

Die ärztliche Weiterbildung in der Schweiz: Eine Lagebeurteilung

Max Giger, Präsident Kommission für Weiter- und Fortbildung FMH, Winterthur

Nach über siebenjähriger Selbstverwaltung durch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH ging die Aufsicht über die ärztliche Weiterbildung mit Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Freizügigkeit des Medizinalpersonals (FMPG) am 1. Juni 2002 an die Eidgenossenschaft über. Dies ist Folge der bilateralen Abkommen mit der Europäischen Union, speziell demjenigen zur Personenfreizügigkeit. Durch das FMPG wird neu statuiert, dass einerseits die Personen in Weiterbildung die Weiterbildungskosten teilweise durch Arbeitsleistung abgelten können und andererseits die Weiterbildung durch die Berufsorganisation in Zusammenarbeit mit den Fakultäten durchzuführen ist. Letztere erhalten dadurch eine neue Pflicht, deren Ausführung im Rahmen der Ressourcenknappheit der Universitäten sogleich auf Finanzprobleme stösst.

Nebst diesen neuen Vorschriften des FMPG und der revidierten WBO besteht seit langem die Forderung der Weiterzubildenden nach einer besser strukturierten zeitlich begrenzten Weiterbildungsphase, die in menschlich und fachlich angemessenen Arbeitszeiten absolviert werden kann. Dazu treten ökonomisch bedingte Restriktionen an den Weiterbildungsstätten, welche den Dienstleistungen vor der Weiterbildung Priorität einräumen. Diese gegenläufigen Bestrebungen sind im Umfeld der zunehmenden Kosten im Grossbetrieb «Schweizerisches Gesundheitswesen» zu plazieren und erhalten dadurch eine noch grössere Spannung.

Inhalt und Qualitätssicherung der Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung wird für die 43 eidgenössischen Facharztstitel, die weiterhin einzig Mitgliedern der FMH offenstehenden Schwerpunktstitel und die Fertigungs- sowie Fähigkeitsausweise durch die Weiterbildungsordnung (WBO) geregelt. Die Sicherung der Qualität der Weiterbildung basiert auf den üblichen drei Säulen der Qualitätssicherung, nämlich auf der

Beurteilung durch die Kunden (jährliche Beurteilung der Weiterbildungsstätten durch die Weiterzubildenden), auf dem Qualitätsversprechen (schriftliches Weiterbildungskonzept der Weiterbildungsstätten) und auf der Fremdbeurteilung (Visitationen).

Das Ziel und der Inhalt der Weiterbildung werden in den Weiterbildungsprogrammen geregelt. Durch die zunehmende Atomisierung der Medizin und den Wissenszuwachs wurden diese Programme, ähnlich dem universitären Ausbildungsprogramm, bezüglich Inhalt und Umfang aufgebläht ohne Abwurf von allfälligem Ballast. Die Lerninhalte sind sehr oft betreffend Breite und Tiefe ungenügend definiert. Lerninhalte passen oft nicht mit den effektiv erbrachten Leistungen zusammen: Als Beispiel sei auf die Verschreibung und Abgabe von Neuroleptika und Antidepressiva, welche zu zwei Dritteln durch Nichtpsychiatern erfolgen, verwiesen [1]. Ob diese Verschreibepaxis angemessen ist, sollte mindestens hinterfragt und mit dem Unterricht in Pharmakotherapie, wie er heute an der Uni praktiziert wird, sowie der meistens minimalen Weiterbildung in Psychiatrie in Zusammenhang gebracht werden. Es ist leider zu befürchten, dass Realität und Wunschvorstellungen, wie sie etwa in allen klinischen Weiterbildungsprogrammen bezüglich vertiefter Weiterbildung in Pharmakotherapie niedergeschrieben werden, auseinanderklaffen. Auch im frisch revidierten Weiterbildungsprogramm für Chirurgie wurde der Forderung nach genauer umschriebenen Lerninhalten zuwenig Rechnung getragen. So wird beispielsweise aufgrund der Lerninhalte nicht klar, welcher Chirurg – der Facharzt, der Träger des Schwerpunktstitels Allgemeine Chirurgie oder einzig der Viszeralchirurg – befähigt ist, eine Sigmaresektion durchzuführen. Die Vorschrift nach Rotation unter den verschiedenen Kategorien der Weiterbildungsstätten wurde einfach der aktuellen Schweizer Spitallandschaft adaptiert, ohne deren Berechtigung im Hinblick auf Versorgungsqualität oder deren Implikation auf die Weiterbildungsziele zu hinterfragen.

