

Überlegungen eines langjährigen Chefarztes der Chirurgie

Braucht die medizinische Ausbildung einen Paradigmawechsel?

Paul Biegger

Dr. med., Senior Consultant Chirurgie, Regionalspital Locarno

Unterschiedliche Gründe haben dazu geführt, dass sich die Situation in der medizinischen Ausbildung dramatisch verändert hat [1]. Fehlende zeitliche Ressourcen aufgrund zunehmender administrativer Tätigkeiten oder der Dokumentationspflicht stellen ein Beispiel dar. Betroffen davon sind sowohl auszubildende als auch auszubildende Ärzte.

Für das menschliche Empfinden ist die kontinuierliche Veränderung unserer Umwelt sichtbar, aber offensichtlich schwer zu akzeptieren. Wir suchen Sicherheit bei Bewährtem, das wir kennen. Das gilt speziell für menschliche Beziehungen, sei es in familiärem wie auch professionellem Milieu. Der gesellschaftliche Hintergrund und kulturelle Kontraste sprengen jedoch diesen «intimen Rahmen» aufgrund der Globalisation in der Kommunikation und führen zu einer immer schnelleren Gangart. Divergenzen in der Wertevorstellung zwischen verschiedenen Generationen werden als Hindernisse erlebt, führen heutzutage jedoch weniger zur Rebellion, sondern eher zur Kapitulation [1, 2].

Irritation beim Kader – Resignation bei den jungen Ärzten

Nach meinem Ausscheiden als Chefarzt arbeite ich in einer selbstgewählten Rolle als Ausbilder für Studenten im Praktikum und Ärzte in der klinischen Ausbildung.

Die Realisierung dieser Tätigkeit ist nicht einfach, weil meines Wissens offiziell in dieser Form nicht existent. Es gelingt besser bei den cand. med., weil sie mehr Freiheit von der täglichen Routine geniessen. Die Erwartungen sind anfänglich an die Art der universitären Wissensvermittlung gebunden: Informationen auffangen und speichern. Die «akademische» Verwertung in freier Assoziation fällt ihnen schwer, wie auch das Ordnen und Kombinieren mit der Realität oder an einem realen Patienten mit einer speziellen Problematik [4, 5]. Auch fehlt das Bewusstsein, dass ohne klare Indikation diagnostische Massnahmen und Therapien ökonomisch nicht vertretbar sind und für die Betroffenen häufig negative Folgen haben können [6, 8].

Assistenten werden von der täglichen Routine «konsumiert», wie es Betroffene ausdrücken. Die Dokumentationspflicht, erleichtert und kompliziert durch die Informatik, vor allem aber mit der Tendenz auszuweichen, frisst offensichtlich Energien und Zeitressourcen, die an anderer Stelle fehlen: beim Selbststudium (praktisch inexistent), der Abteilungsarbeit und Beschäftigung mit dem Patienten und seiner kontinuierlichen Beurteilung. Teamwork lernen die Wenigsten während des Studiums, denn Memorieren ist meist Einzelarbeit – und trotzdem erhält das Erstere bei der praktischen Arbeit sofort einen hohen Stellenwert, insbesondere, weil das Pflegepersonal diesbezüglich im Vorteil und grundlegend geschult ist [9].

Die Millennials- oder Y-Generation hat zudem ein anderes Profil und Vorstellungen von Lebensqualität und beruflicher Gestaltung. Persönlich beeindruckt bin ich von der Tatsache, dass hierarchische Gefüge, wie noch überall mehr oder weniger in Gebrauch, eine produktive Kollaboration mit den Jungen eher behindern. Sie suchen hingegen regelmässige Rückmeldungen mit von ihnen «gewählten» und für sie

Avons-nous besoin d'un changement de paradigme?

