

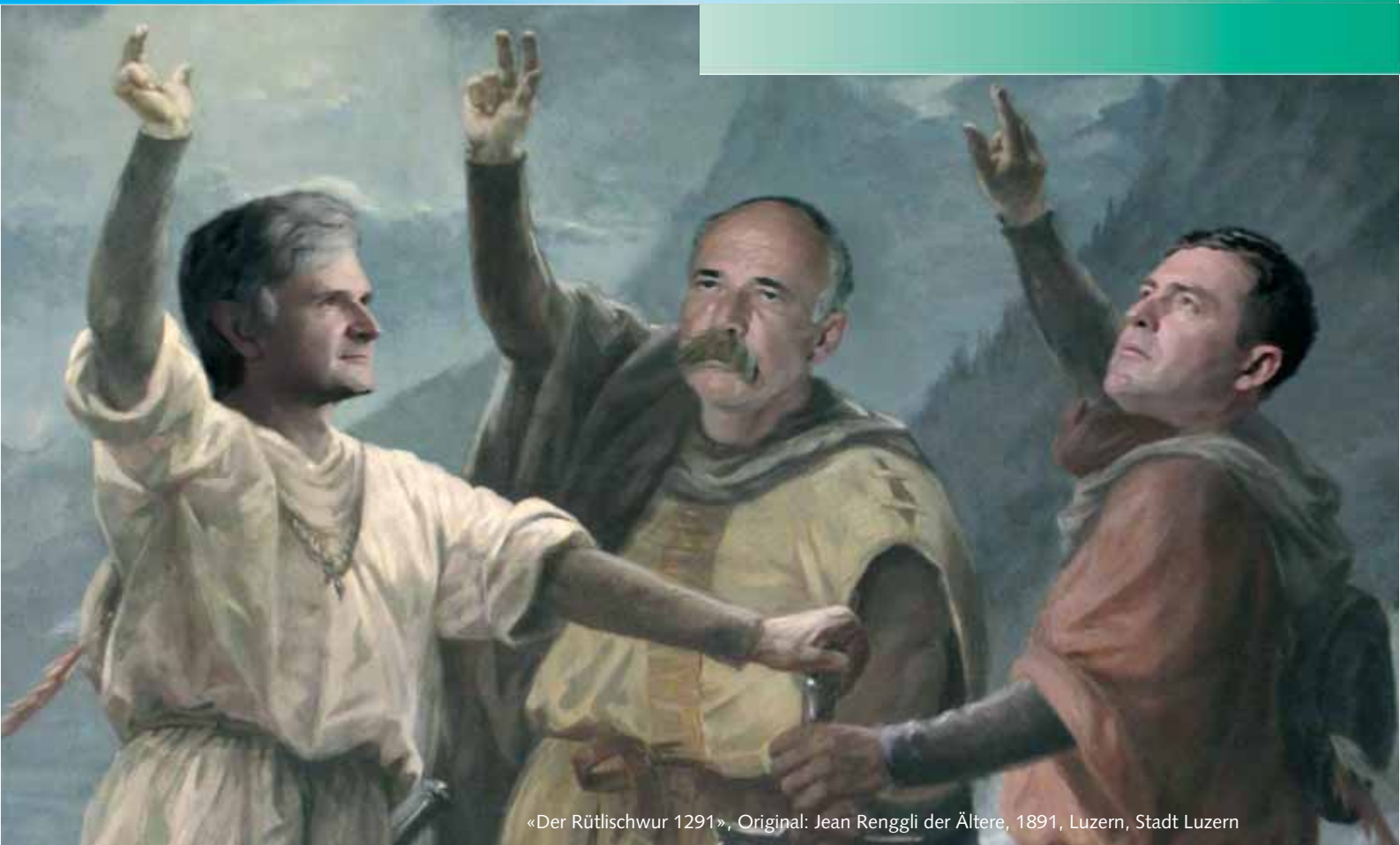
Viszerale Medizin

2/08

Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin

→ Eine Klinik: Besser für Patienten, besser für Zuweiser

→ Transplantationsgesetz: Nachbesserung dringend nötig



«Der Rütlichschwur 1291», Original: Jean Renggli der Ältere, 1891, Luzern, Stadt Luzern

Editorial

Medizin wird immer komplexer, wirksamer und effizienter. Medizinisches Wissen nimmt rasant zu, was uns befähigt, Krankheiten erfolgreich zu behandeln, die man noch vor wenigen Jahrzehnten als infaust betrachtet hat. Daneben hat sich die Medizin in zahlreiche Teilgebiete und Organisationsstrukturen entwickelt, die den kranken Menschen eigentlich gar nicht interessieren. Er will einzig kompetent und mit Achtung betreut werden.

Mit unserem spätsommerlichen Newsletter wollen wir ihnen aufzeigen, dass fachliche Spezialisierung auch Verbindung statt Auftrennung bedeuten kann. Seit dem 1. Juli haben sich die drei Kliniken für Gastroenterologie, Hepatologie und Viszeralchirurgie zu einer einzigen Klinik zusammengeschlossen. Das Titelbild zeigt die Co-Di-

rektoren Andrew Macpherson (Gastroenterologie), Jürg Reichen (Hepatologie) und mich anlässlich des Gründungsaktes...

Wir erklären, wie sich unsere neue Klinik nach dem Motto: «one face to the patient and the referring physician» interdisziplinär dem Thema Abdominalerkrankungen widmet, funktioniert und welchen Nutzen Patienten und Zuweiser von ihr erwarten können. Ein weiterer Schwerpunkt ist das neue Transplantationsgesetz, das unseres Erachtens noch etliche Kinderkrankheiten aufweist.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Daniel Candinas, September 2008

Inhalt

Neue Klinik

3 Ecclesia abhorret a sanguine.
Prof. Dr. med. Daniel Candinas,
Prof. Dr. med. Andrew Macpherson,
Prof. Dr. med. Jürg Reichen

5 Die Klinik für Viszerale Chirurgie und
Medizin aus Sicht der Spitalleitung
Dr. oec. publ. Urs Birchler

6 Intensive Patienten-Arztbeziehung
PD Dr. med. Daniel Inderbitzin

Fellowship

8 Die leitenden Ärzte der Toronter
Universität assistieren den Fellows
PD Dr. med. Ulrich Güller

Transplantationsgesetz

9 Neues Transplantationsgesetz
Interview mit Prof. Dr. med. Thierry Carrel
und Prof. Dr. med. Daniel Candinas

Forschung

13 Steroide vor Schilddrüsenoperationen
erhöhen die Lebensqualität
Dr. med. Stephan Vorbürger

Portrait

14 Maria-Anna Ortner
«Wellen des Lichts, Wellen der Musik»

Kunst aus der Klinik

15 Kommt mit mir auf die Reise
Bilder von Barbara Baumann

Veranstaltungskalender

16 Programm der Interdisziplinären
Viszeralchirurgie und des
19. Berner Symposiums 2008

News aus der Klinik

Herrn PD Dr. med. Christian A. Seiler, Fachbereich Chirurgie, wurde von der Universität Bern per 1. März 2008 die Würde einer Assoziierten Professur verliehen.

Herrn Dr. med. Daniel Inderbitzin, Fachbereich Chirurgie, wurde von der Universität Bern per 29.01.2008 die Venia Docendi (Habilitation) verliehen. Herr PD Dr. med. Daniel Inderbitzin wurde zudem per 1. April 2008 von der Ärztlichen Direktion zum Leitenden Arzt ernannt.

Herr Prof. Dr. med. Jürg Reichen, Fachbereich Hepatologie, wurde von der European Association for the Study of the Liver (EASL) in Anerkennung der Verdienste seiner mehr als 30-jährigen Tätigkeit als Kliniker und Forscher mit dem Recognition Award 2008 ausgezeichnet.

Herr PD Dr. med. Jürgen Gschossmann, Fachbereich Gastroenterologie, wurde per 1. Juni 2008 zum Chefarzt Innere Medizin des Klinikum Forchheim (Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen) gewählt.

Herr Prof. Dr. med. Daniel Candinas wurde per 1. Januar 2009 zum Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie gewählt.

