

Quo vadis Chirurgie?

Ein Vorschlag für eine Reform des Weiterbildungscurriculums

Marco von Strauss, vonstrauss@googlemail.com
Bettina Wölnerhanssen, woelnerhanssenb@uhbs.ch
Alexandra Nagy, hualex75@hotmail.com
für das Forum Junger Chirurgen (www.forumjungerchirurgen.ch)

Seit Jahren wird ein neues, den gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnissen angepasstes Curriculum diskutiert. Auch am diesjährigen SGC-Kongress wurde deutlich, dass eine Veränderung drängt. Unsere Kollegen Adrian Dalbert, Andreas Frischknecht und Oliver Fisher haben durch ihren Beitrag ebenfalls zur Reform angeregt¹. In den letzten beiden Ausgaben von *swiss knife* fanden sich hierzu interessante Artikel, die schon eine Reihe der wichtigen Aspekte beleuchtet haben². Wir wollen in diesem Beitrag den Stand der Diskussion aufarbeiten und andere wichtige Einflussfaktoren benennen. Im Schlussteil möchten wir eine Vision für eine Weiterbildungsordnung der Zukunft entwickeln.

Die Ausgangslage stellt sich für Weiterbildungler und Weiterzubildende unterschiedlich dar. Für die Weiterbildungler gelangt das Problem der individualisierten Curricula nur nach und nach in den Fokus. Sie merken vielleicht, dass es schwieriger geworden ist, frei werdende Assistenzarztstellen mit geeigneten und motivierten Bewerbern zu besetzen. Sie leiden an den Regularien der 50h-Woche und sind, so scheint es, noch immer nicht über den Kulturschock, den diese Neuerung für ihre Arbeit bedeutet, hinweggekommen. So rücken sie in der Diskussion um eine geregelte Aus- und Weiterbildung immer wieder und vor allem diese Tatsache in den Mittelpunkt.

Die Motive hierfür mögen vielfältig sein: So ist natürlich für den, der einmal die Versuchung einer vollumfänglichen, unbegrenzten Verfügbarkeit seiner Mitarbeiter gekannt hat, eine Umstellung auf ein starres Regiment von begrenzten Arbeitszeiten ein deutlicher Verlust von Gestaltungsspielraum. Man muss sich plötzlich an Leute anpassen, von denen man es gewohnt war, dass diese sich an einen selbst anpassen. Ein anderes Motiv sind, und das wird noch viel zu selten offen und ehrlich thematisiert, die Kosten. Die Einführung der 50h-Woche hat die assistenz- und oberärztliche Arbeit massiv verteuert! Der Kuchen, der zur Verteilung ansteht, ist aber nicht grösser geworden. Also reden wir bei dieser ganzen Diskussion um „Motivation“ und „Einsatz“ am Ende des Tages doch auch um den Zugang zu Ressourcen und Geld.

Problem Präsenz

Des Weiteren zu nennen ist der Aspekt der Präsenz: Zurecht wird von den Weiterbildunglern angeführt, dass operative Kompetenz nur durch Erfahrung erworben werden kann. Und das braucht Zeit im Operationssaal. Wenn dann durch andernorts generierte Überzeit der Kandidat im entscheidenden Moment wieder nicht vor Ort, sondern in der Kompensation ist, gehen diese Weiterbildungsmöglichkeiten verloren. In der Tradition der Elitebildung führen die Weiterbildungler zudem an, dass für einen anspruchsvollen Job wie den eines Chirurgen überproportionales Engagement und Commitment erforderlich sind und erwartet werden dürfen. Es werden hier Vergleiche mit

angehenden Führungskräften in der Wirtschaft gezogen, wo Nacht- und Wochenendarbeit auch nicht reglementiert seien.