Si l'évolution durable et toujours plus rapide de l'environnement est bien connue, certains domaines «définis» cherchent à se maintenir coûte que coûte alors que d'autres ont déjà disparu. La formation de nos médecins est un exemple qui pourrait bien devenir problématique. L'auteur, qui a travaillé trente ans comme médecin-chef dans le service de chirurgie d'un hôpital régional et qui poursuit son engagement dans la formation de la relève après avoir quitté ses fonctions dirigeantes, est au cœur de tous ces changements. Une situation qui représente avant tout une chance même si un changement de paradigme serait probablement nécessaire pour trouver des solutions efficaces tenant compte des exigences multiples de la formation et de la philosophie du travail plus «souple» de la jeune génération. L'engagement de confrères émérites dans la formation médicale pourrait représenter une stratégie répondant aussi bien à leurs propres besoins qu'à ceux des médecins-assistants sachant que de nombreux médecins estiment que la retraite officielle n'est pas synonyme d'un arrêt définitif de la profession et deviennent d'excellents enseignants dotés d'une grande expérience professionnelle.

Nous serions donc bien inspirés de développer un cursus en ce sens.

«kompetenten» Referenzpersonen. Dies erleben wir älteren Babyboomer als irritierend und gewissermassen bedrohlich [2].

Arbeitskontrakte mit zeitlich limitierter Präsenz, Sicherheitsbestimmungen zum Wohl von Arbeitnehmern und Patienten und der Mangel an «Generalisten-Ausbildern» in der Peripherie rufen nach einer kontinuierlichen numerischen Aufstockung ärztlicher Mitarbeiter. Dabei fällt das Verhältnis in der Ausbildung sehr zu Ungunsten des Auszubildenden aus. Gleichzeitig ist auch das Kader in diesen Belangen überlastet. Eine persönliche Begegnung im Dreieck mit dem Patienten, besonders in der Chirurgie, wird immer seltener und schwerer realisierbar [10]. Grenznahe Kantone wie das Tessin stützen sich bei der Rekrutierung ihrer Ärzte notgedrungen auf den Zustrom aus dem Ausland. Je nach gelebter und lokal imponierender Werteskala gelingt die Integration besser oder kreiert zusätzliche Probleme in der professionellen Umgangskultur.

Unsere Assistenten haben dies zweifellos erfasst. Nach meiner Meinung herrscht weder Desinteresse noch Widerstand, was einer positiven Veränderung förderlicher wäre, sondern eher Resignation [11]. Eine etwas schwierige Ausgangslage, um gemeinsam neue Wege zu finden.

Die Ausbildungskonzepte müssten neu überdacht und ausgerichtet werden

Wir sind damit bei der Feststellung angelangt (die offensichtlich auch der Vorstellung von Werner Bauer, SIWF, entspricht), dass sich die Situation als reif für eine Bestandsaufnahme und neue Inputs präsentiert.

Auf der einen Seite haben wir die Vorlagen (Curricula der Gesellschaften), dann aber die tatsächliche Situation mit Zentralisation von Kompetenzen und Spezialisten, und damit auch Schwächung der Regional-spitäler als primäre Einstiegsinstitutionen für junge Kollegen.

Andererseits zeichnen sich klar die Herausforderungen der Zukunft in Form knapperer finanzieller Ressourcen und Verschiebung der Demographie am nahen Horizont ab. Eine Problemstellung, die einiges abverlangt und als Bearbeiter in erster Linie Generalisten benötigt [12].

Zudem sind wir mit den Vorstellungen unserer jungen Kollegen konfrontiert, die klar Distanz zum Grundsatz «Leben um zu arbeiten» nehmen [1]. Eine positive Wertung ist sicherlich angebracht. Ich könnte mir aber vorstellen, dass damit Einsatz und Zufriedenheit bei der Arbeit selbst nicht zunehmen, weil zum Beispiel die Karriereplanung notgedrungen schwierig und lang-

wieriger wird [18]. Damit verzögern sich auch Übernahme von Verantwortung und Reifung von Entscheidungskompetenzen.

Erschwerend wirkt, dass wir uns meist noch in einer Arbeitssituation umtun, die autoritär strukturiert und nach den Bedürfnissen der vorangegangenen Generation ausgerichtet ist.