Frau PD Dr. med. Maria-Anna Ortner hat am 1. Juli 2008 ihre Tätigkeit als Leitende Ärztin und Leiterin der Endoskopie der neuen gemeinsamen Klinik für Viszerale Chirurgie und Medizin des Inselspitals aufgenommen. Nach dem Medizinstudium in Innsbruck und der Ausbildung in Innerer Medizin folgte die Spezialisierung auf dem Gebiet der Gastroenterologie und Endoskopie. Anschliessend verbrachte sie 8 Jahre an der Medizinischen Klinik der Charité (Humboldt Universität, Berlin). Dort stieg sie zur Leiterin der interdisziplinären medizinisch-chirurgischen Endoskopie auf. 2002 wechselte sie an die Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie von Prof. Michetti des Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne. Im Juni 2004 habilitierte sie auf dem Gebiet der Gastroenterologie.

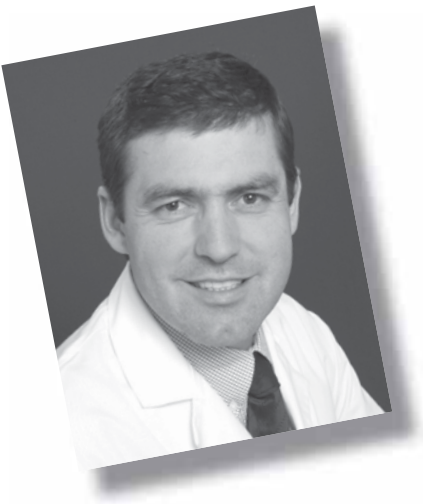
Impressum:

Herausgeber: Prof. Dr. med. Jürg Reichen (Hepatologie)
Prof. Dr. med. Andrew J. Macpherson (Gastroenterologie)
Prof. Dr. med. Daniel Candinas (Viszeralchirurgie)
Redaktion: Dr. med. Pietro Renzulli, pietro.renzulli@insel.ch
Christian Bernhart (chr), chrbernhart@bluewin.ch
Monica Hennessen, monica.hennessen@insel.ch
Auflage: 5600 Exemplare, 3–4x jährlich
Grafik: Hannes Saxer, 3074 Muri,
Druck: Haller + Jenzer AG, 3401 Burgdorf
Korrespondenz / Leserbrief: Prof. Dr. med. Daniel Candinas
Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin
Inselspital, Universität Bern, CH-3010 Bern
daniel.candinas@insel.ch
Sekretariat: Frau Liselotte Balmer, liselotte.balmer@insel.ch
Tel: +41 (0) 31 632 24 04, Fax: +41 (0) 31 382 47 72

Neue Klinik

Ecclesia abhorret a sanguine

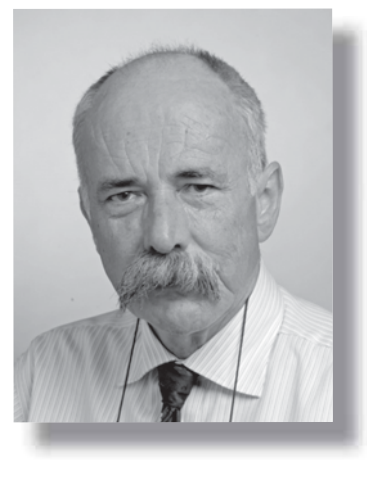
Die Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin betreut die Patienten mit der vollständigen Palette der Bereiche Gastroenterologie, Hepatologie und Viszeralchirurgie samt ihrer Subspezialitäten vor Ort. Wir korrigieren damit eine Trennung in der Medizin, die ihren Ursprung im Mittelalter hat, als das Konzil von Tours chirurgische Eingriffe verbot.



Prof. Dr. med. Daniel Candinas
Fachbereich Chirurgie



Prof. Dr. med. Andrew Macpherson
Fachbereich Gastroenterologie



Prof. Dr. med. Jürg Reichen
Fachbereich Hepatologie

Als Papst Alexander III im Jahre 1163 anlässlich des Konzils von Tours das Edikt erliess: «Die Kirche vergießt kein Blut» kam dies für die damals tätigen Ärzte, die fast alles Kleriker waren, einem Verbot chirurgischer Handlungen gleich. Während und nach chirurgischen Eingriffen kam es oft zu schwerwiegenden Komplikationen und Todesfällen, sodass man sich von solchen Methoden tunlichst distanzieren wollte. Für die Entwicklung der Medizin hatte dieser Erlass jedoch weitreichende Folgen. Die akademische (Innere) Medizin trennte sich bis weit ins 19. Jahrhundert von der Chirurgie, welche fortan den Barbieren und Badern überlassen wurde. Auch als im Jahre 1354 die Grundlagen für das Inselspital gelegt wurden, war diese Trennung schon während vielen Generationen eine vollendete Tatsache und sollte es während Jahrhunderten bleiben. Als die Chirurgie schliesslich im Laufe des 19. Jahrhunderts wieder in die akademische Gemeinschaft der Schulmedizin aufgenommen wurde, führte dies aber nicht zu einer Wieder-

vereinigung mit der Inneren Medizin, sondern wurde mit der Zunahme an Wissen und Möglichkeiten, ein weiterer Faktor einer sich immer schneller drehenden Entstehung neuer Subspezialitäten.

(Sub)Spezialisierung bietet zweifelsohne die Chance, Probleme tief, professionell und fokussiert anzugehen. Wenn wir davon ausgehen, dass Patienten kompetent, effizient und umfassend betreut werden möchten, ist mit der Subspezialisierung sicherlich die Kompetenz abgedeckt. Effizienz und umfassende Betreuung sind hingegen nur gewährleistet, wenn die Problematik innerhalb der betreffenden Subspezialität gelöst werden kann. Dies ist aber in Anbetracht der komplexen medizinischen Probleme, die sich zum Beispiel bei Erkrankungen des Bauchraumes oft stellen, in den wenigsten Fällen gewährleistet. Zur Problemlösung benötigt es einerseits Wissen und Können, andererseits gut funktionierende Schnittstellen zwischen den

Wissensträgern. Selbstverständlich können diese Schnittstellen ad hoc und auf rein persönlicher Basis im kleinen Team als Netzwerk von Wissensträgern recht gut funktionieren. Gemeinsame Interessen, wie zum Beispiel wirtschaftlicher Erfolg für die Glieder des Netzwerks können diese Schnittstellen geschmeidig halten.

In einer Institution wie der unseren, welche sich hauptsächlich – oft weit jenseits der Grenzen des Profitablen – bei der Betreuung von Patienten mit komplexen Erkrankungen engagiert, innovative Forschungsansätze verfolgt und zudem zukünftige Generationen von Spezialisten ausbildet, ist die Sachlage unseres Erachtens etwas komplexer als im typischen Kompetenzzentrum der börsenkotierten Wellnessbranche.

Wir stellen fest, dass klassische Disziplinen der Inneren Medizin wie die Gastroenterologie immer mehr invasive Untersuchungen und Therapien anbietet, während die Viszeralchirurgie danach strebt, möglichst minimal invasiv im Körper des Menschen zu wirken. Im Gleichschritt damit stellen wir eine zunehmende Überlappung der Kompetenzen und Wissensbereiche fest. Ein Hepatologe, der nicht genau die Chancen und Risiken der chirurgischen Möglichkeiten kennt, ist genau so limitiert wie ein Viszeralchirurg, der die Konzepte der Hepatologie verkennt oder die Möglichkeiten einer endoskopischen Therapie falsch einschätzt. Allen Disziplinen ist zudem neben der fachlichen Nähe auch eine gemeinsame Basis grundlegender Elemente der Patientenbetreuung, wie breites allgemeinmedizinisches und soziales Engagement gemeinsam.

Als Ordinarii und klinische Verantwortliche für die Fachbereiche Gastroenterologie, Hepatologie und Viszeralchirurgie an der Medizinischen Fakultät Bern und am Inselspital war es uns ein Bedürfnis, eine organisatorische Struktur zu schaffen, die unsere im Alltag eng gelebte Interdisziplinarität so festigen würde, dass Klinik, Lehre und Forschung im Bereich der Abdominalerkrankungen aus einem Guss stammen. Mit der Schaffung der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin ist eine im wahrsten Sinne interdisziplinär aufgebaute Klinik entstanden, welche den Patienten nicht mehr durch die engere Optik des Spezialgebietes betreut, sondern in jedem Falle auch die gesamte Palette der Bereiche Gastroenterologie, Hepatologie und Viszeralchirurgie samt ihrer Subspezialitäten vor Ort einfließen lässt. Dass diese Vision nun schrittweise umgesetzt

werden kann, verdanken wir der Offenheit von Inselspital und Fakultät, aber auch dem Engagement unserer Mitarbeitenden im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Wir sind überzeugt, dass die Zusammenführung unserer Bereiche in eine gemeinsame Klinik für viele Patienten, Zuweiser und Mitarbeitende in Weiterbildung von grossem Nutzen sind und die ersten Monate der gemeinsamen Klinik sind denn auch sehr ermutigend. Ungewiss bleibt hingegen, was Papst Alexander III zu diesem Vorhaben sagen würde. Die Zeiten ändern sind bekanntlich.



