

## Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel



© iStock/PaulPaladin

Ein praktikables Modell zur Verbesserung der Qualifikation der WeiterbildungsassistentInnen?

Das Thema Weiterbildung und Nachwuchsgewinnung in der Chirurgie wird heute durch eine zunehmend aufgehende Schere zwischen erhöhtem Bedarf und schrumpfenden Ressourcen bestimmt. Der Bedarf wird im Wesentlichen über die demografische Entwicklung definiert. Mit zunehmendem Alter ist mit steigendem Versorgungsbedarf zu rechnen, beispielhaft sei auf dem Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie nur die exponentiell ansteigende Fallzahl bei den hüftgelenksnahen Femurfrakturen genannt. Auf der anderen Seite lässt die Altersstruktur der chirurgischen Fachärzte die Alarmglocken schrillen. So sind die im chirurgischen Bereich tätigen Ärzte im Krankenhaus in den letzten 15 Jahren nach Angaben der BÄK im Durchschnitt um drei Jahre gealtert, im vertragsärztlichen Sektor sogar um sechs Jahre [2]. Der Umstand, dass diese Gruppe im Durchschnitt immer älter wird, ist nur dadurch zu erklären, dass nicht ausreichend interessierte und qualifizierte Fachärzte zur Verfügung stehen und nachrücken. Warum das so ist, wurde in den letzten Jahren vielfach untersucht und soll hier nur cursorisch dargestellt werden.

Der Attraktivitätsverlust beginnt bereits während des Studiums. So ist zwar auf der einen Seite der Studienplatz selber begehrt wie eh und je, ablesbar an einem Numerus Clausus, der nahe der Note 1,0 liegt. Auf der anderen Seite aber stehen uns nach Abschluss des Studiums immer weniger KollegInnen für die kurative Medizin zur Verfügung. Etwa 20 % der Medizinstudenten führen das Studium nicht zu Ende und noch einmal die gleiche Prozentzahl gehen nach dem Examen in Tätigkeiten wie zum Beispiel Wirtschaftsberatung, Controlling, Medien oder Forschung und stehen somit der Versorgung am Patienten ebenso wenig zur Verfügung, wie die ins Ausland drängenden Kollegen [4]. Nach einer Untersuchung des Hartmannbundes aus dem Jahr 2012 können sich sogar 50 % der Medizinstudenten eine Tätigkeit außerhalb der kurativen Medizin vorstellen – die Konsequenzen mag man sich gar nicht vorstellen. Weiß man weiterhin, dass zum Anfang eines Medizinstudiums etwa 25 % der Studienanfänger eine operative Tätigkeit anstreben möchten, am Ende des Studiums aber nur 10 % tatsächlich in eine chirurgische Weiterbildung eintreten, so muss man nüchtern feststellen, dass unser Fachgebiet ganz offensichtlich unter einem erheblichen Attraktivitätsverlust leidet. Beim Wettbewerb um die besten Köpfe ist dies sicherlich nicht von Vorteil. Es gilt also die Ursachen dieses Attraktivitätsdefizites zu analysieren und die richtigen Folgerungen daraus zu ziehen.

Nach einer Umfrage des BDC unter Weiterbildungsassistenten aus dem Jahr 2011 wurden als Hauptgründe für den Attraktivitätsverlust familienunfreundliche Arbeitszeiten und eine veränderte Lebenseinstellung („Work-Life-Balance“) genannt. Unmittelbar dahinter rangiert aus Sicht der Weiterbildungsassistenten eine ungenügende Qualität der chirurgischen Weiterbildung [1]. Genau so sehen dies im Übrigen auch die ausbildenden Chefärzte, wie eine Online-Umfrage unter den im BDC organisierten leitenden Ärzten in Schleswig-Holstein

offenbarte. Die Ausbildungsinhalte können immer seltener vollumfänglich erfüllt werden und eine notwendige breite Erfahrung bis zum Ende der Weiterbildung wird nur selten vermittelt. Selbst der im Vergleich zur alten Weiterbildungsordnung nicht unerheblich abgespeckte OP-Katalog wird immer öfter nur dadurch erfüllt, dass erste Assistenzen als eigenständig durchgeführte Operationen attestiert werden.