Arbeitszeit und Kosten

Die Forderung nach gemäss den üblichen Normen der Arbeitshygiene und Arbeitssicherheit angebrachten Arbeitszeiten bei der Berufsausübung und der gleichzeitigen Weiterbildung geht erst langsam nach hartem Kampf in Erfüllung. In den meisten Kantonen wird ein System von 40 bis 42 Stunden Dienstleistung und 8 bis 10 Stunden Weiterbildung angestrebt, was immer noch zu einer Arbeitszeit von 48 bis 52 Stunden pro Woche führt. Die der angebrachten Arbeitszeitreduktion wegen notwendigen zusätzlichen ärztlichen Stellen werden einerseits zum Teil nur verzögert bewilligt und können andererseits nicht besetzt werden. Letzteres weil bei gleichbleibender Patientenzahl und zunehmender Assistentenzahl der Lerneffekt verdünnt wird, was in einer Verlängerung der Weiterbildungszeit über die in den Programmen vorgesehene Zeit führt. Diese Verdünnung des Lerneffektes zeigt ihre negativen Folgen vor allem in den operativen Disziplinen, welche eine konkrete Anzahl Eingriffe für die Erreichung des Facharztstitels voraussetzen. Zusätzlich wirkt sich für die operativen Disziplinen die Struktur der Schweizer Spitallandschaft mit der giesskannenartigen Verteilung grösserer operativer Eingriffe, die schon alleine aus Gründen der Leistungsqualität auf Schwerpunktzentren beschränkt werden müssten [2], negativ auf die Weiterbildung aus.

Die Kosten der Weiterbildung wurden bis anhin stillschweigend mit den Arbeitsleistungen der Weiterzubildenden verrechnet nach dem Prinzip «do ut des» und unter dem «normalen» Betriebsaufwand subsumiert. Unter dem Regime der Kostenstellenrechnung werden neuerdings diese Kosten im Kanton Waadt, ähnlich denjenigen für Lehre und Forschung an den Universitätsspitalern, hochgerechnet. Dies führt unweigerlich dazu, dass auch die Arbeitsleistungen in Franken und Rappen ausgedrückt werden müssen. Konkrete, validierte Zahlen für den Bereich der Weiterbildung fehlen in der Schweiz. Dasselbe gilt für die Anrainerstaaten, wo diese Frage zurzeit kaum diskutiert wird. Der Vergleich mit den USA hinkt, da dort Weiterbildung und Dienstleistung buchhalterisch seit langem getrennt sind [3]. Relativ einfach können theoretische Weiterbildungsveranstaltungen, Seminare, Untersuchungskurse und Operationskurse in ihrem Umfang erfasst werden. Die Erfassung der eigentlichen Weiterbildung bei der Betreuung der Patienten ist schwierig durchzuführen. Die sogenannte theoretische Weiterbildung muss in den meisten Weiterbildungsprogrammen 3 bis 5

Stunden betragen. An vielen Weiterbildungsstätten können die Assistentinnen und Assistenten wegen Belastung mit Dienstleistung nicht einmal diese Weiterbildungsveranstaltungen besuchen. Andererseits liegt die Dienstleistungszeit oder eigentliche Arbeitszeit am Patienten in vielen psychiatrischen Weiterbildungsstätten wegen intensiver Weiterbildung (Kurse, Seminare, Supervisionen) bei 22 bis 25 Stunden pro Woche. Diese Tatsache ist nebst den Rekrutierungsproblemen für schweizerische ärztliche Mitarbeiter ein Grund für den Ärztemangel in der stationären Psychiatrie.

