

„Organisatorisch wäre in unseren Spitälern sicher einiges zu verbessern“

Die Chirurgie hat einen Wertewandel zu verarbeiten und steht vor einem Umbruch. Eine junge Generation von Chirurgen gewichtet Arbeit, Familie und Freizeit anders als ältere Kollegen und versucht, flexiblere Strukturen zu schaffen. Nur so, argumentieren junge Chirurgen, könne man dem Problem des einheimischen Nachwuchsmangels wirksam begegnen. Ob und wie das geschehen soll, ist Gegenstand eines salt & pepper-Gesprächs zwischen je zwei Vertretern der jungen Chirurgie und zwei Chefärzten. Bettina Wölnerhanssen ist Assistenzärztin am Kantonsspital Bruderholz, Claudio Caviezel Assistenzarzt am Spitalzentrum Biel. Felix Harder leitete das Departement Chirurgie am Unispital Basel, Markus Furrer leitet das Departement Chirurgie am Kantonsspital Chur. Das Gespräch moderierten Jürg Metzger und Felix Ruhl.

Im letzten swiss knife haben wir den Leserbrief eines jungen Chirurgen mit Burn-out-Symptomen publiziert. Unter anderem kritisiert er den „grauenhaften“ administrativen Aufwand, schlecht organisierte Personalpläne und unzulängliche Infrastruktur, Schwierigkeiten in der Kommunikation mit dem Pflegepersonal und vor allem die enorme Arbeitsbelastung, die es ihm schwer macht, den Facharzttitel zu erreichen. Sind Sie der Meinung, dass es sich hier nur um einen Einzelfall handelt und der Leserbriefschreiber nur seinen persönlichen Frust ablädt oder spiegelt dieser Beitrag die aktuelle Stimmung unter unseren Assistenten?

Wölnerhanssen: Der Frust ist bei vielen gross. Besonders der administrative Aufwand ist mittlerweile dermassen enorm, dass er einen Grossteil der Arbeitszeit bestimmt. Dies führt dazu, dass wir zu wenig Zeit am Patientenbett verbringen. Und dies rührt an das chirurgische Selbstverständnis.

Caviezel: Aus meiner persönlicher Erfahrung kenne ich den geäusserten Frust nicht. Es ist aber schon so, dass unter den jungen Chirurgen Unzufriedenheit herrscht. Der Druck, den Pflichtenkatalog nebst der administrativen Arbeit innert 50 Stunden zu erledigen, überfordert nicht wenige. Es sind nicht nur stundenlang Formulare auszufüllen, bei vielen Formularen weiss man gar nicht, warum man das eigentlich tun soll.

Furrer: Der Leserbriefschreiber kritisiert die Bürokratisierung und Regulierungsflut sowie seine Arbeitsbelastung. Letzteres kann ich nicht akzeptieren, denn die neue Gesetzgebung hat die Arbeitszeit ja markant reduziert. Was der Schreiber über die Bürokratisierung sagt, kann ich aber voll unterstützen. Die hat stark zugenommen, allerdings auf allen Ebenen. Die Medizin wird heute zu stark von Ökonomen beeinflusst. Ökonomen denken in Strukturen, Organigrammen und Prozessen, welche dann dokumentiert werden müssen. Ärzte sind es dagegen gewohnt, nach dem Prinzip „first who, then what“ zu arbeiten. Das ist langsam am Verschwinden.

Caviezel: Das muss man aber nicht einfach so akzeptieren.

Furrer: Richtig, wir sollten uns gegen jedes neue Formular wehren. Ich will nur sagen, dass Frust nicht nur bei den Assistenten entsteht, sondern auf allen Stufen. Der Chef kann es unter Umständen nur besser delegieren.

Harder: An den Assistenten...

Furrer: Genau (allgemeines Gelächter).