Gastkommentar

Die Klinik für Viszerale Chirurgie und Medizin aus Sicht der Spitalleitung

Was ist von der neuen Klinik zu halten? Neuerungen sind nicht per se gut oder schlecht. Sie bieten Chancen und Risiken. Weshalb haben die Spitalleitung und letztlich der Verwaltungsrat der Inselspital-Stiftung der Bildung der neuen Klinik zugestimmt?

Die heute am Inselspital existierenden 37 Kliniken und Institute sind für das «Kerngeschäft» verantwortlich, also für die medizinische Dienstleistung (Patientenbehandlung) sowie für Lehre und Forschung. Die Kliniken und Institute sind zu neun Departementen aggregiert. Die Departemente sind im Inselspital nicht «Oberkliniken», sondern die Departemente sind für die «Supportprozesse» verantwortlich, das heisst für die betriebswirtschaftliche Geschäftsführung (Finanz- und Leistungscontrolling, Human Resources, Informatik, Budgeterstellung und Budgetumsetzung, Projekte, etc.). Die «Klinik für Viszerale Chirurgie und Medizin» ist bekanntlich das Konstrukt aus drei bisherigen Klinikeinheiten. Sie bleibt eine Klinik! Es resultiert kein Funktionswechsel. Sie ist für das medizinische «Kerngeschäft» verantwortlich. Sie ersetzt nicht das Departement. Sie ist weiterhin – zusammen mit der Klinik für Thoraxchirurgie und der Klinik für Pneumologie – Teil des Departementes DMLL (Departement Magen-Darm, Leber- und Lungenkrankheiten), welches für die betriebswirtschaftlichen Supportprozesse zuständig bleibt.

Wenn keine neue Funktion resultiert, was wird dann neu? Kliniken sind teilautonome organisatorische Einheiten. Dem Chefarzt bzw. den Chefärzten der Klinik kommt die abschliessende medizinische Fachverantwortung zu. Die Auffächerung in bisher 37 Kliniken und Institute unterstützt das Bestreben der einzelnen medizinischen Fächer sich zu entwickeln und zu profilieren – sowohl innerhalb des Inselspitals als auch extern gegenüber den Zuweisern, der Öffentlichkeit und der Fachwelt. Diese strukturelle Gliederung nach medizinischen Fächern kann aus Sicht der Spitalleitung tendenziell auch nachteilig sein – nicht fachlich – aber hinsichtlich der Interdisziplinarität und der Behandlungsprozesse über die Klinikgrenzen hinaus.

Die neue Klinik bietet die Chance, dass die drei medizinischen Fachgebiete sich nicht in drei einzelne Strukturen bzw. Kliniken gliedern, sondern sich – aus eigenem Willen nota bene – in eine gemeinsame Klinikstruktur einbinden. Trotzdem bin ich mit skeptischen Fragen konfrontiert worden. «Kommt das gut?» «Wo liegen die Risiken?» Ich sehe vor allem drei Risiken. Erstens: Das einzelne Fach kann sich zu wenig selbständig entwickeln; der Freiheitsgrad des Faches ist kleiner. Zweitens: Das einzelne Fachgebiet wird ausserhalb des Inselspitals zu wenig wahrgenommen und der Öffentlichkeit wie den Zuweisern ist nicht mehr klar, wo welches Fachgebiet angeboten wird. Drittens: Die profilierten Persönlichkeiten des Co-Direktoriums verstricken sich in Divergenzen.

Die Spitalleitung verkennt die Risiken nicht. Sie ist überzeugt, wenn die Risiken jedoch gemeistert werden, dann mutieren die Risiken zu strategischen Erfolgsfaktoren: Nicht das einzelne Fach (gemäss FMH), sondern das Fachgebiet wird zum Kompetenzzentrum innerhalb der «Insel» und in der Öffentlichkeit bzw. in der Beurteilung der Zuweiser. Und das Co-Direktorium? Die Herren Co-Direktoren sind motiviert und engagiert, zusammen mit der Pflegedienstleitung und den weiteren Schlüsselpersonen die gesteckten Ziele zu erreichen!

Archiv

Die früheren Ausgaben der «Viszeralen Medizin» können Sie als PDF-files auf unserer Homepage abrufen.

www.chirurgiebern.ch

www.viszerale-medizin.ch

www.viszerale.ch



Neuorganisation

Intensive Patienten-Arztbeziehung

Die personengebundene Patienten-Arztbeziehung wird in der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin mit einer Neuorganisation umgesetzt. Ein zuständiger Facharzt wird direkte Ansprechperson für die Patienten und die zuweisenden Ärzte während der gesamten Behandlung und Nachbetreuung.

Die Patienten-Arztbeziehung personengebunden zu regeln ist die Vision der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin. Das Prinzip des direkten Ansprechpartners, das in der modernen Unternehmensführung mit Slogan «one face to the customer» Eingang gefunden hat, bringt auch im komplexen Betrieb der Universitätsklinik namhafte Vorteile.

Als zuständiger Facharzt führt dieselbe Person die erste Untersuchung durch, ist danach verantwortlich für die Behandlung, für die Entlassung und die spätere Nachbehandlung. Der Patient erhält die Informationen über sein Befinden und zu vorgeschlagenen Therapien von seiner Bezugsperson, dem zuständigen Facharzt. So festigen wir das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.

Vorteile für den zuweisenden Arzt

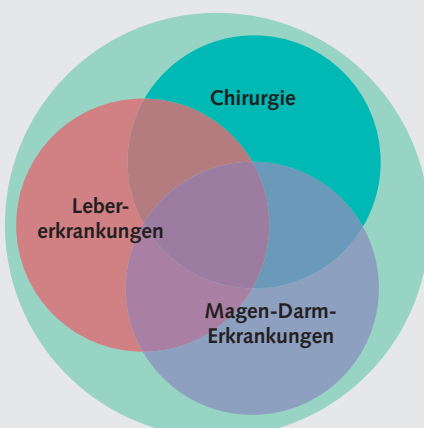
Ebenfalls erhält der zuweisende Arzt namhafte Vorteile. Er hat im zuständigen Facharzt einen direkten Ansprechpartner, der ihn über die Diagnose, die Befunde der zugezogenen Spezialisten und einer möglicherweise interdisziplinären Therapie aus erster Hand informiert. Und spitalintern

verläuft der Informationsaustausch mit den zugezogenen Spezialisten und dem zuständigen Facharzt direkt von Person zu Person. Diese personengebundene Patientenbetreuung macht eine Neuorganisation in der Poliklinik und der stationären Klinik notwendig.

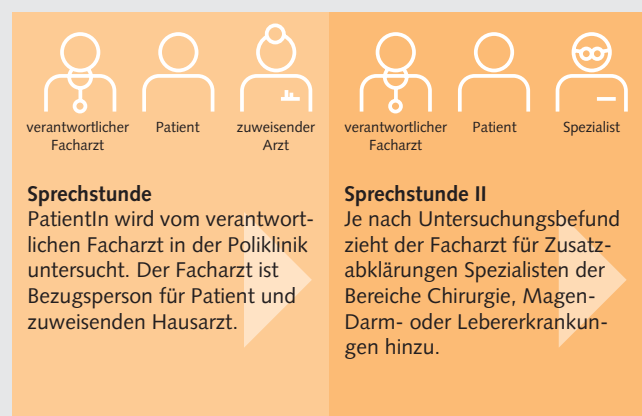
Personenbezogene Sprechstunde

Die Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin suchen 70% elektive Patienten auf, die andern 30% erreichen die Klinik über die Notfallstation. Die zuweisenden Ärzte können ihre elektiven Patienten entweder einem Spezialisten oder der Klinikleitung zur Konsultation in die Poliklinik anmelden. Der schriftlich zur Sprechstunde eingeladene Patient – und der zuweisende Arzt – darf nun davon ausgehen, dass der gewünschte zuständige Facharzt als verantwortliche Kontaktperson den Patienten für die ambulante Behandlung und allenfalls während des Klinikaufenthaltes sowie für die Nachbehandlung betreut. Der Facharzt wird zur Behandlung oder für eine interdisziplinäre Therapie weitere Spezialisten der Universitätsklinik zuziehen.

Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin



Zentrale Auskunftsstelle: Telefon 031 632 24 03



Internistischer Stationsarzt

Ist ein stationärer Aufenthalt in der Universitätsklinik notwendig, so bespricht in der Sprechstunde der verantwortliche Arzt mit dem Patienten den Zeitpunkt des Eintritts und allenfalls weitere vorausgehende Untersuchungen. Auf der Bettenabteilung der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin übernimmt der internistische Abteilungsoberarzt die Verantwortung für die Patienten zusammen mit den Abteilungsgärzten..

Dank der erweiterten internistischen Betreuung der Bettenabteilung ergeben sich für Patienten und Pflegende wichtige Vorteile. Neben dem Facharzt hat der Patient im Abteilungsarzt eine weitere ärztliche Bezugsperson. Dies vor dem Hintergrund, dass viele Patienten zur akuten Krankheit breite internistische Probleme aufweisen und sich eine ganzheitliche und umfassende internistische Abwägung zu Therapiemassnahmen aufdrängt. Des weiteren haben Pflegende jederzeit einen verantwortlichen Abteilungsoberarzt als Ansprechpartner. Und der zuständige Facharzt, der täglich die Visite am Patientenbett vormittags um 8.30 Uhr zusammen mit dem Abteilungsoberarzt oder dem Abteilungsarzt durchführt, kann therapeutische Massnahmen den internistischen Gegebenheiten anpassen.

Interdisziplinärer Stationsrapport

Auf der stationären Abteilung der Klinik mit circa 76 Betten betreut je ein internistischer Oberarzt zwei Stationen mit insgesamt 36 Patienten. Er wird von Assistenzärzten unterstützt, die je zwischen 8 bis 10 Patienten betreuen. Die internistische Betreuung der Bettenabteilung wird auch auf die Abteilung des Intermediate Care ausgeweitet, indem

ein internistischer Oberarzt die Stellvertretung des ärztlichen Leiters übernimmt.

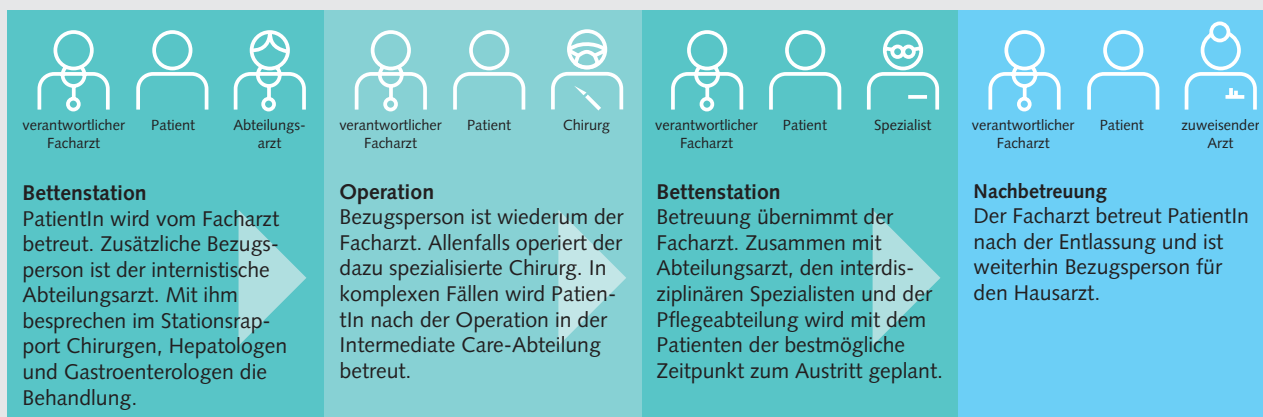
Die Zusammenlegung der Viszeralchirurgie, Gastroenterologie und Hepatologie wird physisch nicht bloss in der einheitlichen Bettenabteilung vollzogen. Der interdisziplinäre Stationsrapport findet dreimal pro Woche mit dem verantwortlichen Abteilungsoberarzt, einem Chirurgen, Hepatologen und Gastroenterologen statt, montags, mittwochs und freitags um 13.00 Uhr. An diesen Rapports werden allenfalls weitere Abklärungen, respektive zusätzliche oder andere Therapien oder pflegerische Massnahmen vorgeschlagen.

Ausbildung und Forschung

Die neue ärztliche Organisation bringt der Ausbildung und Forschung positive Aspekte. Auf der stationären Klinik erhalten die angehenden Chirurgen wichtige Impulse über die internistische Medizin von ihren Internisten-Kollegen am Patientenbett. Und die Internisten erfahren wie ihre chirurgischen Kollegen viszerale Erkrankungen beurteilen und bei akuten Situationen schnell entscheiden müssen.

Die pflegerische Betreuung erhält durch den direkten Kontakts zwischen dem verantwortlichen Arzt, dem internistischen Leiter und den Pflegenden eine grössere Bedeutung. Die interdisziplinäre Behandlung und Betreuung eröffnet auch neue Wege für die Forschung und Pflegeforschung. So untersucht ein Forschungsprojekt, ob sich bei Patienten, die unerwartet intensive Pflege benötigen, gesundheitliche Komplikationen ankündigen.

Ärztliche 24-Stunden-Hotline: Telefon 031 632 85 79





Letter from Canada

Die leitenden Ärzte der Toronter Universität assistieren den Fellows

Neben dem attraktiven Standort von Toronto als Metropole war das zweijährige Fellowship an der chirurgischen Onkologie der Universität Toronto mit einem Einzugsgebiet von fünf Millionen Bewohnern für Ulrich Güller eine intensive Lernzeit. Wichtige Erfahrung: Die leitenden Ärzte assistieren den Fellows bei allen Operationen, ganz nach dem Motto «see one, do one, teach one.»

Nach Abschluss meiner chirurgischen Facharztausbildung in der Schweiz im Jahre 2005 war für mich klar, dass ich im Ausland Kenntnisse und Fähigkeiten in einem chirurgischen Spezialgebiet erlangen wollte. Die chirurgische Onkologie (Tumorchirurgie) war für mich immer schon ein faszinierendes und facettenreiches Gebiet: Sie beinhaltet komplexe chirurgische Eingriffe, ein interessantes Teamwork von Chirurgen, Radio-Onkologen, medizinischen Onkologen und dem Pflegeteam, spannende, klinische und Grundlagenforschung, sowie berührende Begegnungen mit Tumorpatienten/-innen, deren Dankbarkeit oft grenzenlos ist.

Ich habe mich deshalb an der Universität Toronto für einen 2-jährigen Fellowship in Chirurgischer Onkologie beworben und wurde als erster Schweizer in dieses Programm aufgenommen. Der Fellowship neigt sich nun bereits dem Ende zu, und ich darf auf eine intensive, äusserst bereichernde Zeit zurückschauen.

Das Absolvieren eines Fellowships in Chirurgischer Onkologie an der Universität Toronto bietet gewichtige Vorteile: Zum einen bringt die intensive Patientenbetreuung während der gesamten Spitalaufenthaltsdauer und das Sammeln von Erfahrungen einen Gewinn an Sicherheit im prä-, peri- und postoperativen Management. Zum anderen ist die Anzahl Operationen, welche den Fellows übertragen wird, gemessen an den europäischen Verhältnissen, unvergleichbar höher. Der Grund für das grosse operative Volumen liegt in der ausgeprägten Zentralisation des kanadischen Gesundheitswesens: Toronto hat zum Beispiel ein Einzugsgebiet von weit über 5 Millionen Einwohnern. Ein weiteres grosses Plus eines Fellowships an der Universität Toronto ist die Tatsache, dass die leitenden Ärzte alle Operationen, auch komplexe kolorektale Eingriffe oder

Leber- und Pankreasresektionen, den Fellows assistieren; ganz nach dem Motto «see one, do one, teach one.» Letztlich ist vorteilhaft, dass man am Ende des Fellowships den offiziellen Titel des «Surgical Oncologist». (Chirurgischer Onkologe) der Society of Surgical Oncology (SSO) tragen darf.

Insgesamt darf ich ein äusserst positives Fazit ziehen. Der Fellowship in Chirurgischer Onkologie an der Universität Toronto erwies sich für mich als enorm lehrreich und erlaubte mir einen Quantensprung bezüglich chirurgisch-onkologischem Wissen und operativen Fähigkeiten.

Zudem ist Toronto eine faszinierende und pulsierende Metropole, welche viel bietet bezüglich Sehenswürdigkeiten, Museen, Musikkonzerten, Sport und fine dining. Ferner sind die Niagara Fälle, der Algonquin National Park mit seiner äusserst pittoresken Seen- und Wälderlandschaft, die Hauptstadt Ottawa und Montreal allesamt in nur wenigen Autostunden erreichbar – also «just around the corner» für kanadische Verhältnisse.

