

**Zeitschrift:** Bulletin / Vereinigung Schweizerischer Hochschuldozenten =  
Association Suisse des Professeurs d'Université

**Herausgeber:** Vereinigung Schweizerischer Hochschuldozenten

**Band:** 30 (2004)

**Heft:** 4

  

**Artikel:** Rolle der modernen Chirurgie in der Humanmedizin

**Autor:** Candinas, D. / Wagner, M.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-894294>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 16.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Andererseits sind Leben, Tod, Krankheit, Leid, Schmerz oder auch Wissenschaftlichkeit, Kausalität, Erkenntnis... Begriffe, die eine philosophische Auslegung erfahren sollten. Es sind die Begriffe, mit denen sich ein Arzt tagtäglich konfrontiert sieht. Darum: *"Wer sich weigert, die philosophischen Voraussetzungen seines (alltäglichen oder wissenschaftlichen) Tuns zu befragen, entkommt ihnen keineswegs, sondern verfällt ihnen bloss kritiklos"* (Ref. 6).

#### Referenzen:

1. *Mittelstrass J.*: Wahrheit und Wahrhaftigkeit. Auf der Suche nach dem Ethos in der Wissenschaft. Neue Zürcher Zeitung 2002, Nr. 154, Seite 73
2. *Böhme H.*: Der Mensch als technisch-kulturelles Projekt. Wie die Geisteswissenschaften wieder sichtbar werden können. Neue Zürcher Zeitung 2002, Nr. 154, Seite 74
3. *Saner Hans*: Die Grenze des Ertragbaren. Zur Phaenomenologie chronischer Schmerzen. In: Macht und Ohnmacht der Symbole. Lenos Pocket 51, 1999, Seite 65
4. *Gloy Karen*: Systemtheorie. Philosophische Betrachtung ihrer Anwendungen. Bouvier Verlag, Bonn 1998, Seite 8
5. *Scott, J. und Pawson, T.*: High Fidelity in der Zelle. In: Spektrum der Wissenschaft, Oktober 2000, Seite 65
6. *Urban Wiesing*: Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin. 2004 Schattauer. (Seite 3)

## **Rolle der modernen Chirurgie in der Humanmedizin**

D. Candinas und M. Wagner

### **Eine lange Vorgeschichte**

Obwohl die Chirurgie in der heutigen Medizin und deren Therapiekonzepten eine zentrale Bedeutung erlangt hat, waren die ersten chirurgischen Behandlungen und ihre Ergebnisse von sehr bescheidenem Charakter. Die mit notdürftigen Mitteln ausgestatteten Scherer und Barbieri wurden nur in Extremsituationen beigezogen, oft dann, wenn ohnehin jede Hoffnung auf Genesung geschwunden war. Im Gegensatz zur Tätigkeit des Physicus, dem Vorläufer des heutigen Internisten, lag die Kausalität zwischen therapeutischem Handeln und (Miss)erfolg des interventionell tätigen Chirurgen auf der Hand. An dieser direkten Verbindung zwischen Intervention und Resultat, hat sich im Grunde genommen bis heute nicht allzu viel geändert. Frühe Chirurgen fokussierten ihre Anstrengungen hauptsächlich auf das Richten simpler Brüche, die Behandlung von Verrenkungen und die Inzision von Abszessen. Geradezu heroisch muten Eingriffe wie Amputationen, Entfernungen einer äusseren Geschwulst und die Behandlung eines eingeklemmten Leistenbruchs mittels Inzision an. Mehrfragmentäre Knochenbrüche der Extremitäten mit ihren häufig schwerwiegenden Weichteilverletzungen blieben unbehandelbar und mündeten ebenso häufig in einer tödlichen Blutvergiftung wie die wenigen intraabdominalen Eingriffe, welche zu jenen Zeiten durchgeführt wurden.

Trotz dieser Umstände und der Tatsache, dass infolge einer völligen Ignoranz in Bezug auf Antisepsis und Anästhesie, Patienten nicht nur äusserst qualvolle Behandlungen über sich ergehen lassen mussten, sondern häufig an deren Folgen verschieden, war die Chirurgie durch eine akzeptierte und in gewissen Massen auch geachtete medizinische Therapie. Dieser fast paradoxe Umstand erklärt sich vielleicht dadurch, das chirurgische Therapieverfahren nur für äussere, anatomische sichtbare Erkrankungen zur Anwendung kamen und aufgrund einer direkten Wechselbeziehung zwischen Intervention und Resultat (Outcome würde man heute sagen) doch zu einer gewissen Rationalität verpflichtet war.