Das Hauptproblem bei der nicht ausreichenden Qualität der jungen Fachärzte ist gar nicht die Weiterbildungsordnung an sich. Diese orientiert sich an den Erfordernissen und gerade die anstehende neue Fassung mit der Abkehr von sklavisch abzuleistenden Zeiten und Operationen und Hinwendung zu Kompetenzblöcken, wo Leistungsinhalte auch extern in Kursen erworben werden können, scheint in die richtige Richtung zu gehen.

Allerdings besteht weiterhin das Problem, dass selbst in universitären Hauptabteilungen die gesamte Breite des Faches weder heute noch in Zukunft vermittelt werden kann. Dies hat in erster Linie mit in letzter Zeit sich stark ändernden Versorgungsstrukturen zu tun und mit der weiterhin vorhandenen strengen Trennung der Sektoren. So findet ein großer Teil der „klassischen“ Weiterbildungsoperationen (Leistenhernie, Arthroskopie, Hand- und Fußchirurgie etc.) eben nicht mehr in der Hauptabteilung eines Krankenhauses statt. Vielmehr sind diese Eingriffe insbesondere in größeren Städten weitestgehend in ambulante Operationszentren oder Praxiskliniken verlagert worden und werden hier also fast ausschließlich von niedergelassenen Vertragsärzten operiert. Gleiches gilt für nahezu das gesamte Fachgebiet der Proktologie und natürlich die konservativen Leistungsinhalte im Gesamtgebiet der Chirurgie, die unter dem gegenwärtigen DRG-System stationär wirtschaftlich nicht mehr erbracht werden können. Durch diese Verlagerung von Weiterbildungsinhalten in den ambulanten Sektor haben wir das Problem, dass die jetzt in Weiterbildung befindlichen Kollegen im Krankenhaus zwar die notwendigen Eingriffe von ihrem Weiterbilder bescheinigt bekommen, diese aber nicht in ausreichender Zahl eigenständig durchgeführt haben und dementsprechend ein Kompetenzdefizit aufweisen [6].

Wenn wir also die Attraktivität der Weiterbildung in den chirurgischen Fächern erhöhen wollen, dann kann dies nur über eine Integration des ambulanten Sektors erfolgen mit strukturierter Rotation der Assistenten. Die logische Konsequenz einer solchen ambulanten fachärztlichen Weiterbildung ist zwischenzeitlich nach intensiven Diskussion auch vom Deutschen Ärztetag als notwendig erkannt worden, mangels fehlender Finanzmittel ist die Umsetzung aber unter den gegenwärtigen Umständen völlig illusorisch [3]. So kann bei gedeckeltem Budget ein Weiterbildungsassistent für die geforderte Mindestanerkennungszeit von sechs Monaten ganz sicher nicht von einem Vertragsarzt beschäftigt werden. Ähnliches gilt im Übrigen auch für die Klinik, denn auch hier wird die Weiterbildung in Zeiten des DRG-Systems immer öfter als nicht mehr finanzierbarer Luxus angesehen.

## Wie aber können wir aus dem Dilemma zwischen fehlender Finanzierung und weiter zunehmendem Attraktivitätsverlust der Weiterbildung ausbrechen?

Der BDC|Schleswig-Holstein hat in den letzten Jahren diverse Veranstaltungen zu diesem Thema durchgeführt und ein Modell entwickelt, wie es kurzfristig gelingen kann, die Defizite bei der Aus- und Weiterbildung unseres Nachwuchses zu minimieren [7]. Der Fokus liegt dabei auf einer Verbesserung der Qualität und damit auch der Attraktivität der Weiterbildung durch einen gesicherten Erwerb der in der WBO geforderten Kompetenzen.