Für mich besteht kein Zweifel: Toronto war eine Reise wert!

Herr PD Dr. med. Ulrich Güller tritt am 1. August 2009 seine Stelle als Leitender Arzt an unserer Klinik an.

Neues Transplantationsgesetz

«Dringlichkeit ist zu eindimensional für die Zuteilung der Organe»

Ungenügende Kriterien und falsche Gewichtung für die Zuteilung der Organe, das Anwachsen der Wartelisten und die fehlende Kontrolle der aufgelisteten Kriterien, sind einige der Vorbehalte, die Professor Thierry Carrel und Professor Daniel Candinas nach einem Jahr Erfahrung zum neuen Transplantationsgesetz haben. Anstelle der zentralen Allokation fordern sie eine Rückgabe der Verantwortung an die regionalen Transplantationszentren.

Gerechtigkeit ist die oberste Zielsetzung bei der Zuteilung der Organe gemäss Transplantationsgesetz, das seit 1. Juli 2007 in Kraft ist. Wie wird diese Gerechtigkeit bei Herztransplantationen konkret gehandhabt?

Thierry Carrel: Wir haben momentan sieben Patienten auf der Warteliste. Wird uns ein Herz von Swisstransplant angeboten, dann verpflichtet mich die zentrale Zulassungsstelle,



Prof. Dr. med. Thierry Carrel
Universitätsklinik für
Herz- und Gefässchirurgie
thierry.carrel@insel.ch

das Herz einem bestimmten Patienten zu transplantieren. Häufig wäre es aus medizinischer Sicht jedoch besser, ich könnte das Herz einem anderen Patienten der Warteliste geben. So mussten wir kürzlich einen Patienten transplantieren, der erst drei Tage auf der Warteliste war. Das Herz wäre jedoch ideal gewesen für eine junge Mutter

von drei Kindern, die seit 14 Monaten mit einem Kunstherz darauf wartet. Aber sie erhielt das Spenderherz nicht, weil sie aufgrund des computerisierten, zentralen Allokationssystems erst an 6. Stelle stand. Wir haben in einem solchen Fall gar keine andere Möglichkeit, obwohl es uns objektiv nicht sinnvoll erschien.

Und wie sieht die Gerechtigkeit bei der Transplantation anderer Organe wie Nieren und Lebern aus?

Daniel Candinas: Bei der Niere ist die zentrale Allokation noch am einfachsten durchzuführen, weil hier die in der Verordnung aufgestellten Kriterien für Wartelisten noch am ehesten der medizinischen Realität entsprechen. Allerdings nimmt das Gesetz auch hier keine Rücksicht auf die

Qualität des angebotenen Organs. Dazu sollte man wissen, dass der Organmangel dazu führt, dass auch suboptimale Organe verpflanzt werden müssen – dies in Ermangelung von Alternativen. Dieser Umweg, der eine Regenerationsfähigkeit des transplantierten Organs voraussetzt, ist nicht für alle Patienten gleich gut tolerierbar.

Auch für Leberpatienten gilt nach Gesetz das Prinzip der Dringlichkeit vor dem Nutzen. So wird die Dringlichkeit bei Leberpatienten nach Kriterien, wie Blutgerinnung und Nierenfunktion eingestuft. Zieht man aber nur diese Kriterien in Betracht, so erzielt man oft eine schlechte Allokation, weil die Qualität und die Regenerationsfähigkeit der transplantierten Leber ausser Acht gelassen wird. Transplantiert man nur die allerkränksten Patienten, riskiert man, dass sich die Resultate verschlechtern und dass man Organe für hoffnungslose Situationen vergibt. Die schlimmste Kombination ist diejenige, in der eine grenzwertig funktionierende Leber einem sehr kranken Patienten transplantiert wird. Würde diese Leber einem Patienten mit etwas Reserven eingepflanzt, könnte sich die Leber mit der Zeit erholen und alle hätten etwas davon. Stattdessen riskiert man ein jedes Mal eine Katastrophe



Prof. Dr. med. Daniel Candinas
Universitätsklinik für
Viszerale Chirurgie und Medizin
daniel.candinas@insel.ch

und wendet sehr viel Mühe auf, diese zu vermeiden. Die Gesetzgeber wollten einfach nicht einsehen, dass rund 40% aller verpflanzten Lebern für eine Transplantation nur unter bestimmten Bedingungen geeignet sind und beharrten stur darauf, dass alles gleich zu machen sei. Das oberste Prinzip der medizinischen Dringlichkeit ist meines Erachtens eindimensional und für eine Allokation einfach nicht statthaft.

Das Transplantationszentrum, das die Klaviatur der Auflistung von Dringlichkeitskriterien mit den längsten Wartelisten beherrscht, erhält demzufolge die meisten Organe?

Carrel: Am meisten zu transplantieren darf doch nicht das Ziel unserer Teams mit dem Kardiologen Paul Mohacsi sein. Ein Erfolg besteht auch darin, einen Herzpatienten zu stabilisieren und langfristig medikamentös zu behandeln. Das

führt aber dazu, dass man in die Ecke gedrängt wird, wenn man nicht voll auf Transplantation setzt und eine eindrückliche Warteliste aufstellt. Es ist offensichtlich, dass der Berner Herzpatient eine kleinere Chance hat, ein Spenderorgan zu erhalten als vor Einführung des Transplantationsgesetzes und das ist sehr problematisch. 2006 haben wir noch 14 Herzen transplantiert, 2007 waren es nur noch 7 Herzen und in diesem Jahr sind es erst 3 Herzen gewesen. Andere Zentren, die eine sehr bescheidene Aktivität hatten, transplantieren plötzlich zwei- bis dreimal mehr als im Vorjahr.

«Wir mussten einen Patienten, der erst drei Tage auf der Warteliste war, ein Herz transplantieren, das ideal gewesen wäre für eine junge Mutter von drei Kindern, die seit 14 Monaten mit einem Kunstherz darauf wartet.» **Thierry Carrel**

Candinas: Bei uns weisen die Zahlen ähnliche Proportionen auf: 2004 konnten wir 25 Leber transplantieren, 2005 waren es 21, 2006 kamen wir auf 30 Lebertransplantationen, 2007 sank die Zahl auf 13 Lebern. Dieses Jahr wage ich keine Prognose, aber unsere Warteliste hat sich bei gleichbleibenden Kriterien für die Listung mehr als verdoppelt. 10 Patienten sind inzwischen in unserem Zentrum, auf ein passendes Spenderorgan wartend, verstorben, dies trotz anhaltend guter Spenderrekrutierung in Bern.

Handhabt Swisstransplant die Zuteilung der Organe nicht richtig? Wie läuft die Kontrolle?

Candinas: Swisstransplant ist lediglich das ausführende Organ der Reglementierung des Bundes. Die Bundesverwaltung hat zahlreiche Stellen für die Überwachung der Verteilung durch Swisstransplant geschaffen und ich wage zu behaupten, dass die dafür aufgewendeten Mittel keinem einzigen Patienten in Not geholfen haben oder eine Organspende ermöglicht hätten. Der grösste Teil der Allokation wird losgekoppelt von individuellem Sachverstand über eine Computersoftware geregelt, man kann sagen – für alle gleich schlecht und damit gerecht im Sinne des Erfinders. Innerhalb der darin aufgestellten Kriterien wird die



Die Helikopter der Rega legen mit Spenderorganen Hunderte von Kilometern zurück. Dazu Daniel Candinas: «Man soll die Organe primär vor Ort transplantieren und nicht in der ganzen Schweiz herumfliegen, es sei denn, es handelt sich um übergeordnete Dringlichkeit, um «super urgent» Fälle.» (Bild: Rega-Fotodienst)

Zuteilung sehr streng überwacht. Die Reglemente werden demnach eingehalten und man scheint damit zufrieden.

Das Paradoxe ist, dass die zentrale Allokation geschaffen wurde, weil man den Ärzten misstraut, diesen medizinischen Entscheidungen patientengerecht zu treffen.