War die Medizin jener Zeit von hypothetischen Konstrukten wie der Säftelehre gezeichnet, spielten ganz unmittelbare und trivial anmutende Faktoren bereits damals für den Chirurgen eine grosse Rolle. Als Beispiel sei jener italienische Feldzug zur Zeit der Condottieri erwähnt, in dessen Verlauf das siedende Öl ausging, mit dem Wunden und Amputationsstümpfe versengt wurden. Findige Feldchirurgen bemerkten, dass Patienten, die ohne diese Massnahme behandelt wurden, ein viel höheres Überleben zeigten. Was damals schlechte Nachrichten für Ölhändler bedeutete, würde man heute als *"evidence based medicine"* bezeichnen.

Nach Jahrhunderten eines Daseins in Badestuben und Feldlazaretten entwickelte sich die chirurgische Zunft gegen Ende des 19. Jahrhunderts allmählich zu einem akzeptierten Spezialfach innerhalb der Medizin und mit Beginn des 20. Jahrhunderts etablierte sich der Status des Chirurgen als medizinischer Berufsstand.

### **Anatomie, Blutstillung, Asepsis und Anästhesie**

Mit den ungemein raschen Fortschritten der Pathologie und Physiologie während des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts, war es den Ärzten zu dieser Zeit erstmals möglich, die Krankheitsursache und deren Folgen in einem biologischen Kontext zu verstehen und zielgerichtet zu behandeln. Damit gelang der Inneren Medizin ein dramatischer Fortschritt, welche die Bedeutung der Chirurgie in den Hintergrund drängte. Der Durchbruch der Chirurgie musste bis zur Entdeckung der Anästhesie im Jahre 1846 und der Akzeptanz der Erfordernisse der Asepsis und Antisepsis in den Jahren 1870 und 1880 warten. Damit waren die entscheidenden vier Voraussetzungen für eine erfolgreiche Operation geschaffen, nämlich die Kenntnisse der Anatomie, die Möglichkeiten der Blutstillung, die Anästhesie und die Infektionslehre inklusive der Antisepsis und Asepsis. Während die Anatomie und die Bedeutung der Blutstillung bereits im 16. Jahrhundert erarbeitet wurden, schuf erst die Verbreitung der beiden letztgenannten Domänen die Voraussetzungen, um die Chirurgie in den Status eines vollwertigen therapeutischen Prinzips zu erheben.

### **Vom Generalisten zum Organspezialisten**

Die weitere Zunahme der biologischen und medizinischen Kenntnisse in Kombination mit einer rasanten technischen Entwicklung im Verlaufe des 20. Jahrhunderts schuf neue Möglichkeiten und erlaubte der Chirurgie, bisher unberührte Gebiete in einem Ausmass anzugehen, dass man bisher für unmöglich gehalten hatte. So äusserten sich prominente Vertreter der Chirurgie in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts in dem Sinne, dass alle Operationen erfunden seien, alles Mögliche gemacht, alles Umsetzbare umgesetzt sei. Mit der Lungenchirurgie, der Herzchirurgie, der Transplantationschirurgie, der Neurochirurgie und allen weiteren Subspezialitäten hatte man noch nicht gerechnet. Innerhalb weniger Jahrzehnte wurden zahlreiche Operationsverfahren entwickelt und in die klinische Routine eingeführt. Diese rasche Ausbreitung und der Erfolg chirurgischer Methoden verlangte nicht nur nach einer raschen Standardisierung und Wertung der chirurgischen Ausbildung, sondern erforderte auf Grund der zunehmenden Komplexität der Materie eine weitgehende Spezialisierung, wobei das Ende dieser Entwicklung auch bis zum heutigen Tage nicht absehbar ist. Es ist wichtig anzumerken, dass diese Komplexität nur zu einem gewissen Grade mit der technischen Seite der Chirurgie zu tun hat, sondern vielmehr die Folge der interdisziplinäre Vernetzung und des medizinischen Spezialwissens reflektiert.