Harder: Ich finde, der Leserbriefschreiber hat in allen Punkten recht. Das gibt es alles, mich erstaunt allerdings die Kumulierung der Kritik. Das scheint etwas zu viel zu sein, als dass er das alles an einem Arbeitsplatz zur gleichen Zeit erlebt haben könnte. Organisatorisch wäre in vielen unserer Spitäler sicher einiges zu verbessern. Ich möchte aber bezüglich der Arbeitszeitbeschränkungen zu bedenken geben, dass es ausser bei den Medizinerinnen akademischen Beruf gibt, in dem ein Gesetz vorschreibt, wie viel man während seiner WB-Zeit maximal arbeiten darf. Diese willkürlich errichtete Barriere schafft zwar mehr Freizeit, lässt aber gleichzeitig eine Reihe von noch ungelösten organisatorischen und inhaltlichen Probleme entstehen.

Während die Amerikaner darüber lamentieren, dass mit ihrer 80-Stunden Woche eine chirurgische Ausbildung kaum mehr praktikabel sei, arbeiten die Skandinavier zum Teil nur 35 bis 40 Stunden pro Woche.

Die Schweiz bewegt sich mit 50 Stunden etwa in der Mitte. Was ist Ihrer Meinung nach das absolute Mindestmass pro Woche?

Wölnerhanssen: Ich habe in Schweden gearbeitet und kann die mitunter belächelten skandinavischen Verhältnisse etwas differenzierter darstellen: Zum einen arbeitet man dort nicht jede Woche gleich lang, sondern man kompensiert Überzeiten – wahlweise in Freizeit oder Lohn. Das System ist sehr flexibel, allerdings auch sehr straff organisiert. Die Ressource Arzt wird vorbildlich gepflegt. Arbeitsprozesse werden regelmässig analysiert, Arbeiten fern vom Kerngeschäft, auf die man nicht verzichten kann, werden wenn immer möglich an andere Mitarbeiter delegiert. Das vermisse ich in der Schweiz. Von daher kann man die Frage nach der optimalen Arbeitszeit nicht klar beantworten. Entscheidend ist vielmehr, was der Inhalt der Arbeit ist.

Harder: Die Frage nach einem wöchentlichen Mindestmass geht an der Realität vorbei. Der wichtigste Aspekt einer ärztlichen Tätigkeit sollte sein: Was braucht der Patient? Die 50 Stunden-Woche kümmert sich darum eigentlich nicht. Man hat sie bei uns eingeführt, ohne an den Abläufen und Strukturen grundlegend etwas zu ändern. Was sich ändern muss, ist, Assistenten einzustellen, um die verfügbaren Stellen zu besetzen und den Dienstplänen gerecht zu werden, die Assistenten dann aber sich selbst zu überlassen. Eine Anstellung muss auf einer Vereinbarung mit dem Chef beruhen, in der gemeinsame Ziele formuliert sind, welche regelmässig überprüft und angepasst werden. Leider ist die Kommunikation nicht immer die grösste Stärke von Medizinerinnen. Die Patienten ihrerseits wünschen eine Vertrauensperson und wollen nicht jeden Tag einen anderen Arzt sehen. Wir müssen darum besorgt sein, berechnete Forderungen der Patienten, der Ärzte in Weiterbildung und des Spitalbetriebs gleichermassen zu erfüllen. Wirksame Anpassungen an das Arbeitszeitgesetz sind bisher nur an wenigen Orten vollzogen.

Zwischen den verschiedenen Generationen von Chirurgen scheinen unterschiedliche Vorstellungen zu existieren, wie Arbeit und Freizeit miteinander zu vereinbaren sind. Anders formuliert: Sind die jungen Chirurgen faul oder sind die älteren Kollegen unheilbare Workaholics?