«Wir brauchen dringend eine Kultur des Vertrauens und des offenen, kollegialen Audits.»
Daniel Candinas

Während aber die Allokation sehr dicht reglementiert wird, bleiben auf der anderen Seite die Gesichtspunkte für eine Listung sehr offen. Ich denke, dass Ersteres für die Patienten schlecht ist und Letzteres angemessen wäre. Fatal ist



aber die Kombination der beiden Prinzipien. Interessanterweise sind die Wartelisten gesamthaft angestiegen, ohne dass die Todesfälle bei den Wartenden proportional zugenommen hätte. Dies lässt für mich nur den Schluss zu, dass sich andere Kriterien für die Listung einschleichen.

Werden die Spitäler nach dem Resultat, dem Befinden des Patienten nach der Transplantation begutachtet? Gibt es eine Erfolgskontrolle?

Carrel: Bis jetzt wurde noch nie nach dem Outcome einer Transplantation gefragt. Noch nie hat jemand das Befinden des Patienten oder das Resultat einer Transplantation untersucht. Es wird ein grosser Kriterienkatalog zur gerechten Organakollation erstellt, aber das Outcome dieser Transplantation wird totgeschwiegen.

Candinas: Je nach Organ ist es unterschiedlich schwierig, das Outcome zu messen, weil die Indikationsstellung dies

wesentlich beeinflusst. Einerseits möchte man auch schwer kranken Patienten eine Chance geben, andererseits ist die Balance zwischen Outcome und Verzweiflungstat sehr heikel und mit globalen Statistiken nur bedingt nachvollziehbar. Wir brauchen dringend eine Kultur des Vertrauens und des offenen, kollegialen Audits. Ob hier das Gesetz und die Polemik um die Standorte hilfreich ist, muss jeder selber beurteilen.

Gut messbar hingegen ist, dass die Zahl der Organspender stark rückläufig ist und es den Transplantationszentren unterschiedlich gelingt, Organspender zu gewinnen.

Candinas: Das Transplantationszentrum Bern mit der Region Bern hat vor der zentralen Zuteilung weitgehend als Selbstversorger gewirkt, mit Ausnahme der äusserst dringlichen Fälle. Unsere Intensivmediziner haben es fertig gebracht, jahrelang pro Jahr 20 Spender zu rekrutieren, weil sich ganze Teams dafür engagiert haben und sehen konnten, wie sorgfältig mit diesem Geschenk umgegangen wird. Für mich ist die Organspenderrate einer transplantierenden Institution etwas wie ein pH Papier, das sehr fein auf die innerbetriebliche Kultur reagiert, im Guten wie im Schlechten.

Carrel: Erstaunlich ist, je mehr Swisstransplant Werbung macht, Plakate, Inserate und Fernsehwerbung, umso weniger Spender gibt es.

Mein Kollege Friedhelm Beyersdorf aus Freiburg im Breisgau hat uns gewarnt. Seit nämlich in Deutschland die zentrale Allokation eingeführt wurde, ist für alle Transplantationszentren

«Es wird ein grosser Kriterienkatalog zur gerechten Organakollation erstellt, aber das Outcome der Transplantationen wird totgeschwiegen.»

Thierry Carrel

die Situation schlechter geworden, ausser für die beiden grossen Zentren Berlin und Bad-Oeynhausen, wo je 100 Patienten auf den Wartelisten stehen. Der Herzpatient in Freiburg muss sich also entscheiden, ob er in Freiburg dreimal länger warten oder eben nach Berlin gehen soll, um sich dort auf die Liste setzen zu lassen. Dabei wird er in Freiburg über Monate medizinisch sehr gut betreut. Das ist ein Nonsense «par excellence». Durch die zentrale Allokation sind auch die sogenannten Ischämiezeiten, die Zeitperiode während der das Herz nicht versorgt wird, länger geworden. Eine ungünstige Entwicklung, weiss man ja, dass je kürzer die Ischämiezeit, umso besser die Funktion des transplantierten Herzens ist.

Die Wirkung des neuen Transplantationsgesetzes wird gegenwärtig evaluiert. Welche Änderungen wären angebracht?

Candinas: Die wenigen Organe, die wir noch transplantieren, kommen von aussen. Wir hingegen geben die ganze Zeit Organe an andere Zentren. Man muss zurückkommen

«Der medizinische Nutzen, auch wenn er nach der Dringlichkeit kommt, müsste einbezogen werden; dies erwarte ich von einem Gesetzgeber, der ein intelligentes Volk vertritt.»
Daniel Candinas

men auf die regionalen Zentren mit regionaler Verantwortung. Man soll die Organe primär vor Ort transplantieren und nicht in der ganzen Schweiz herumfliegen, es sei denn, es handelt sich um übergeordnete Dringlichkeit, um «super urgent» Fälle. Man muss regionale Verantwortungen schaffen. In allen Ländern, wo das Transplantationswesen funktioniert, wird es gehandhabt, dass zwei bis drei Millionen Einwohner pro Region mit einem Transplantationszentrum verbunden sind. Man muss die Leute kennen und motivieren; man kann als Team nicht die ganze Schweiz motivieren. Inserate in den Zeitungen nützen nichts. Gespendet wird dann, wenn das Engagement in den Spitälern vorhanden ist. Der empfindlichste Faktor ist die Pflege, die sich nicht zentral vorschreiben lässt, was zu machen sei. Das Engagement kommt über die erlebte Transplantation und den respektvollen Umgang in sensiblen Bereichen.

Carrel: Erlebt ein Interlakner Internist, wie er mit Erfolg einen Patienten nach Bern für die Nierentransplantation schicken konnte, wird er sich daran erinnern, wenn einer seiner Patienten mit Schädeltrauma den Hirntod erleidet, und sich für eine Organentnahme engagieren. In Paris wurden früher zentral im Zentrum La Pitié Salpêtrière etwa 100 Transplantation durchgeführt. Die Befürchtung, es würde weniger transplantiert, als in Paris ein zweites und drittes Zentrum eröffnet wurde, hat sich als falsch erwiesen. Je mehr Universitäten in Paris involviert waren, umso mehr ist auch in diesen Spitälern gespendet worden.

Wie steht es mit der Dringlichkeit als Kriterium für die gerechte Allokation?

Candinas: Die medizinische Dringlichkeit kann nicht das einzig allein selig machende Verteilungskriterium sein. Gesundheit hat neben der Dringlichkeit viele andere, ebenso relevante Dimensionen. So wird der medizinische Nutzen im Gesetz zu wenig gewichtet. Auch wenn dieser Faktor nach

der Dringlichkeit kommt und nicht einfach zu gewichten ist, müsste er einbezogen werden, dies erwarte ich von einem Gesetzgeber, der ein intelligentes Volk vertritt. Es wird uns Ärzten zu tiefst misstraut, dass wir diese Einschätzung vornehmen können, obwohl es zuvor in der Zuteilung keine dokumentierten Missbräuche gegeben hat. Fünf von 6 Transplantationszentren waren mit der alten Allokationsregelung denn auch zufrieden und haben so gut funktioniert. Ein Zentrum hat sich Vorteile erhofft, die allerdings schnell weg schmelzen werden. Die Reglementierungsdichte im Gesetz mit der Überbetonung der Allokation basiert auf dem naiven Glauben an die Gleichheit von Leid und Tod und ist der unbeirrbar Versuch, das Prinzip Gerechtigkeit in einer menschlich hoch komplexen Situation umzusetzen. Der Versuch ist aber misslungen und in meinen Augen so unmenschlich wie das Salomonische Urteil, wenn es zur Ausführung gekommen wäre. Salomons Weisheit lag bekanntlich darin, dass er wusste, dass die echte Mutter die Teilung des Kindes nicht akzeptieren würde. Was wussten unsere Gesetzgeber?

Carrel: Heute wird alles, auch die Verteilung der Spitzenmedizin, nur über die Zahlen gesteuert. Im Vorteil ist, wer die längste Warteliste präsentiert. Wir setzen hingegen auf Qualität, wonach niemand fragt. Ende der 80er Jahre, als es die Koordinationsstelle der Swisstransplant noch nicht gab, haben wir Zentren untereinander telefoniert und die Allokation hoch gerecht vorgenommen. Jetzt ist, ausser bei den «super urgent» Fällen die ganze Allokation computerisiert, entmenschlicht und vom guten Denken und Überlegen losgelöst.

«Jetzt ist, ausser bei den ‚super urgent‘ Fällen, die ganze Allokation computerisiert, entmenschlicht und vom guten Denken und Überlegen losgelöst.»
Thierry Carrel

Interview: Christian Bernhart



To be published in «Annals of Surgery»

Steroide vor Schilddrüsenoperationen erhöhen die Lebensqualität

Wenn vor einer Schilddrüsen-Operation einmalig 8 mg Dexamethason verabreicht wird, werden postoperative Übelkeit, Schmerzen und Stimmstörungen vermindert. Dies zeigte eine von uns durchgeführte randomisierte Studie. Die überzeugenden Resultate führten dazu, dass die einmalige präoperative Dexamethason-Gabe nun zur Standard-Behandlung bei Thyroideaoperationen an unserer Klinik gehört.