Strukturierung der Weiterbildung

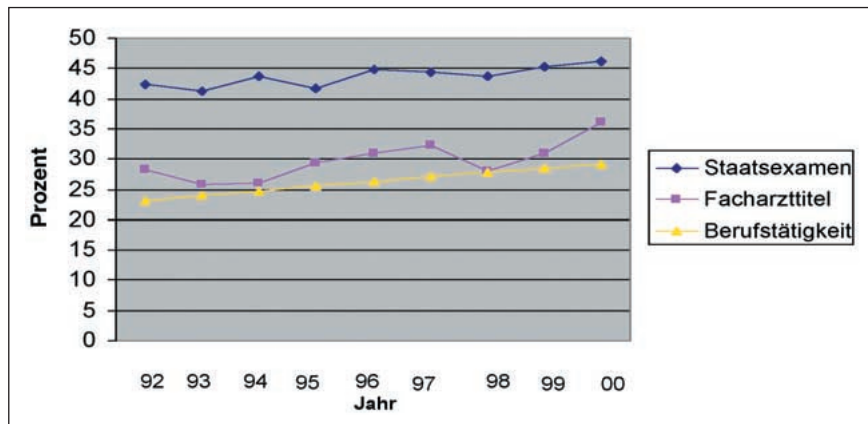
Viele Assistentinnen und Assistenten klagen über ungenügende Strukturierung der Weiterbildung und mangelnde Planbarkeit des individuellen Weiterbildungscurriculums. Dadurch werden die Weiterbildungszeiten in vielen operativen Fächern eigentlich unnötig verlängert. In der Chirurgie führt dies zu einer Reduktion der Titelanwärter, die bezüglich der künftigen Versorgung kritisch wird. Oft müssen wegen fehlender Koordination des Stellenwechsels «Warteschlangen» eingelegt werden. Die Strukturierung der Weiterbildung wird leider immer noch durch mangelhafte Prozesse bei der Führung der Krankengeschichte, der Verordnung von Untersuchungen und Therapien sowie unqualifizierte Arbeit wie Suchen von Röntgenbildern und Berichten früherer Untersuchungen verunmöglicht.

Die Weiterzubildenden

Die Mobilität der Assistentinnen und Assistenten lässt oft zu wünschen übrig: Ein Wohnortwechsel wird oft abgelehnt, auch wenn eine attraktive Weiterbildungsstelle in Aussicht steht. Weiterbildungsstellen werden frühzeitig verlassen oder überhaupt nicht angetreten, sei dies aus persönlichen Gründen, sei dies wegen der Möglichkeit, eine für die Assistentinnen und Assistenten besser ins Weiterbildungscurriculum passende Stelle antreten zu können.

Der Frauenanteil liegt heute bei den Studienanfängern bei über 50% und steigt auch bei den Diplomerteilungen und den Facharzttitelverleihungen langsam an (Abb. 1). Die Feminisierung betrifft bis heute vor allem die Kinder- und Jugendmedizin, die Psychiatrie, die Anästhesiologie und die Gynäkologie und Geburtshilfe. Dies hat zur Folge, dass infolge vermehrter

Abbildung 1
Frauenanteil 1992–2000.



meistens familiär bedingter teilzeitlicher Berufsausübung der Frauen eine geringere quantitative Arbeitskraft aus der Weiterbildung resultiert. Dies führt in der Kinder- und Jugendmedizin schon heute dazu, dass die Zahl der Weiterbildungsstellen knapp den künftigen Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten decken kann. Die Feminisierung der Medizin und sich wandelnde Lebensentwürfe bedingen eine Tendenz zu Teilzeitarbeit, die einerseits den Output der Weiterbildung reduziert, die andererseits auch in einem positiven Sinn genutzt werden kann, z. B. durch die Schaffung von Teilzeitarbeitsstellen (Spitalfachärztinnen und Spitalfachärzte), die eine lebenslange ärztliche Tätigkeit und eine Erhaltung der Arbeitskraft der Weitergebildeten ermöglichen.