Harder: Die Jungen sind nicht faul, überhaupt nicht. Viele mögen jedoch nicht wenig überrascht sein, wenn sie zum ersten Mal eine chirurgische Klinik erleben. Ideale Vorstellung und heutige Realität wollen nicht immer zusammenpassen. Natürlich haben sich im Zuge des allgemeinen Wertewandels in der Gesellschaft die Ansprüche an eine chirurgische Karriere, hat sich das Berufsbild des Chirurgen gewandelt. Medizinstudenten sollten wohl schon wesentlich früher die Gelegenheit erhalten, einen realistischen Einblick in den chirurgischen Alltag zu gewinnen. Chirurgie bleibt weiterhin ein sehr attraktives Fach, welches es hinter allerlei momentanen Hürden, Fussangeln, ja zuweilen auch Widerwärtigkeiten zu entdecken gilt.

Caviezel: Ein solcher Einblick in die Realität könnte gefährlich sein. Würde man den Studenten klar machen, dass sie sich einem harten Auswahlprozess und einer immensen Bürokratie unterwerfen und eventuell jahrelang ohne Anleitung vor sich hindümpeln müssen, könnte das für die Chirurgie sehr kontraproduktiv sein.

Harder: Das sehe ich nicht so. Sie generalisieren hier bestehende Missstände. Ich meine aber, dass es durchaus chirurgische Kliniken und Teams gibt, die man jungen Studenten vorstellen darf. In manchen nicht-operativen Fächern ist übrigens die Schreibtischaktivität wesentlich grösser. Da und dort wird ein Bild des Chirurgen als Macho und eher wenig differenzierten Zeitgenossen ohne Freizeit, eines Workaholics, kolportiert. Das Klischee mag ja auf einige Exemplare unserer Spezies zutreffen, sollte aber nicht verallgemeinert werden.

Wölnerhanssen: Zum Thema Generationenkonflikt. Konflikt ist der falsche Begriff, aber es hat massive Veränderungen gegeben. Es gibt in der Chirurgie sehr viel mehr Frauen, die andere Karrierepläne haben. Bei Frauen gibt es naturgemäss bei Schwangerschaften Unterbrüche. Die jungen männlichen Chirurgen haben daheim nicht mehr eine Frau stehen, die alle Familienangelegenheiten für sie regelt. Heute müssen sich auch die Männer um ihre Kinder kümmern und können nicht einfach spät abends nach Hause kommen. Wenn wir Chirurgen weiterhin darauf bestehen, Menschen anzuziehen, die dem Rollenmodell der Vergangenheit entsprechen, brauchen wir uns nicht wundern, wenn wir immer weniger werden.

Furrer: Ich habe viel Verständnis für die notwendigen Neuerungen. Unabhängig davon brauchen wir aber Nachwuchs, der das legendäre „chirurgische Feuer“ in sich hat. Das ist eine Grundvoraussetzung. Wer sie nicht mitbringt, hat den falschen Beruf gewählt. Wenn wir neue Arbeitszeitmodelle einführen wollen, stossen wir zudem auf Probleme. Wenn man nämlich die Ausbildungszeit in die Länge zieht, kann die Qualität der Ausbildung darunter leiden. Wenn jemand hintereinander vier Gallenblasen operiert, tut er dies besser, als wenn er eine solche Operation nur einmal im Monat, über ein halbes Jahr verteilt, ausführt. Das ist ein Naturgesetz des Trainings.

Wölnerhanssen: Wenn die reduzierte Arbeitszeit die Qualität schmälert, stellt sich die Frage, warum man nicht mehr subspezialisiert. Zur Kontinuität: Dem Vorwurf, dass Teilzeitmodelle die Kontinuität stören, den ich oft höre, möchte ich entgegnen, dass die Qualität der Arbeit davon abhängig ist, wie gut man die Übergabe regelt und die Fälle dokumentiert. Die Patienten akzeptieren durchaus, dass sie von zwei verschiedenen Ärztinnen betreut werden, wenn beide gut über sie informiert sind.

Furrer: Neben der Kontinuität in der Patientenbetreuung müssen Sie aber auch die betriebliche Kontinuität berücksichtigen.

