C, Kachaylo E, Perparim L, Raptis DA, Linecker M, Tian Y, Herrmann U, Grabliauskaite K, Weber A, Columbano A, Graf R, Humar B, Clavien PA.**

J Hepatol. 2016 March

**Selective portal vein injection for the design of syngeneic models of liver malignancy**

**Limani P, Borgeaud N, Linecker M, Tschuor C, Kachaylo E, Schlegel A, Jang JH, Ungethüm U, Montani M, Graf R, Humar B, Clavien PA.**

Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2016 February

**Completeness of Follow-Up Determines Validity of Study Findings: Results of a Prospective Repeated Measures Cohort Study**

**von Allmen RS, Weiss S, Tevaearai HT, Kuemmerli C, Tinner C, Carrel TP, Schmidli J, Dick F.**

PLoS One, 2015 October

**Risiko für Wiedereinweisung und Notoperation nach nichtoperativer Behandlung der Kolondivertikulitis**

**Marti L.**

coloproctology, 2015 Juni

**Predictors for regional lymph node metastasis in T1 rectal cancer: a population-based SEER analysis**

**Brunner W, Widmann B, Marti L, Tarantino I, Schmied BM, Warschkow R.**

Surg Endosc, 2016 February

**Does caffeine reduce postoperative bowel paralysis after elective laparoscopic colectomy? (CaCo trial): study protocol for a randomized controlled trial**

**Kruse C, Muller SA, Warschkow R, Lüthi C, Brunner W, Marti L, Sulz MC, Schmied BM, Tarantino I, Beutner U.**

Trials, 2016 October

**Two Large Benign Branch-Duct Gastric-Type Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas With Positive GNAS Mutations A Question of When or Using Which Technique to Operate?**

**Tampakis A, Zetti A, Tampakis EC, Posabella A, von Flüe M, Guenin MO.**

Pancreas. 2016 May

**The immune system and cancer evasion strategies: therapeutic concepts**

**Muenst S, Läubli H, Soysal SD, Zippelius A, Tzankov A, Hoeller S.**

J Intern Med. 2016 January

**A new stomaplasty ring (Koring™) to prevent parastomal hernia: an observational multicenter Swiss study**

**Guarnero V, Hoffmann H, Hetzer F, Oertli D, Turina M, Zingg U, Demartines N, Ris F, Hahnloser D.**

Tech Coloproctol. 2016 May

**Letter to the editor: a case of an extraadrenal paraganglioma in the sigma in a patient with recurrent sigmoid diverticulitis**

**Tampakis A, Schlageter M, Oertli D, Misteli H.**

Int J Colorectal Dis. 2016 March

**Symptomatic giant peritoneal loose body in the pelvic cavity: a case report.**

**Elsner A, Walensi M, Fuenfschilling M, Rosenberg R, Mechera R.**

Int J Surg Case Rep. 2016 February

**Large ovarian cystadenofibroma causing large bowel obstruction in a patient with Klippel-Feil syndrome-A case report**

**Mechera R, Menter T, Oertli D, Hoffmann H.**

Int J Surg Case Rep. 2016 January

**narcoZen.ch**

Praxis für Anästhesie

**Ihr Spezialist für ambulante Anästhesie**

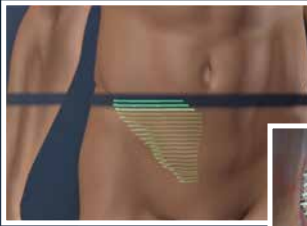
- Anästhesie in der Praxis
- Komplettanbieter für Tageskliniken
- Zusammenarbeit nach Ihren Bedürfnissen

**Nehmen Sie es gelassen mit der Narkose!**

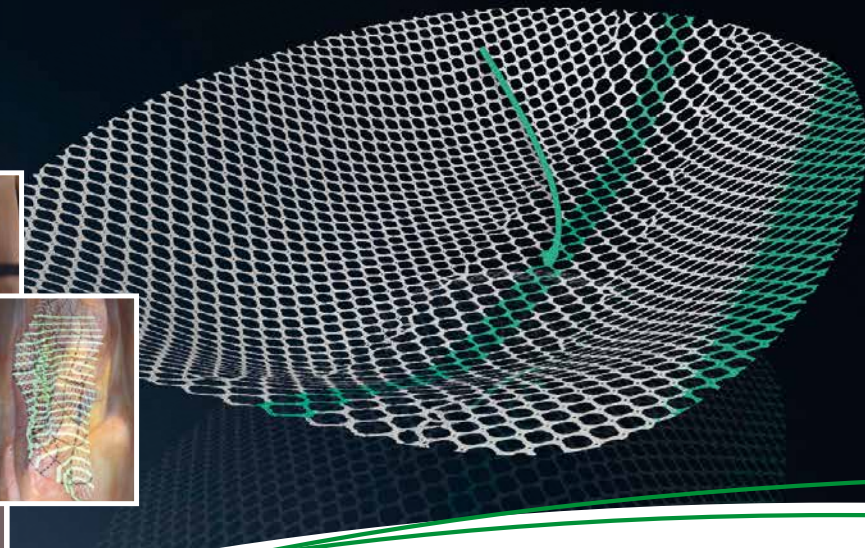

 Aegertenstrasse 7  
 Tel 079 548 28 68

5200 Brugg AG  
 Fax 043 260 98 99

<http://www.narcoZen.ch>  
[narcozen@narcoZen.ch](mailto:narcozen@narcoZen.ch)



3-dimensionales Re-Modelling



Expert Technologies in **PVDF**

# DynaMesh<sup>®</sup> - ENDOLAP 3D

für höchste Patientensicherheit und optimiertes Handling

- DynaMesh<sup>®</sup> visible Technology ermöglicht zuverlässiges Monitoring im MRT
- zeitsparendes und effizientes Handling durch innovative 3D-Netzgeometrie
- standardisierte Positionierung durch integrierte Marker für anatomische Landmarken

■ made  
■ in  
■ Germany



 **Laubscher**

Laubscher & Co. AG Tel. +41 61 951 22 20  
CH-4434 Hölstein [www.laubscher.ch](http://www.laubscher.ch)