### **Chirurgie im Rahmen des Medizinstudiums und der Facharztausbildung**

*"Once you start studying medicine, you never get through with it"*

Charles H. Mayo (1865 - 1939), Gründer der weltberühmten Mayo Clinic

Das Medizinstudium in der Schweiz ist heute in ein Grundstudium geordnet (1. - 3. Studienjahr), welches die naturwissenschaftlichen Voraussetzungen wie Grundzüge der Biologie, Chemie und Physik sowie die medizinischen Grundlagen in Anatomie, Physiologie und Biochemie vermittelt. Mit dem 3. Jahr werden die Grundlagen für das Verständnis des kranken Menschen gelehrt, welche die Fächer allgemeine Pathologie, Pathophysiologie, Mikrobiologie, Immunologie, Pharmakologie sowie Sozial und Präventivmedizin beinhalten.

Erst mit Beginn des Fachstudiums (4. - 6. Studienjahr) kommen die Studierenden mit der Chirurgie als Fachgebiet in Berührung. Durch die Restrukturierung des Medizinstudiums an der Universität Bern wird nun auch für das Fachstudium die Lehrvermittlung auf Problemorientiertes Lernen (*PBL = problem based learning*) zentriert. Als Konsequenz wird die Chirurgie nicht mehr als eigenständige Entität gelehrt sondern den Studierenden als integratives Werkzeug zur Lösung eines spezifischen klinischen Problems vermittelt. Diese Lernumgebung ist der Realität im späteren klinischen Alltag viel näher und ermöglicht es, sich ein frühes fächerübergreifendes und vernetztes Denken und Handeln anzueignen und die Chirurgie als Teil eines spezifischen Behandlungskonzeptes zu verstehen. Chirurgische Frontalvorlesungen wurden vollständig durch sogenannte Einführungsvorlesungen ersetzt, welche themenorientiert zusammengesetzt sind (z.B. Fieber oder der blas-se/blutende Patient).

Zusätzlich zu dieser theoretischen Chirurgievermittlung durchlaufen die Studierenden einen mehrwöchigen Blockunterricht an diversen chirurgischen Kliniken. Ziel dieser Ausbildung ist es, die Chirurgie als praktisches Fach zu vermitteln und den Studierenden damit Gelegenheit zu geben, Einblick in die Patientenvisiten, die tägliche Arbeit im Operationssaal, Sprechstundentätigkeit und die administrative Stationsarbeit zu geben. Die Allokation der Studierenden auf die verschiedenen universitären Kliniken und ausseruniversitären Spitäler erfolgt dabei noch wenig zielgerichtet auf den späteren Berufsweg. Eine frühe Kontaktmöglichkeit für akademische interessierte Studierende mit der jeweiligen universitären Spezialklinik wäre im Sinne einer möglichst frühen Evaluation und Integration in die Stellenplanung und zu begrüssen. Unbeeinflusst von dieser Studienreform findet am Schluss des Medizinstudiums noch immer eine traditionelle schriftliche und praktisch-mündliche Prüfung in Chirurgie statt, welche die Studierenden summarisch evaluiert ob eine Basiskompetenz in Chirurgie besteht um den Beruf als Arzt ausüben zu können. Es liegt auf der Hand, dass die Durchführung von operativen Eingriffen in Eigenregie dabei nicht Bestandteil des Anforderungskataloges ist.

Aus der Sicht als akademische Lehrer müssen wir regelmässig beklagen, dass unsere Studenten im Gegensatz zu persönlichen Erfahrungen in anderen Ländern ein eher passives Verhalten zeigen und dazu neigen, ihr Licht gerne unter den Scheffel zu stellen. Es besteht denn auch eine gewisse Frustration im Lehrkörper, wenn trotz Studienreform und aufwendiger neuer Lehrmethoden "ins Leere" hinaus doziert wird. Es stellt sich folglich die Frage, ob die Vorbereitung und Selektion für ein Medizinstudium in der Schweiz den Anforderungen eines aktiven Lehrbetriebes in jedem Umfang, auch in Bezug auf Persönlichkeitsbildung und Selbständigkeit im interaktiven Unterricht genügen.