Fazit 1

- Die Weiterbildungsinhalte sind ungenügend und unvollständig definiert.
- Die Weiterbildung ist ungenügend strukturiert und dauert deshalb oft zu lange.
- Es fehlt eine zielorientierte Planung der Weiterbildungskurricula.
- Die Schweizer Spitallandschaft behindert die zielorientierte Weiterbildung.
- Es zeichnen sich zunehmend Engpässe in der Weiterbildungsphase ab.
- Es zeichnet sich ein Ärztemangel in der Psychiatrie und der Chirurgie ab.
- Die effektiven Kosten der Weiterbildung sind nicht bekannt.

Lösungsansätze

Die Weiterbildungsziele und Lerninhalte sind in allen 43 Weiterbildungsprogrammen aufgeführt. Diskrepanzen zwischen den durch die Weiterbil-

dungsprogramme stipulierten und im Rahmen der Weiterbildung wirklich erreichbaren Lerninhalte müssen beseitigt werden. Die Lerninhalte sollten regelmässig den sich wandelnden Anforderungen angepasst werden, das heisst gezielt auf die zu erbringenden Leistungen ausgerichtet werden.

Durch eine Straffung der fachspezifischen Lerninhalte und nötigenfalls Streichung des im Interesse einer «breiteren Weiterbildung» in den letzten zehn Jahren in viele Weiterbildungsprogramme eingebauten Fremdjahres können die effektiven Kosten der Weiterbildung für die einzelnen Weiterzubildenden und die Gemeinschaft gesenkt werden.

Die Vermittlung der Lerninhalte soll zeitlich und örtlich optimal strukturiert werden. Mit zeitlicher Optimierung ist eine Einbindung der Weiterbildung in der dringend notwendigen Strukturierung des sogenannten Spitalalltags zu verstehen, mit örtlicher Optimierung wird der Einsatz moderner Lernmethoden (asynchrones Lernen mit Selbstevaluation, Skill-Labs) und Kommunikationstechnologie (Videokonferenzen) definiert. Die klinische Weiterbildung am Patienten soll dem Weiterbildungskonzept folgen. Die Lerninhalte müssen so aufgearbeitet werden, dass sie später gesamtschweizerisch zur Anwendung gelangen können. So können Kosten bei der Erarbeitung von Lernprogrammen und Kosten bei der Vermittlung deren Inhalte gespart werden. Im Bereiche der Ausbildung besteht im Rahmen des «Virtual Campus» eine entsprechende Struktur, im Bereiche der Weiterbildung sind die Operationskurse an den anatomischen Instituten von Zürich und Freiburg sowie die Grand Rounds der Klinik für Viszeralchirurgie des Universitätsspitals Zürich zu erwähnen.

Durch Bildung von weiteren Weiterbildungsnetzen, ähnlich wie sie schon im Bereich der Psychiatrie, Kinderchirurgie, ORL und Orthopädie existieren, kann einerseits eine für Weiterzubildende und Weiterbildungsverantwortliche transparente individuelle Planung der Weiterbildung erfolgen und andererseits können durch diese Vernetzung die klinischen Weiterbildungsplätze entsprechend der Epidemiologie der Erkrankungen optimal genutzt werden. Am Beispiel der Chirurgie würde dies bedeuten, dass durch zielorientierte Rotation der Weiterzubildenden die Erfüllung des Operationskataloges innerhalb der vorgegebenen Zeit erreicht werden kann. Auch Privatkliniken könnten in solche Weiterbildungsnetze einbezogen werden, indem die Weiterzubildenden bei den Eingriffen gezielt als Assistenten und Operateure eingesetzt werden.

Solche Weiterbildungsnetze und der Einsatz von modernen Lernmethoden verlangt von den Weiterzubildenden vermehrte Flexibilität und Verpflichtung auf Einhaltung von notwendigen Vereinbarungen: Aus logistischen und ökonomischen Gründen müssen regionale und überregionale Weiterbildungsveranstaltungen veranstaltet werden unter Ausschöpfung der zeitlichen und personellen Ressourcen der Weiterbildner (auch Wochenende) und heutige spitallandschaftsbedingte örtliche Distanzen sollen die Weiterbildungskurrikula nicht behindern.