Wölnerhanssen: Der Aufwand, Teilzeitmodelle zu realisieren, ist sicher gross, das gebe ich zu. Sie bieten aber auch die Möglichkeit, die Motivation der jungen Ärzte zu stärken.

Furrer: Noch zur Subspezialisierung: Von mir aus sehr gern, aber es fehlt das Geld. Unsere Spitallandschaft lässt es im Moment nicht zu, überall Subspezialitäten anzubieten. Das ist schlicht nicht bezahlbar.

Harder: Das stimmt. Zudem kann man Spezialisierung nicht einfach weiter entwickeln, ohne das Einzugsgebiet zu vergrössern – keine einfache Angelegenheit in der kleinen und kantonal fragmentierten Schweiz. Die Fallzahlen werden nicht erreicht. Das Ergebnis: neu etikettierte Spezialisten ohne entsprechendes Tätigkeitsfeld.

Ist der Beruf des Chirurgen heute überhaupt noch attraktiv im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen oder zu anderen Berufen?

Furrer: Es wird gern von mangelnder Attraktivität gesprochen, die zu einem Chirurgenmangel führt. Das ist aber so nicht richtig. Wir erhalten sehr viele Bewerbungen – allerdings kaum von Schweizer Männern, sondern von Schweizer Frauen und vor allem von Deutschen.

Caviezel: Wenn man daran etwas ändern will, muss man den Beruf des Chirurgen dem eigenen Nachwuchs wieder schmackhaft machen. Trotzdem finde ich es fantastisch, Chirurg zu sein. Ich kenne auch aus meinem persön-

lichen Umfeld niemanden, der den Beruf an den Nagel gehängt hat, weil er auf zu viele Missstände getroffen wäre.

Wölnerhanssen: Ich bin schon der Meinung, dass die Attraktivität unseres Berufs gelitten hat. Gerade junge Mütter sehen ein Missverhältnis zwischen dem Aufwand, den sie für ihren Beruf betreiben müssen, und der Bestätigung, die sie aus ihrer Arbeit ziehen. Ich persönlich bin am Schwanken. Zeitweise bereitet mir die Arbeit, wenn sie mir das Gefühl vermittelt, gebraucht zu werden, extreme Freude. Es gibt aber auch Momente des Frustes. Eine Alternative zur Chirurgie sehe ich für mich im Moment allerdings nicht. Es gefällt mir zu gut.

Welche Erfahrungen haben Sie mit den Hierarchien in der Chirurgie gemacht. Sind Sie zeitgemäss und produktiv?

Wölnerhanssen: Hierarchien sind gut, wenn sie auf Wissen und Erfahrung beruhen und nicht einfach auf Machtverhältnissen nach dem Motto „Das war schon immer so, das haben wir schon immer so gemacht“. Je mehr die Jungen sich getrauen, in einen Dialog zu treten, desto mehr lernen sie. Das tangiert auch die Patientensicherheit.

Caviezel: Ich möchte einen Psalm zitieren, den ich vorhin auf einem Plakat gelesen habe: „Der Herr ist allen nahe, die ihn ehrlich ansprechen.“ So stelle ich mir Hierarchien vor.

Furrer: Ich stelle immer wieder fest, dass sich Hierarchien von allein bilden, zum Beispiel unter den Oberärzten. Sie entsprechen nicht unbedingt der Altersstruktur, sondern beruhen auch auf Vertrauen und auf Kompetenz. Schlimm ist es in jedem Fall, wenn sich keiner getraut, dem Chef gegenüber Kritik zu äussern, nur weil es der Chef ist.

Der Frauenanteil im Medizinstudium und unter den Chirurgen steigt. Ist die Arbeitsbelastung der klinischen Tätigkeit mit Familie und Kindern zu vereinbaren? Wenn ja, was müsste sich ändern, damit dies der Fall wäre? Welche Modelle wären praktikabel?