Hintergrund der Studie war die Feststellung, dass die Inzidenz von Nausea und Erbrechen nach Schilddrüsen-Eingriffen deutlich höher ist, als nach vergleichbaren Eingriffen, nämlich bis zu 75% (statt 20–25%). Der Grund für diese akzentuierte postoperative Übelkeit ist nicht vollständig geklärt.

Das Adrenalcorticosteroid Dexamethason wird seit Langem erfolgreich, insbesondere bei Chemotherapie induziertem Erbrechen, eingesetzt. Auch zeigte die Gabe von Steroiden nach abdominalen Eingriffen eine Reduktion der Übelkeit. Interessanterweise fand man bei Patientinnen, die sich einer Hysterektomie unterzogen, dass präoperativ appliziertes Steroid wirksamer die Nausea reduziert, als die postoperative Verabreichung. Ebenso fand man nach zahnchirurgischen Eingriffen eine geringere Schwellung und weniger Schmerzen bei präoperativer Steroidabgabe.

Studiendesign

Für die Studie rekrutieren wir Patienten, die sich einer Thyroidea-Operation unterzogen. 72 Patienten (20 Männer, 52 Frauen) erhielten 30 Minuten vor der Narkose-Einleitung eine Kurzinfusion, die entweder NaCl 0,9% (35 Patienten) oder 8 mg Dexamethason (37 Patienten) enthielt. Bis auf den randomisierenden Arzt wusste niemand, ob Dexamethason in der verabreichten Infusion enthalten war.

Resultate

Übelkeit trat bei 60% der NaCl-Gruppe und bei 37% der mit Dexamethason behandelten Patienten auf. In den ersten 16 Stunden nach der Operation war sowohl das Ausmass der Übelkeit, als auch der Antiemetika-Bedarf signifikant geringer in der Dexamethason Gruppe ($P=0.005$). Dieser Unterschied blieb über die ganze Beobachtungsperiode berechnet hoch signifikant ($P<0.001$).

Gleichzeitig hatten die mit Dexamethason vorbehandelten Patienten weniger Schmerzen ($P=0.007$) und benötigten konsekutiv weniger Analgetika. Alle Patienten zeigten in den ersten 24 Stunden nach der Operation einen Abfall der Stimmfrequenz (Heiserkeit) beim Lesen von Text oder beim Halten eines Tones. Dieser Frequenzabfall war in der Dexamethason-Gruppe signifikant kleiner als in der NaCl-Gruppe ($P=0.018$ und $P=0.015$). Desgleichen empfanden die Dexamethason-Patienten ihre Stimme in den ersten 24 Stunden als weniger beeinträchtigt als die Patienten der Kontrollgruppe ($P=0.003$).

Schlussfolgerung

Die einmalige präoperative Gabe von Dexamethason führte zu einer Reduktion der Übelkeit und der Schmerzen und zu einer Verbesserung der Stimme nach Thyroideaoperationen. Obwohl die Kontrollgruppe mehr Antiemetika, als auch mehr Analgetika einnahm, war dieser Unterschied vor allem in den ersten 24 Stunden evident. Die wichtigsten Faktoren, die das Wohlbefinden der Patienten nach einer solchen Operation beeinträchtigen, können somit auf eine sehr kostengünstige und gefahrlose Art vermindert werden. Die überzeugenden Resultate dieser Studie wurden direkt in den Alltag unserer Klinik umgesetzt: Vor einem Schilddrüseneingriff erhält jeder Patient eine einmalige, niedrige Dosis von Dexamethason, sofern keine Kontraindikation besteht. Mindestens zwei weitere grosse Kliniken der Schweiz haben diese Standardbehandlung bereits übernommen.

Die vorliegende Arbeit wird in den «Annals of Surgery» unter dem Titel «Randomized controlled trial on single dose steroid before thyroidectomy for benign disease to improve postoperative nausea, pain, and vocal function» publiziert.



Maria-Anna Ortner
Leitende Ärztin, Fachbereich Gastroenterologie,
Leiterin der Endoskopieabteilung

Maria-Anna Ortner

Wellen des Lichts, Wellen der Musik

Mit Hartnäckigkeit und stupender Feinmotorik hat Maria-Anna Ortner vor Jahrzehnten die Endoskopie als Männerdomäne bei Rudolf Ottenjann in München geschleift. Später in Berlin setzt sie Lichtwellen bei einer Notfallpatientin erstmals erfolgreich als fotodynamische Therapie von Gallengangskrebs ein. Und Schallwellen der Musik sind ihre steten Begleiter in verschiedensten Lebenssituationen.

«Musik, interpretiert mit einer Mischung aus Intellektualität und Intuition, entföhrt mich in eine andere Welt», meint sie am Ende des Gesprächs. Wenn Maria-Anna Ortner, die neue Leiterin der Endoskopie, ihre Lebensstationen skizziert, möchte man ihr selbst diese Eigenschaften zuschreiben. Überlegung und Intuition weisen ihr den Weg. Auf der Terrasse des Elternhauses, wo sie Berufspläne anhand ihrer besten Fähigkeiten, Musik und Mathematik jongliert, fällt sie den Entscheid für den Arztberuf, weil Musik und Mathematik in einsame Tätigkeiten, und somit in eine Sackgasse, führen könnten. Nach dem Doppelstudium Medizin/Musik will sie den fundierten Überblick als Allgemeinmedizinerin erhalten: «Ich wollte Ärztin von der Picke auf lernen.» Daher fängt sie den Turnus beim Intubieren in der Anästhesie an, ist fasziniert von der feinmotorischen Kleinarbeit der Neurochirurgen, «die stundenlang hinter der Lupe sitzen und einen Nerv rekonstruieren».

Nicht geplante Fixpunkte, sondern Geschichten, wie Romanciers sie ausdenken, mit Begegnungen und seltsamen Wendungen, eröffnen ihr die Wege zur Endoskopie und ihrem späteren Spezialgebiet, der fotodynamischen Therapie von Gallengangskarzinomen. Die Begegnung bei Rudolf Ottenjann, dem deutschen Pionier der Polypektomie in München, bringt sie in Fahrt. Sie schlägt das eine Bein über das andere, beugt sich beim Erzählen nach vorne, um alsbald wieder zurückgelehnt in ihr herzhaftes Lachen auszubrechen. Man müsste es in ihren eigenen Worten hören, wie sie das Ottenjann-Team für sich einnimmt, indem sie Instrumente putzt, ruhig mit Fragen nachhakt und so das geltende Endoskopieverbot für Frauen knackt. Alsbald lassen sie alle Oberärzte endoskopieren. Sie wird inflagranti ertappt und bei Ottenjann verpetzt. «Sie können deswegen nicht alle Ärzte rausschmeissen», meint sie schlagfertig, als der Chef sie zur Rede stellt. Verbot und Eis sind gebrochen. Sie geniesst fortan besondere Förderung und überzeugt den Meister, dass Frauen in der Endoskopie dank Fingerfertigkeit mindestens so erfolgreich sind wie das starke Geschlecht mit viel Muskelkraft.

«Die Dinge im Leben entwickeln sich immer aus Zufällen», meint sie im Hinblick auf ihr Spezialgebiet der fotodynamischen Therapie. In der Charité in Berlin, wohin sie als Leiterin der Endoskopie gerufen wird, fleht die alleinerziehende Mutter einer 14-jährigen Tochter sie an, irgendetwas zu unternehmen. Die Blutungen ihres Gallengangstumors sind nicht zu stoppen, die Niere versagt den Dienst. Ortner überzeugt die Ethikkommission für den Versuch, mit Porphyrin und Laserlicht von 630 Nanometern Wellenlänge die bisher an Gallengängen nur experimentell durchgeführte fotodynamische Therapie anzuwenden. Die Mutter verlässt eine Woche später die Klinik und überlebt den Krebs mit weiteren Therapien fünf Jahre, wofür es bisher nur drei Monate Überlebenszeit gab. Die Therapie etabliert Ortner in einer randomisierten Studie. An der Charité gelingt ihr auch eine «Wellenlängenanpassung» zwischen dem alten «DDR-Team» und dem neuen «West-Team». Das Resultat war schliesslich eine funktionierende, erfolgreiche Endoskopie-Crew, die auch nach Feierabend gerne etwas gemeinsam unternahm.