In vielen Programmen kann Platz geschaffen werden für neue Inhalte wie Management, evidenzorientierte Ressourcenallokation und dringend notwendige Vertiefung in Kommunikation [4, 5]. Durch modulartige Vermittlung der Weiterbildungsinhalte können, adaptiert an sich wandelnde persönliche oder gesellschaftliche Bedürfnisse, Ärztinnen und Ärzte zu jedem Zeitpunkt ihrer Berufstätigkeit ihr Tätigkeitsfeld individueller gestalten beziehungsweise verändern. Durch zeitlich und inhaltlich begrenzte Lernmodule kann auch eine Verpflichtung der Weiterzubildenden auf die vollständige Absolvierung derselben gefordert werden.

Last but not least müssen die Ausbildung und Stellung der Weiterbildner erwähnt werden. Erstere soll gezielt ausgebaut und letztere soll entsprechend aufgewertet werden, können doch bis heute durch Einsatz in der Weiterbildung weder akademische Meriten noch Geld verdient werden. Die Kosten der Weiterbildung können durch die erwähnten Massnahmen zur Strukturierung prospektiv erfasst und gesteuert werden.

Fazit 2

- Die Weiterbildungsprogramme sollen gestrafft werden.
- Die Weiterbildungsinhalte sollen den Bedürfnissen angepasst werden.
- Die Weiterbildung soll zeitlich und örtlich strukturiert in Modulen vermittelt werden.
- Die Weiterbildung soll in regionalen und überregionalen Netzwerken erfolgen.
- Die Kosten sollen prospektiv erfasst werden.

Zukunft der Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung steht unter massivem finanziellem Druck, während gleichzeitig das Berufsumfeld sich ändert. Daraus resultiert die Möglichkeit, durch eine Strukturierung und eine Anpassung der Weiterbildung die ärztliche Tätigkeit auch für künftige Generationen interessant und erfüllend zu gestalten und somit die Qualität der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu garantieren. Zunehmend werden in ganz Europa Stimmen laut über unbefriedigende ärztliche Tätigkeit [6, 7] und Ärztemangel (Deutschland, Grossbritannien, Frankreich). Dies verlangt den vollen Einsatz der Ärzteschaft sowie die finanzielle und politische Unterstützung durch die Öffentlichkeit.

In einer Zeit der zunehmenden Versachlichung der Medizin und der rasch fortschreitenden Medikalisation [8] der Gesellschaft soll durch entsprechende Weiterbildung wieder vermehrt die echte Sorge um den leidenden Nächsten vermittelt werden.

Die Fremdbestimmung der Medizin durch Technik, Ökonomie und Politik kann durch entsprechende Ausrichtung der Weiterbildung auf die wirklichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten vermindert werden.

Die Gesellschaft wird in dem Masse in die ärztliche Weiterbildung investieren, wie sie gewillt ist, in die Medizin beziehungsweise das Gesundheitssystem unter Abwägung zwischen allgemeiner Bildung, Wohlfahrt und Vergnügen zu investieren.

Fazit 3

- Die Ärzteschaft muss Inhalt und Durchführung der Weiterbildung aktiv gestalten.
- Die Weiterbildung muss effizient und zielgerichtet erfolgen.
- Oberstes Ziel ist Erhaltung der Ars Medici für die Zukunft.

Literatur

- 1 Linden M, Thiels C. Epidemiology of prescriptions for neuroleptic drugs: tranquilizers rather than antipsychotics. *Pharmacopsychiatry* 2001;34: 150-4.
- 2 Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-37.
- 3 Council on graduate medical education. Fifteenth Report: Financing Graduate Medical Education in a Changing Health Care Environment (December 2000). U.S. Department of Health and Human Services.
- 4 Götzmann L, Schönholzer SM, Kölble N, et al. Die Ultraschall-Untersuchung bei Verdacht auf fetale Entwicklungsstörungen: Zufriedenheit und Bewertungen aus Sicht der betroffenen Frauen. *Ultraschall in Med* 2002;81:27-32.
- 5 Junod AF. Will there be room for the teaching of internal medicine in a university hospital? *Swiss Med Wkly* 2002;132:4-6.
- 6 Une profession minée par des relations tendues avec les malades. *Le Monde*, 24 janvier 2002, p. 10.
- 7 Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *Br Med J* 2002;324:835-8.
- 8 Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *Br Med J* 2002;324:859-60.