Wölnerhanssen: Entscheidend wäre der Wille, flexible Strukturen zu unterhalten. Einer Chirurgin, die gerade Mutter geworden ist, müsste es zum Beispiel der Dienstplan ermöglichen, ihr Baby in die Kinderbetreuung zu bringen, auch wenn die den einen oder anderen Morgenrapport verpasst.

Harder: Bis zu einem gewissen Grad ist vermehrte Flexibilität möglich. Wenn der Frauenanteil in der Chirurgie allerdings stark steigt, werden Speziallösungen innerhalb eines bereits engen Korsetts schwierig.

Furrer: Es handelt sich um ein zweischneidiges Schwert. Je mehr eine Klinik berufstätigen Müttern entgegen kommt, desto mehr entstehen betriebliche Nachteile. Wir müssen aufpassen, dass das Pendel nicht umkippt und die Situation für Frauen kontraproduktiv wird. Nach meiner Erfahrung kommt der Widerstand gegen kreative Arbeitsmodelle übrigens gar nicht so sehr von der Institution, sondern von den Arbeitskollegen, von denen Solidarität gefordert wird.

Harder: Das Problem mit der Mutterschaft hat auch etwas mit unseren schweizerischen Verhältnissen zu tun. In Frankreich etwa gibt es für alle Altersstufen deutlich mehr Betreuungsplätze. Viele grosse Industrieunternehmen in der Schweiz sind unseren öffentlichen Spitälern in dieser Hinsicht weit voraus, in ihrem ureigenem Interesse übrigens.

Wölnerhanssen: Von Skandinavien ganz zu schweigen. Dort gibt es ein Jahr lang Mutterschaftsurlaub und keine Wartezeiten für Krippenplätze. Der Widerstand gegen Teilzeitmodelle ist gering. Das skandinavische System lässt sich mit dem schweizerischen aber schlecht vergleichen. Die Skandinavier sind uns gesellschaftspolitisch einfach 30 Jahre voraus.

Caviezel: Eine Frage an die Chefärzte: Was antworten Sie einer 26-Jährigen, die sich nach dem Staatsexamen bei Ihnen bewirbt und Ihnen sagt, dass sie spätestens mit 30 Jahren schwanger sein will?



Furrer: Das hat mir noch keine gesagt. Ernsthaft: Mein Rat wäre, zuerst den Facharztstitel zu machen, bevor sie eine Familie gründet. Noch etwas zur Organisation: Man darf auf der Suche nach kreativen Lösungen nicht immer nur danach gehen, was einem der Betrieb bietet, sondern auch einmal, was man selbst bieten könnte, damit es für den Betrieb stimmt.

Metzger: Ich kann der Frau nur raten, sich auf keinen Fall in einen Kollegen zu verlieben, sondern in jemanden, der sich zum Hausmann mutieren lässt (allgemeines Gelächter).

Am Ende seines Textes macht sich der Leserbriefschreiber über einen Berufswechsel Gedanken. Hatten Sie auch schon einmal genug von der Chirurgie?

Wölnerhanssen: Ich glaube, jeder hatte schon mal genug von seinem Beruf.

Harder: Was mich an dem Leserbrief so stört, ist, dass es sich um ein einziges Lamento handelt. An keiner Stelle ist konstruktive Kritik zu spüren, werden Vorschläge zur Verbesserung gemacht.

Caviezel: Ich habe bei einem berühmten Chirurgen gelesen, man solle nur dann Chirurg werden, wenn man sich gar nicht vorstellen kann, etwas anderes zu machen.

Furrer: Ich möchte an dieser Stelle einmal betonen, dass nicht alles in der Chirurgie schlechter geworden ist. Was administrative Leerläufe angeht, haben wir zum Beispiel in unserer Weiterbildung einen nicht unwesentlichen Teil der Zeit damit zugebracht, Röntgenbilder zu suchen. Vor 20 Jahren habe ich es verwünscht, meinem Chef vor der Visite immer die Röntgenbilder parat zu machen. Heute haben wir das Problem seit der Einführung des elektronischen Röntgenbildes nicht mehr. Was den sogenannten Burn-out-Effekt häufig auslöst, ist fehlende Wertschätzung. Wenn ein Assistent den Eindruck hat, dass es niemand merken würde, wenn er nicht mehr da wäre, dann ist das gefährlich. Wenn er dagegen die Aufmerksamkeit eines Chefs oder eines

Tutors spürt, dann ist das schon die halbe Miete. Ein Chirurg braucht aber ebenso die Fähigkeit, Frustrationen zu verkraften.