### **Ist die Zukunft der Medizin auch in der Chirurgie weiblich?**

Die Mehrheit der Medizinstudierenden ist heute weiblich. Während der Frauenanteil in einzelnen Disziplinen wie Pädiatrie, Gynäkologie, Allgemeine Medizin, Dermatologie etc. sehr hoch ist, ist die Chirurgie eine von Männern beherrschte Disziplin geblieben und selbst gezielte Förderung von Chirurginnen in einzelnen Institutionen haben bisher keine eigentliche Trendwende bewirken können. Die Gründe hierzu sind komplex und können nur stichwortartig aufgeführt werden: eine lange und arbeitsintensive Weiterbildungszeit mit weitgehend fehlender Möglichkeit einer Teilzeitstelle, Männerdomäne mit gewissem "rauem" Umgangston, ungeeignetes gesellschaftliches Umfeld, um Familie und Karriere in Einklang zu bringen (z.B. fehlende Kinderbetreuung), traditionelle Rollenaufteilung in Partnerschaften und viele andere Faktoren.

Nach dem Medizinstudium beginnt also die chirurgische Facharztweiterbildung, welche gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Ärztesgesellschaft (FMH) eine zusätzliche Weiterbildungsdauer von 6 Jahren vorsieht. Es gilt hier einem weitverbreiteten Vorurteil zu begegnen: Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung sind keine "Stifte" im Sinne einer Berufslehre. Vielmehr arbeiten sie als akademisch voll ausgebildete Ärztinnen und Ärzte während Wochenenden, nachts und über die Feiertage am Krankenbett und im Operationssaal und erweitern während dieser anspruchsvollen und zeitintensiven Tätigkeit ihren Erfahrungshorizont.

Ziel dieser Weiterbildungsperiode ist es, die fachliche Kompetenz in Chirurgie soweit zu erhöhen, dass gemäss dem aktuellen Stand des Wissens Patienten effizient im Hinblick auf eine spätere Operation abgeklärt werden, ihre Operabilität kritisch evaluiert wird, Indikationen für operative und nicht-operative Interventionen korrekt gestellt werden, Eingriffe gemäss den geltenden Richtlinien durchgeführt werden und Sicherheit beim perioperativen Management besteht bzw. allfällige Komplikationen ohne Verzögerung erkannt und behandelt werden können.

Während dieser Zeit schärfen die Facharztanwärter ihr Urteilsvermögen und erwerben die nötige Routine im Umgang mit Standardsituationen. In Anbetracht der Komplexität und nötigen Schwerpunktbildung wird seit einigen Jahren im Anschluss an diese Weiterbildungsphase oft eine Vertiefung in einer offiziell anerkannten Subspezialität angeschlossen. Diese Phase dauert reglementarisch mindestens 2 Jahre, beträgt aber in Realität oft das doppelte. Nachdem in der heutigen Chirurgie ein lebenslanges Lernen unabdingbar ist, mag diese Phase zwar einen formellen Abschluss finden, dem aber im Alltag relativ wenig Bedeutung zukommt, da die grössere und komplexe Chirurgie ausschliesslich an öffentlichen Spitälern gelehrt und praktiziert wird.

### **Ressourcenengpässe für Weiterbildung**

Durch die zwangsläufige Zunahme der Spezialisierung und Subspezialisierung in der Chirurgie einerseits und durch die arbeitsrechtlichen Bestimmungen in Bezug auf die Arbeitszeit andererseits, stösst die chirurgische Facharztausbildung in der Schweiz zunehmend an ihre Grenzen. Da die meisten chirurgischen Kliniken auf Grund der Arbeitszeitbestimmungen mehr ärztliches Personal eingestellt haben, können vornehmlich die geforderten Operationszahlen für den Facharzttitel in Chirurgie nicht mehr zeitgerecht erworben werden. Andererseits können nur noch sehr wenige Kliniken in der Schweiz das gesamte Operationsspektrum anbieten, welches für den Facharztwerb vorgeschrieben ist. Trotz der Zuhilfenahme von modernen Ausbildungsmöglichkeiten wie Videosimulationen und anderen audiovisuellen Hilfsmitteln (Vorbereitung auf Operationen an Hand von anatomischen Modellen oder Präparaten bzw. Operationstrainern) können diese Mittel die Ausbildung im Operationssaal nicht ersetzen und eine Mindestanzahl an eigenständig durchgeführten Operationen wird auch weiterhin zur Erreichung einer hohen operativen Kompetenz benötigt.