Die Perspektive der Weiterzubildenden ist naturgemäss eine andere. Sie finden sich von Anbeginn ihrer Ausbildung fast ausnahmslos in einer unübersichtlichen Lage. Der Zugang zur wichtigsten und teuersten Ressource ihres beruflichen Fortkommens, die praktische Ausbildung im Operationssaal, ist durch zahlreiche Hürden beschränkt³. Von mangelnder Motivation kann man aus Sicht der Assistenzärzte nicht sprechen. Sie versuchen in der überwiegenden Mehrzahl, unter den Bedingungen einer zunehmend verdichteten Arbeit auf der Abteilung den gestellten Anforderungen zu genügen. Arbeitszeiten sind in der alltäglichen Realität der Assistenzärzte eigentlich nicht wirklich reglementiert. Man geht nach Hause, wenn die Arbeit erledigt ist. Das kann nach 10, 11, 12 oder 14 Stunden der Fall sein. Und auch die starren Regelungen des Arbeitsgesetzes bezüglich Dienst- und Freitagen sind in der Mehrzahl der Spitäler nicht umgesetzt. Subjektiv ist die operative Weiterbildung eher durch die Konkurrenz mit zu vielen Kandidaten oder wegen einer fehlenden Teachingkultur in der eigenen Institution begrenzt. Mit der 50-h-Woche hat dies nur insofern etwas zu tun, als dass zur Erfüllung ihrer Auflagen in erster Linie mehr Personal eingestellt wurde. Eine Anpassung der Prozesse an die geänderten Ausgangsbedingungen wurde unterlassen. Es sind in der subjektiven Wahrnehmung des Assistenten also vor allem diese Konkurrenten und die unklare Priorisierung, die eine effektive operative Weiterbildung für die meisten verunmöglichen.

Auf gesellschaftliche Veränderungen reagieren

Ein weiterer Aspekt betrifft die gesellschaftlichen Umbrüche, die in den letzten 20 Jahren auch langsam in den chirurgischen Abteilungen der Schweizer Spitäler angekommen sind: Es gibt mehr Frauen in der Chirurgie⁴. Und Frauen bekommen selbst unter diesen Bedingungen Kinder. Das heisst, die Verpflichtungen am Arbeitsplatz stehen noch zusätzlich in Konkurrenz zu den Anforderungen, die (Klein-)Kinder an die Kandidatin stellen. Und da sich die Rollenmodelle ebenfalls gewandelt haben, gilt dies auch für nicht wenige junge Chirurgen.

Will man nun unter diesen Bedingungen realistische und zukunftsfähige Empfehlungen für ein neues Curriculum abgeben, muss man all diese Aspekte gewichten und am Ende ein differenziertes Bild zeichnen. Auch der Blick ins europäische und angloamerikanische Ausland kann hilfreich sein, um effiziente und erfolgreiche Modelle für eine chirurgische Weiterbildung zu finden⁵. So wurde in Deutschland bereits 2003 das modulare Weiterbildungsmodell mit „common trunk“ von zwei Jahren und anschliessender Spezialisierung in Allgemeinchirurgie, Unfall- und orthopädische Chirurgie, Gefässchirurgie, Thoraxchirurgie, Plastische und Handchirurgie, Viszeralchirurgie, Kinderchirurgie und Herzchirurgie implementiert⁶. Auch in den Niederlanden wurden schon früh entsprechende Curricula entwickelt und insbesondere in den letzten zwei Jahren neue Wege auf dem Gebiet der Evaluation/des Feedbacks beschritten⁷. Eindrücklich war hierzu auch das Referat von Dr. A. F. Engel aus Zaandam/NL am diesjährigen SGC-Kongress. Die Medizin hat sich in den letzten 100 Jahren fast exponentiell ausdifferenziert. Für eine zukunftsfähige Chirurgie braucht es auch ein differenziertes Curriculum, das den unterschiedlichen Anforderungen an Kandidaten und Weiterbildungler gerecht wird.

Es braucht Weiterbildungsnetzwerke

Ausgangspunkt muss – wie von der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie geplant – eine Bedarfsanalyse sein⁸. Wie viele Chirurgen brauchen

Marco von Strauss



wir wo und wann in der Schweiz? Wobei hier auf zum Teil problematische Erfahrungen in anderen Ländern verwiesen werden muss: In den Niederlanden, wo genau nach solchen Bedarfsplanungen ausgebildet wird, besteht aktuell ein Überangebot von etwa 100 Chirurgen, die nach dem Ende ihrer Ausbildung keine chirurgische Anstellung finden, weil die Bedarfsplanungen von einer zu grossen Nachfrage ausgegangen waren (Hintergrund ist hier allerdings vor allem, dass die bereits tätigen Chirurgen aufgrund sinkender Vergütungen pro Fall ihre Fallzahlen individuell erhöhen, um Verdienstauffälle zu vermeiden, was in der Folge die Bedarfsplanungen konterkarierte).