Zum Schluss wollen wir die „youngsters“ bitten, den „dinosaurs“ einen Wunsch zu vermitteln. Und umgekehrt.

Caviezel: Ich wünsche mir eine ehrliche Kommunikation. Man müsste einem Assistenten im gegebenen Fall rechtzeitig sagen, dass er für das Fach nicht geeignet ist. Es ist nämlich schade, wenn man sich jahrelang abmüht und dann doch nicht reüssiert.

Furrer: Was ich mir wünsche, ist, wahrzunehmen, was die Assistentinnen und Assistenten denken und fühlen respektive, dass sie mit ihren Anliegen zu mir kommen, Eigeninitiative entwickeln und Vorschläge machen.

Wölnerhanssen: Ich wünschte mir etwas gegenseitige Neugier. Ich habe den Eindruck, dass viele Chefs gar keine Ahnung davon haben, was die Assistenten denn alles so machen. Vielleicht könnten sie einmal mit uns mitlaufen, damit wir wissen, von was wir sprechen. Selbstkritik ist natürlich etwas Wechselseitiges. Ich möchte ebenfalls gerne wissen, was ein Chefarzt eigentlich den ganzen Tag lang macht; nicht, um ihn zu kontrollieren, sondern um Verständnis für ihn zu entwickeln.

Harder: Es gab mal den Begriff des „Compagnonnage“, Meister-Schüler Beziehung. Eine solche Begleitung habe ich in meiner Ausbildung als sehr positiv erlebt. Man ist dem Ausbildungsstand entsprechend recht straff geführt und gefordert und fühlt sich dann als Teil eines Teams. Voraussetzungen zu schaffen, welche die Integration in die Klinik erleichtern, ist in der Tat eine Aufgabe, um die sich der Chef kümmern muss. Dabei wäre ein Wunsch an die Jugend, von einem gewissen Konsumverhalten Abstand zu nehmen. Sie soll durchaus Althergebrachtes infrage stellen, aber selbst auch Alternativen ausarbeiten.

ERBEJET® 2 – DIE NEUE DIMENSION DER WASSERSTRAHL-CHIRURGIE.



ERBEJET 2
integriert im
VIO-System;
mit eigener
Bedien-
oberfläche.

Separierte Blutgefäße
im Leberparenchym.



ERBEJET 2 ist leicht und handlich, modular und ausbaufähig. Und schafft Platz im OP. Entweder als Einzelgerät auf Deckenversorgungseinheit oder integriert und kombiniert mit ERBE VIO-HF-Chirurgiesystem.

Die Anwendungsvorteile ...

- ✦ Präzises und sicheres Dissezieren und Präparieren von Gewebe
- ✦ Maximale Schonung von Blutgefäßen und Nerven
- ✦ Besseres Blutungsmanagement
- ✦ Gute Sicht auf das OP-Feld
- ✦ Für offene und laparoskopische Chirurgie

... z.B. in folgenden Disziplinen:

- ✦ Chirurgie z.B. Leberresektion, TME
- ✦ Urologie z.B. nervenhaltende Prostataektomie
- ✦ Neurochirurgie, Tumorsektion
- ✦ Gastroenterologie

Fordern Sie weitere Info an:

ERBE SWISS AG
Fröschenweidstrasse 10 · CH-8404 Winterthur
Telefon 052/2333727 · Fax 052/2333301
info@erbe-swiss.ch · www.erbe-swiss.ch

ERBE

Perfektion, die dem Menschen dient