Ein Ausweg aus diesem Dilemma, welcher einerseits auf die Verhältnisse des Schweizerischen Gesundheitssystems Rücksicht nimmt und andererseits den hohen Ausbildungsstandard der Chirurgie in der Schweiz sichert, wäre die Schaffung einer gemeinsamen chirurgischen Ausbildung (*common trunc*) während den ersten 3 Jahren der Facharztausbildung und anschliessend die direkte modular aufgebaute Spezialisierung in die Subspezialitäten der klassischen Chirurgie wie z.B. die Thorax-, Viszeral-, Gefäss- oder Unfallchirurgie. Damit wird der Berufsstand des Allgemeinchirurgen aufgehoben werden und einem interdisziplinär zusammengesetzten Team von Chirurgen und anderen Ärzten weichen müssen, welches fortan das Management des chirurgischen Patienten gemeinsam übernimmt.

### **Die moderne Chirurgie im universitären Umfeld**

An den Universitätskliniken der Schweiz ist die erwähnte Spezialisierung und Subspezialisierung seit Jahren etabliert. Dabei sind sämtliche chirurgische Spezialdisziplinen meist als selbstständige Kliniken ins Universitätsspital integriert. In Relation dazu und bedingt durch unsere heterogene und bis vor kurzem kaum durch wirtschaftliche Faktoren limitierte Spitallandschaft, bildet die chirurgische Tertiäerversorgung die Kernkompetenz der Universitätskliniken als medizinischer Dienstleistungsbetrieb. Durch die Komplexität der Patientenkollektive ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Spezialkliniken unabdingbar. Am Berner Inselspital wurde dieser Anforderung durch die Schaffung von Departementen, in welche fachverwandte Kliniken zusammengefasst sind, auch in organisatorischer und struktureller Hinsicht Rechnung getragen. Obwohl diese Funktionseinheiten organisch verbunden sind, bedarf es einer sehr guten Kooperation zwischen den einzelnen Spezialisten um die medizinische Versorgung auf optimalem Niveau zu erbringen. Insbesondere der Erhalt schlanker Entscheidungsprozesse und effizienter Kommunikationswege stellt in solch einem Netzwerk eine grosse Herausforderung dar.

Neben der klinischen Dienstleistung nimmt die Forschung sowohl in klinisch-chirurgischer Hinsicht wie auch im Bereich der experimentellen Grundlagenforschung einen zentralen Stellenwert im Aufgabenetat einer chirurgischen Universitätsklinik ein. Im Idealfall fusst diese Forschungstätigkeit auf einer lückenlosen und statistisch auswertbaren elektronischen Dokumentation sämtlicher relevanter Patientendaten. Nur durch eine kontinuierliche Evaluation der täglichen Arbeit im Operationssaal wie am Krankenbett können bei fundierten Kenntnissen der medizinisch-biologischen Grundlagen und einem sorgfältigen chirurgischen Wissensstand, Impulse gesetzt werden, um innovative Hypothesen zu formulieren und mit den Instrumenten der klinischen wie auch experimentellen Forschung zu beantworten.



Es bleibt vornehmlich die Aufgabe des akademisch tätigen Chirurgen, diese Brücke zwischen klinischer Tätigkeit und Forschung sowie Entwicklung zu schlagen, um die Chirurgie weiter zu verbessern und angesichts der zunehmenden finanziellen Limitierung im Gesundheitswesen relevante und realisierbare Forschungsprojekte zu verfolgen und deren Ergebnisse in der Klinik zu implementieren.

Während die Durchführung klinischer Studien gut vereinbar ist mit der alltäglichen klinischen Arbeit, benötigt die experimentelle Forschung neben einer gesonderten räumlichen und personellen Infrastruktur auch ein hohes zeitliches Engagement des Chirurgen und eine entsprechende zusätzliche Ausbildung in der experimentellen Methodik. Angesichts der exponentiellen Wissenszunahme in der Medizin und Biologie und der zunehmenden Komplexität der Forschungsmethodik hat nur die intensive und produktive Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Naturwissenschaftlern Aussicht, innovative und klinisch relevante Fragestellungen zu beantworten. Damit ist die Universität als Forschungsinstitution ebenso herausgefordert wie die einzelnen universitären Institute und Kliniken, die erforderliche Plattform zu schaffen bzw. zu garantieren, um den Beruf des akademischen Chirurgen auch für die Zukunft attraktiv zu machen.