In Kiel hat sich Ende 2014 eine Gruppe von Chirurgen aus Klinik und Praxis zusammen gefunden, um eine pragmatische Lösung zu erarbeiten. Da wie oben dargestellt in der vertragsärztlichen Praxis eine Anstellung unter den gegenwärtigen Bedingungen absolut nicht zu finanzieren ist und auf der anderen Seite eine längerfristige Abstellung der Assistenten von der Klinik in Anbetracht der DRG-Erlössituation ebenfalls nicht in Frage kommt, bleibt gegenwärtig als alleiniger Ausweg eine intermediäre Hospitationslösung übrig. Dabei sollen die Weiterbildungsassistenten die Möglichkeit bekommen, operative Erfahrung dort zu sammeln, wo die Eingriffe auch stattfinden, nämlich in Praxen und ambulantem OP-Zentren.

Als erstes musste eine oft in diesem Zusammenhang genannte Hürde genommen werden, nämlich der kammerrechtliche Aspekt. So ist üblicherweise eine Weiterbildung erst dann von einer Ärztekammer anrechnungsfähig, wenn ein mindestens sechs-monatiger Vollzeitarbeitsvertrag mit einem Weiterbilder geschlossen wurde. Eben dies gilt aber nicht in dem von uns favorisierten Modell, zumindest was den niedergelassenen Vertragsarzt betrifft. Also war es notwendig, das Modellvorhaben von den zuständigen Gremien der Ärztekammer prüfen zu lassen. Vorteilhaft war sicher, dass der amtierende Präsident der schleswig-holsteinischen Ärztekammer Dr. Bartmann nicht nur Chirurg, sondern gleichzeitig in der Bundesärztekammer auch federführend mit der Weiterbildung befasst ist. Die abschließende Diskussion mit dem Vorstand der Ärztekammer kann ohne Umschweife als voller Erfolg gewertet werden. So steht dem Projekt eigentlich keine wesentliche Hürde im Wege. Im Gegenteil, wir hatten sogar den Eindruck, dass der Präsident und der Vorstand insgesamt froh waren, dass aus der Ärzteschaft heraus ein solches Projekt angestoßen wird. Wir können uns also auf volle Rückendeckung der schleswig-holsteinischen Ärztekammer verlassen, auch bei der Abwicklung der noch ausstehenden Formalien.

## Wie gestaltet sich nun dieses Modellvorhaben im Einzelnen?

Mitglieder des Projektes sind die Direktoren aus der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie der Klinik Orthopädie und Unfallchirurgie des UKSH Kiel, ein Vertragsarzt aus einer proktologischen Gemeinschaftspraxis sowie ein niedergelassener Viszeralchirurg und ein Orthopäde und Unfallchirurg, beide aus einem chirurgischen MVZ. Weiter wurde eine griffige „Dachmarke“ benötigt, das Kind braucht schließlich einen Namen. Wir haben uns für die *Chirurgische Verbundweiterbildung Kiel (ChVK)* entschieden. In diesem Zusammenhang ist auch eine gemeinsame Außendarstellung vorgesehen, mit z. B. einem gemeinsamen Briefkopf und einem gemeinsamen Logo der beteiligten Weiterbilder.

Die ChVK hat bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein die benötigten einzelnen Verbundweiterbildungsermächtigungen beantragt für die Gebiete Viszeralchirurgie und Orthopädie und

Unfallchirurgie. Bei der Antragstellung wurde uns vom Geschäftsführer der Ärztekammer zugesichert, dass die Formalien schmal gehalten werden sollen. So bedarf es nicht mehr der Darstellung des gesamten angebotenen Weiterbildungsspektrums, vielmehr konnten wir uns bei der Antragstellung auf die bei der Ärztekammer vorhandenen Unterlagen und Weiterbildungsermächtigungen aus dem UKSH, der Proktologischen Praxis und dem MVZ Chirurgie beziehen.