Wir sollten dennoch versuchen, eine solch grobe Planung zumindest für die Stufe des FMH Chirurgie zu generieren. Diesen Zahlen sollte dann eine realistische Bestandsaufnahme der chirurgischen Weiterbildungsmöglichkeiten gegenübergestellt werden. Hier sollte auf Ebene der einzelnen Kliniken unter Einbezug der Assistenzärzte geklärt werden, wie viele Kandidaten unter dem gegebenen Caseload ausgebildet werden können. Diese Zahlen müssen dann mit den Planungen aus der Bedarfsanalyse in Deckung gebracht werden. Anhand dieser Zahlen müssen regionale Weiterbildungsnetzwerke geschaffen werden, in denen ein Kandidat seine komplette Weiterbildung absolvieren kann.

Das Curriculum sollte eine frühere Spezialisierung zulassen. Es wäre der viel beschriebene Common Trunk denkbar, der auch als Orientierungs- und Bewährungsphase verstanden werden könnte, in der einerseits der Kandidat seine spätere Spezialgebiete finden sollte und andererseits die Institution seine Eignung testen könnte. Nach dem Common Trunk (denkbar wären hier zwei Jahre) könnte sich der Kandidat dann vor einem der regionalen Netzwerk-Boards für eine Weiterbildung bewerben. Hier wären die Spezialisierungen Traumatologie, Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefässchirurgie genauso wie die bereits teilweise ausgelagerten Facharzttitel für Herzchirurgie, Plastische und Handchirurgie und Neurochirurgie denkbar. Wäre ein Kollege an einer späteren Tätigkeit in einem allgemeinchirurgischen Setting mit viszeralem und traumatologischem Anforderungsprofil interessiert (Stichwort Spitallandschaft) wäre eine modulare Kombination der beiden Spezialisierungen mit jeweils gesenkten Anforderungen denkbar.

Mehr Differenzierung

Nadelöhr werden hier wieder die A- und U-Kliniken sein. Aber auch hier läge eine bestechend einfache Lösung auf der Hand: Wir brauchen eine differenzierte Weiterbildungsordnung. So wird eben nicht jeder Chirurg eines Tages Chefarzt mit geforderten Kompetenzen in zwei oder drei Spezialgebieten und universitären Meriten werden. Für diese Elitebildung braucht es einen speziellen Weiterbildungspfad mit höheren Anforderungen an Leistungsbereitschaft, Forschungstätigkeit und Mobilität auf der einen Seite. Auf der anderen Seite müssen diese Kandidaten sich aber auch auf das Commitment und die Zuverlässigkeit der Weiterbildner mit einer frühen und prioritären Einschleusung in die operative Ausbildung in den Häusern der Maximalversorgung verlassen können. Hier bräuchte es wie für die allgemeinen Spezialisierungen transparente Auswahlverfahren auf der Basis von nachprüfbar Vorleistungen und Referenzen.

Die Anforderungen und Ausbildungsbedingungen für die isolierten Spezialisierungen müssten aber auf die spätere Tätigkeit der Mehrheit der Kandidaten zugeschnitten werden. Weil die meisten Viszeralchirurgen in der täglichen Praxis keine Ösophagus-, Pankreas- und Leberchirurgie betreiben werden, wären hier Auslagerungen dieser hoch spezialisierten Medizin in die Curricula mit dem Ziel der Elitebildung denkbar (s.o.). Auch die Notwendig-