### **Die Stellung der Chirurgie im Rahmen der medizinischen Wissenschaft**

Im Laufe des 20. Jahrhunderts reifte die Erkenntnis, dass chirurgische Therapieansätze von einem breiten Publikum nur akzeptiert wurden, wenn sie auf wissenschaftlichen Grundlagen der empirischen Datenerfassung und Auswertung beruhten. Der amerikanische Chirurg William Stewart Halsted (1852-1922), der als Professor für Chirurgie am neugegründeten John Hopkins Hospital and School of Medicine lehrte, gilt als einer der Pioniere dieser Ära der modernen Chirurgie. Es ist sein Verdienst, die Chirurgie aus dem kümmerlichen Dasein des 19. Jahrhunderts herausgelöst zu haben und auf Grund von exakten anatomischen, physiologischen und pathologischen Forschungsergebnissen unter Zuhilfenahme von Tierexperimenten, neue und verfeinerte Operationsmethoden in die Klinik eingeführt zu haben. Damit festigte er nicht nur den Stellenwert der chirurgisch-experimentellen Forschung zur Entwicklung neuer und Verbesserung bestehender chirurgischer Behandlungsmethoden, sondern demonstrierte auch die Bedeutung und das Potenzial der Chirurgie als universitäre Institution gegenüber anderen Bereichen der Medizin, welche sich im akademischen Umfeld bereits auf Grund ihrer Forschungsnähe etabliert hatten (z.B. Anatomie, Physiologie, Mikrobiologie und Biochemie).

Die Strategie, chirurgische Operationsverfahren und Behandlungskonzepte zunächst im Labor zu entwickeln und dann in der Klinik zu implementieren, wurde in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von zahlreichen bedeutenden Chirurgen aufgegriffen, welche neben ihrer chirurgischen Qualitäten ebenso bekannt waren für ihre wissenschaftlichen Arbeiten. Chirurgen wie George Crile (1864-1943), Alfred Blalock (1899-1964) und Charles Huggins (1901-1997) erreichten auch als Wissenschaftler Weltruhm. Die Liste der Nobelpreisträger in Medizin und Physiologie enthält einige Chirurgen, welche neben der Einführung neuer Operationsverfahren auch durch ihre wissenschaftlichen Anstrengungen zum besseren Verständnis zahlreicher Krankheitsbilder beigetragen haben, z.B. Theodor Kocher (Schilddrüsenerkrankungen), Alexis Carrel (Grundlagen der Gefäßchirurgie), Frederick Banting (Insulin), Werner Forssmann (Herzkatheter), Charles Huggins (Onkologie) und Joseph Murray (Organtransplantation). Durch diese Tradition besteht bis heute in den meisten chirurgischen Universitätskliniken ein enger Bezug zu wissenschaftlichem Arbeiten und anderen medizinischen Wissenschaften.

### **Chirurgie im heutigen Spitalalltag**

Die Ansprüche an die heutigen Chirurgen seitens der Patienten haben sich auch im 21. Jahrhundert nicht grundlegend verändert. Der operative Eingriff kann vom Patienten nur akzeptiert werden, wenn eine besondere Vertrauensbasis zwischen Chirurg und Patient besteht. Obwohl die Patienten heute in der Regel besser informiert und kritischer den Gang zum Chirurgen antreten, sind ihre Ängste, Wünsche und Hoffnungen die gleichen geblieben. Damit kommen neben den fachlichen Kompetenzen des Chirurgen seine menschlichen Aspekte eine besondere Bedeutung zu. Die Fähigkeit, individuell auf Patienten verschiedenster Herkunft und Bildung eingehen zu können, operative Vorgehensweisen in Ruhe und verständlich zu erklären, chirurgische Komplikationen als mögliche Gefahr offen aber im Rahmen einer angemessenen Würdigung zu schildern und damit eine realistische Erwartungshaltung zu fördern, ist eine der grundlegendsten Qualitäten des guten Chirurgen.