Als letztes müssen noch die Weiterbildungscurricula und die Log-Bücher angepasst werden. Hier ist es erforderlich, dass die Eingriffe und Kompetenzen, die auch ambulant erworben werden können, mit dem entsprechenden Weiterbildungsort gekennzeichnet werden. Beispielhaft gilt für die Arthroskopie, dass im Curriculum und auch im Logbuch vermerkt wird, dass Arthroskopien sowohl am UKSH als auch im MVZ Chirurgie assistiert werden.

Nach endgültiger Genehmigung können die Weiterbildungsassistenten dann tages- oder manchmal auch stundenweise, je nach persönlichem Bedarf und nach Arbeitsbelastung an der Klinik, in die Praxis kommen, um dort operative Eingriffe assistiert zu bekommen oder aber auch konservative Behandlungskompetenzen zu erlernen.

Wir sind sehr gespannt, wie und ob dieses Projekt von den Weiterbildungsassistenten angenommen wird. In jedem Fall entspricht die *Chirurgische Verbundweiterbildung* dem, was sich unsere jungen Kolleginnen und Kollegen wünschen und z. B. im Jungen Forum der DGOU auch formuliert haben [5]. Wenn es klappt, führt dies ohne Zweifel zu einer Attraktivitätssteigerung der Weiterbildung und unter uns Chirurgen sicherlich auch zu einem besseren Verständnis über die Sektorengrenzen hinweg.

Zum Schluss soll noch angemerkt werden, dass ein solches Projekt nur funktionieren kann, wenn eine sehr vertrauensvolle Beziehung zwischen den handelnden Personen besteht. In unserem Fall hat sich das erforderliche Vertrauensverhältnis über die Sektorengrenzen hinweg in den letzten Jahren sehr positiv entwickelt. Wir wollen das Projekt in Schleswig-Holstein zwar anschieben, aber gleichzeitig muss klar sein, dass dies verbunden ist mit einem hohen persönlichen Engagement und finanziellen Nachteilen bei allen Beteiligten. So verzichtet die Klinik zumindest stundenweise auf die Arbeitskraft der Assistenten und der niedergelassene Kollege investiert unbezahlte Zeit in die OP-Assistenz. Keinesfalls darf von diesem Projekt also die Botschaft ausgehen, dass es der Königsweg bei der Weiterbildung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen ist. Vielmehr soll es sich um eine Machbarkeitsstudie handeln, die im Erfolgsfalle zwingend eine auskömmliche Finanzierung zur Folge haben muss.

## Literatur

[1] Ansorg, J., Krüger, M., Vallböhmer, D.: Assistentenumfrage des BDC 2011. *Passion Chirurgie*. 2011 Juli 1(7) Artikel 02\_02

[2] Kopetsch, T.: Dem Deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! 2010 Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin ISBN 978-3-00-030957-1

[3] Korzilius, H., Hibbeler, B.: „Ja“ zur ambulanten Weiterbildung, „weiter so“ zur Novelle. *Deutsches Ärzteblatt*. 2013 110 A 1152

[4] Krüger, C.M.: Wer operiert uns, wenn wir alt sind? *Chirurgische Praxis*. 2012 74 S. 371

[5] Münzberg, M., Perl, M., Depeweg, D.: Junges Forum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. *Unfallchirurg*. 2013 116 S. 6

[6] Perl, M., Stange, R., Niethard, M., Münzberg, M.: Weiterbildung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. *Unfallchirurg*. 2013 116 S. 10

[7] Schmitz, R.: Nachwuchs und Weiterbildung in der Chirurgie – unkonventionelles Denken ist gefragt. *Passion Chirurgie*. 2013 Januar 3(1) Artikel 03\_02

Schmitz R. *Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel. Passion Chirurgie*. 2015 August, 5(08): Artikel 02\_08.