Die nächste Zäsur kommt: das Leben in der Schweiz, der einzigen wirklichen Demokratie, wie Sie meint. Ihre erste Etappe ist die Universitätsklinik in Lausanne. Mit dem EPFL-Team von Prof. Hubert van den Bergh entwickelt sie die fotodynamischen Therapie weiter. Und seit Neuem wirkt sie als Leiterin der Endoskopie im Inselspital. Auch wieder Zufall? Eine Patientin hat sie auf die ausgeschriebene Stelle erst aufmerksam gemacht. Und ein Zeitungsartikel über einen Schminkkurs, den der Onkologe Prof. Martin Fey seinen Krebspatientinnen anbietet, gab positive Zeichen, wie in Bern der Mensch in seiner Krankheit gesehen wird. Ist sie doch überzeugt, dass zur Genesung mehr als nur gute Ärzte gehören, die ihr Handwerk verstehen. «Für mich selbst ist Musik eine Art Therapie», sagt Ortner. Die Wellen der Musik, die Wellen des Lichts und die Wellen zwischen den Menschen. /chr

Kommt mit mir auf die Reise

Könnten die Bilder von Barbara Baumann, die gegenwärtig in der Bettenstation H der Viszeralchirurgie zu sehen sind, zu den Betrachtern sprechen, würden sie sagen: Lest mich! Und sie auffordern: Tanzt mit mir! Die Phantasie der Betrachter würden sie einladen: Komm mit mir auf die Reise! Die Bilder von Barbara Baumann sind glückliche Bilder.

Seit längerer Zeit hat Barbara Baumann den klassischen Rahmen verlassen und im freien Suchen nach Farbe und Form einen Weg gefunden, der ihr zusagt und entspricht. Der Verzicht auf gegenständliche Abbildung erfolgt zugunsten der Subjektivität, Spontaneität und des Zufalls. Ihr Ziel ist es, mit einer Verbindung von Emotionalität und Kontrolle die beim Malvorgang entstandenen Gefühle, Gedanken und Stimmungen zu vermitteln.

«Der Urknall»

Durch ihre Art der Gestaltung hat sie sich von der Malerin zur Akteurin gewandelt. Sie malt mit Pinsel, Spachtel, Roller, Händen, Lappen, Schwamm und anderen erdenklichen Utensilien. Acryl, Dispersion, Aquarell, Gouache, Kreide, Kohle, Tusche und Farbstifte, Sand, Seiden- und Zeitungspapier werden so verarbeitet. Ausgangspunkt und Start vor dem leeren Malgrund sind eine Farb Stimmung und die diesem Gefühl entsprechende Farbe. Dann kommt die Bewegung, der Rhythmus und es entsteht die erste Spur, auf welche sie sich dann ohne festes Ziel begibt. Sie tut dies, indem sie Farbschichten übereinanderlegt, mit Wasser und Schwamm wieder auswäscht, mit Pinsel und Spachtel ergänzt, ausfüllt, übermalt. Sand und Papier beifügt, trocknen lässt, um mit einer weiteren Schicht fortzufahren. Sie kratzt, zeichnet, schabt, spritzt, reibt ab, tupft.

«Das Riff»

Der Betrachter kann diese Entstehungsreisen vor dem fertigen Bild erahnen. Die abstrakten Bildfiguren und formlosen Farbspuren sind nach allen Seiten über den Bildrand hinaus weiterfühlbare. Sie fordern den Betrachter auf, den Weg des Bildes selber zu beschreiten und diesen vielleicht sogar weiterzugehen.



«Der Urknall»



«Das Riff»

Barbara Baumann ist in Bern geboren, lebt in Boll und malt im Atelier in Worb. Sie studierte, nach ihrem Abschluss an der Wirtschaftsschule Bern, Kunstgeschichte an der University of Redlands in Kalifornien. Von 1981 bis 1984 bildete sie sich an der Schule für Gestaltung in Bern, an der Aquarellschule Riniker sowie bei Jürg Straumann und bei Marianne Bissegger weiter.

Arnalda Paggi, Kunstbeauftragte, Inselspital

Veranstungskalender 2008

Interdisziplinäre Viszeralchirurgie am Inselspital 2008

- 16. Oktober 2008** **Eingriffe am Darm können Elektrolyt- und Säurebasestörungen verursachen – ein update zu Pathophysiologie und Therapie**
- Moderation: Prof. Dr. med. Daniel Candinas, Prof. Dr. med. Felix Frey
1. Elektrolyttransportsysteme im Magen-Darmtrakt
Dr. med. Daniel Fuster, Nephrologe, Bern
 2. a) Anatomische Grundlagen des Dünndarmstoma
Dr. med. Lukas Brügger, Viszeralchirurg, Bern
b) Akute Niereninsuffizienz als Folge eines Dünndarmstoma
Dr. med. Daniel Ackermann, Nephrologe, Bern
 3. a) Typen bariatrischer Operationen zur Behandlung der Adipositas
Dr. med. Jean-Marc Heinicke, Viszeralchirurg, Bern
b) Welche bariatrischen Operationen induzieren Elektrolytstörungen und Mangelerscheinungen?
Prof. Dr. med. Hans-Peter Marti, Nephrologe, Bern
 4. a) Chirurgische Ursachen der Steatorrhoe
Dr. med. Pietro Renzulli, Viszeralchirurg, Bern
b) Weshalb schadet die Steatorrhoe der Niere?
Dr. med. Andreas Pasch, Nephrologe, Bern

4. Dezember 2008 **7. F. de Quervain Lesung**

Ort: Inselspital, Hörsaal F Chirurgie, Zeit: Jeweils 18.15 bis 20.00 Uhr. Die Fortbildungsreihe wird durch AstraZeneca AG, Zug, unterstützt.

19. Berner Symposium 2008: Moderata durant – Augenmass in der Chirurgie

- 7. November 2008** **Ist minimal auch maximal?**
- Wann braucht es den Chirurgen? Endoskopische Therapie von Frühkarzinomen durch den Gastroenterologen
 - Wenn CT und MRT nicht mehr weiter helfen: Nutzen der Laparoskopie zur Beurteilung der Resektabilität
 - Laparoskopische Kolonchirurgie beim Karzinom – Pro und Contra
 - Relaparoskopie oder Relaparotomie bei Komplikationen – wann indiziert?
 - Erste Erfahrungen und Ausblicke mit roboterunterstützter Chirurgie (daVinci)
- State-of-the-Art Lecture**
- Neoadjuvante Therapie des Rektumkarzinoms
- Wie mache ich das? Chirurgie des distalen Rektums**
- Verringerung der Morbidität, Verbesserung der Lebensqualität: Schutzileostomie und Pouchanlage, wann indiziert?
 - Sphinktererhaltende Chirurgie (Durchzug) versus Amputation
 - Die Strategie beim Rezidiv
- Lunch and Meet-the-Expert Luncheon**
- Ausblick in die Zukunft der Laparoskopie: Trainingsübungen am 3Di-Vision-System (Viking)
 - Vermuten, diagnostizieren und therapieren von postoperativen Problemen in der Viszeralchirurgie
 - Vom Laparostoma bis zur definitiven Wundheilung: Wundversorgung im Jahr 2008
- Chirurgie in Zeiten der Bevölkerungsmigration**
- Abdominale Symptomatik – migrationsspezifische Differentialdiagnosen
 - Sichelzellenanämie – chirurgische Komplikationen
 - Tuberkulose – zunehmend auch ein viszeralchirurgisches Problem?
 - Spitaltourismus – Einreise mit dem Ziel der medizinischen Versorgung – Ethik versus Ökonomie
- Kocher Lecture**
- «Wo stehen wir in der Transplantationschirurgie?» Prof. Dr. med. Raimund Margreiter, Universität Innsbruck
- Resources in der Viszeralchirurgie**
- Spitalmanagement: Optimale Nutzung von vorhandenen Ressourcen
 - Viszeralchirurgie in der «Peripherie»: was ist in Zeiten der Spezialisierung sinnvoll, wofür braucht es ein Zentrum?
 - Perspektiven junger Chirurgen: Zeit zur frühen Spezialisierung aufgrund der 50-Stunden-Woche?
 - Die FMCH – ab nun alles unter einem Dach?

Ort: Inselspital, Auditorium Ettore Rossi, Zeit: 09.15 – 18.00 Uhr. Organisationssekretariat: U. Tschanz, Tel: 031 632 24 03