keit einer zweijährigen Ausbildung in einem Haus der Maximalversorgung könnte für diese Kandidaten hinterfragt werden. Eine einjährige Rotation mit z. B. drei definierten drei- bzw. einer 6-monatigen Rotationen wären wahrscheinlich für die meisten ausreichend (z. B. je drei Monate Notfallstation und Intensiv und sechs Monate in dem angestrebten Spezialgebiet). Danach könnten die Kandidaten wieder in ihre Ursprungsklinik oder eine andere B-Klinik des Netzwerks zurückkehren. Durch den Wegfall der Anforderungen der jeweils anderen Spezialisierungen (z. B. Wegfall des Traumatikums in der Viszeralchirurgie) liesse sich im eigentlichen Gebiet eine tiefere Expertise in der vorgesehenen Weiterbildungszeit erzielen, sodass Kandidaten anders als heute nach Erlangung des Facharztes auch praktisch ihr Gebiet im Alltag abdecken können und einsetzbar wären⁵.

Klare Strukturen und Priorisierung

Conditio sine qua non hierfür wäre aber eine klare und ehrliche Priorisierung! Die dann „Nicht-Weiterbildungsstellen“ wären entweder durch Auslagerung der Tätigkeiten in nicht-ärztliches Personal oder eigentliche Dienstleistungsärzte ohne Weiterbildungsauftrag im Fachgebiet zu besetzen, die dann wahrscheinlich entsprechende Zugeständnisse bei Entlohnung und/oder Arbeitsbedingungen aushandeln würden. Ein kleiner Teil dieser Stellen könnte aber wahrscheinlich auch durch die Kandidaten im Common Trunk besetzt werden.

Für die Arbeitszeitregelung bräuchte es hier für das Gros der Kandidaten eigentlich keine grossen Anpassungen. Im Einzelnen wären sicher vor allem Flexibilisierungen bei den Beschränkungen der Anzahl der Arbeitstage wünschenswert, um die Dienstplanung zu vereinfachen und lästige und gefährliche Übergaben zu minimieren. Aber die Realisierung eines strukturierten Curriculums kann eben gerade nicht an eine Wiedereinführung der Gratisarbeit geknüpft werden. Im Gegenteil: Findige Spitalbetriebswirte würde von diesen kostenlosen Arbeitskräften sehr schnell Wind bekommen und dann würde die administrative Arbeit wieder genau dahin abfließen. In diesen abgespeckten Curricula wäre dann auch eine chirurgische Tätigkeit in Teilzeit und im Einklang mit einer Familiengründung denkbar und realistisch.

Somit liegt ein praktischer Vorschlag auf dem Tisch. Es gilt, die konkrete Arbeit an einem neuen Curriculum nun wirklich aufzunehmen. Wir sind bereit!

1. Fisher O, Dalbert A, Frischknecht A Mehr Konzept. *swiss knife*. 2011; 4: 5
2. Frischknecht A, Dalbert A, Fisher O, Muff B Mehr Konzept oder mehr Freiheit. *swiss knife*. 2012; 2: 6-7
3. von Strauss und Torney M, Dell-Kuster S, Mechera R, Rosenthal R, Langer I *The cost of surgical training: analysis of operative time for laparoscopic cholecystectomy*. *Surg Endosc*. 2012 (epub ahead of print)
4. Kraft E FMH Ärztetätigkeit 2011. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2012; 93: 11: 400-403
5. Moalem J, Schwartz SI *Three-phase model for surgical training: a proposal for improved resident training, assessment, and satisfaction*. *J Surg Educ*. 2012; 69: 70-76
6. J Ansgor (2003) *Neue Weiterbildungsordnung für Chirurgie*. Available at: <http://www.bdc.de/document.jsp?documentid=9178d2eecea18c29c1256d32004245e6&form=Dokumente&print=1&parent=null> Accessed 04.07.2012
7. Jaap Hamming, Rinkes Inne Borel, Heineman Erik (2010) *Scherp Structuur Curriculum Heelkunde voor Reflectieve Professionals*. Available at: <http://knmg.artsenet.nl/Over-KNMG/English.htm> Accessed
8. Morel P *Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie: ein Wort des Präsidenten*. *swiss knife*. 2012; 2: 4-5

Bettina Wölnerhanssen



Alexandra Nagy