Gerade in der heutigen Welt mit ihrem fast unlimitierten Zugang zu Informationen und damit Gefahr der Missinformation, kommt dem ärztlichen Gespräch und der Fähigkeit, auf den Patienten einzugehen, ein zentraler Stellenwert zu.

Von den Auswirkungen der Arbeitszeitregulation, der finanziellen Rahmenbedingung der Spitäler, Spitalschliessungen, der Dokumentationsverpflichtungen seitens der Kostenträger wird auch der Alltag des Chirurgen nicht verschont. In zunehmendem Masse prägen wirtschaftliche Überlegungen, Fragen der Effizienzsteigerung, Rationalisierungsprozesse oder gar Rationierungsaspekte unsere klinischen Entscheidungsprozesse. Wir laufen damit Gefahr, den Aspekten der Individualmedizin nur noch ungenügend Beachtung schenken zu können und unter Druck von Politik und Gesellschaft unsere Bestrebungen auf eine institutionalisierte Medizin auszurichten zu müssen. In diesem Rahmen fusst ärztliches Handeln auf standardisierten Behandlungsalgorithmen, welche medizinisch, ökonomisch und gesellschaftlich akzeptiert sind, während Gefahr droht, dass der Freiraum für individuelles Handeln mühsam erkämpft werden muss.

In diesem Rahmen gewinnen ethische Fragen an Bedeutung und der Diskurs darüber, welches Verfahren und welche Limiten in einer bestimmten Situation angemessen sind, verlangt von allen Beteiligten die Bereitschaft zu Offenheit, Objektivität und Engagement. Auch der Umgang mit Fehlern, die Wechselwirkungen zwischen Medien und Medizin und die Interaktionen zwischen Administration und Medizin sind Themenkreise, die das chirurgische aktuelle Umfeld zunehmend prägen und eine intensive Auseinandersetzung unter den Akteuren unabdingbar machen.

### Fazit

Obwohl die Chirurgie heute ein allgemein akzeptiertes Fach der modernen Medizin darstellt und die Erfolgsraten chirurgischer Therapieverfahren in den letzten Jahrzehnten stetig verbessert wurden, erwarten uns zahlreiche neue Herausforderung, welche sich bei weitem nicht nur auf biologisch-medizinische Zusammenhänge reduzieren lassen. Diesen Herausforderungen mit Innovationsvermögen und Perspektive für das Ganze gerecht zu werden, ohne den privilegierten Stellenwert der Arzt - Patientenbeziehung zu kompromittieren, macht die Ausübung unseres Berufes gerade im universitären Umfeld zu einer der spannendsten und faszinierendsten Aufgaben überhaupt.

Der an dieser Stelle vorgesehene Beitrag von Thomas F. Lüscher lag uns bei der Drucklegung dieses Hefts leider noch nicht vor. Wir bedauern dies und hoffen ihn in einer der nächsten Nummern noch nachträglich veröffentlichen zu können.

## Universität - Medizinische Fakultät - Betriebsmanagement: wer soll das Universitätsspital führen?

Prof. emeritus Dr. med. Emilio Bossi, Dekan der medizinischen Fakultät Bern von 1999 bis 2004

*In der Führung von Universitätsspitalern kommen zwei Welten zusammen: diejenige der Medizinischen Fakultäten und diejenige des Spitalmanagements. Für die Kernkompetenzen des Universitätsspitals (ärztliche Betreuung der Patientinnen und Patienten, Ausbildung von Medizinstudierenden und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte zu Fachärzten sowie klinische Forschung und die damit einhergehende Grundlagenforschung) ist die Medizinische Fakultät zuständig, vertreten durch die Professoren in ihrer Doppelfunktion als Chefärzte und akademische Lehrer und Forscher. Das Spitalmanagement ist dafür verantwortlich, dass die Erfüllung dieser hochkomplexen Aufgaben ermöglicht wird. Nur eine gemeinsame Führung des Universitätsspitals durch Fakultät und Management kann zum Erfolg führen. Die Universität ist zu weit von den Sachgeschäften entfernt, als dass sie hierbei eine wesentliche Rolle übernehmen könnte.*