Assistenten werden von der täglichen Routine «konsumiert», wie es Betroffene ausdrücken.

Auf Seiten der Erkenntnisse ist in den letzten Jahren viel Neues dazugekommen (Prinzipien von Leadership, wie Wissen effektiv verarbeitet und wie neue Techniken unter Zeitdruck vermittelt werden können) [10, 13]. Das Informationsangebot ist immens und stets zugänglich. Intelligente «Filter» fehlen. Deshalb sind wir mit einer Situation der unkontrollierbaren Informationsberieselung und -anhäufung konfrontiert. Dank der Computertechnik wird zusätzlich sehr viel dokumentiert, eine Limitation ist nicht absehbar. Obwohl eigentlich sehnlichst erwartet, konnte der Papierkrieg weder eliminiert noch vermindert werden. Eine Situation ohne Aussicht auf baldige Erleichterungen.

Diese Umstände komplizieren die Situation für das Kader wie auch für die Kollegen in der Ausbildung. Um neue Ansätze zu finden, sollte ein positiver Input gerade von den Betroffenen selbst kommen, weil ein «Fassen» der Massnahmen von der Disponibilität und Kollaboration aller Mitspieler abhängt.

Angehörige der Millenniumsgeneration verhalten sich nach den oben erwähnten Kriterien und verdienen eigentlich einen gangbaren «Ausweg» aus dem Circulus vitiosus.

Theorie und praktisches Know-how prävalent persönlich vermitteln

Keine Neuerung, die Realisation müsste aber neu erfunden werden [14, 15]. Die Euphorie der finanziellen Unbegrenztheit ist vorbei, es herrscht Skepsis bezüglich weiteren Wachstums. Unser Leitmotiv heisst jetzt Informatik und Technik. Beides verlangt Fähigkeiten, Ausbildung, aber auch eine Basis, auf der sich alles abstützen kann [12]. Für lange Zeiten hiess dies Grundkenntnisse, Grundwissen, heute wird es mit «Common Trunk» umschrieben. Die Vermittlung stösst auf Grenzen, wie wir oben beschrieben haben.

Aus eigener Erfahrung kann ich aber bestätigen, dass Wille und Verständnis für dieses Anliegen vorhanden sind. Gegen Ende des Studiums (Praktika) ist die Motivation sehr gross, auch das Bestreben, sich aktiv um etwas zu bemühen. In den ersten Assistentenjahren

(vor allem dem ersten ...) folgt Ernüchterung und Resignation. Ein Rückzug auf «Pflichtübungen», wo Enthusiasmus und Neugier auf Sparflamme laufen. Das Angebot an E-Learning, Simulationen und Labortraining befriedigt in erster Linie das praktisch-manipulative Bedürfnis und die Wissensakkumulation, ohne die ärztlich-ethische Grundlage zu fördern. Das theoretisch angesammelte Wissen braucht eine kritische Auseinandersetzung und Konfrontation mit dessen tatsächlicher Anwendung, die am besten in der Diskussion mit einem Experten der Praxis zum Tragen kommt. [15]. Es scheint zudem heutzutage kaum mehr vertretbar, nach Automatismen zu handeln, ohne zuvor verantwortungsvoll alle Möglichkeiten unter dem Aspekt der Angebrachtheit, Einfachheit, Effizienz und Ökonomie geprüft zu haben [16]. Dazu braucht es Zivilcourage und Ethik – und die lernt man bei einem «Vorbild». Auch wenn wenig Zeit bleibt – auf beiden Seiten. Der eine hat wenig davon, weil überlastet; der andere hat keine Zeit, weil sein tägliches Pensum nach Kontrakt ausgeschöpft ist.

Obwohl eigentlich sehnlichst erwartet, konnte der Papierkrieg weder eliminiert noch vermindert werden.

Um wirksam eingreifen zu können, gibt es sicherlich zwei Wege: Wir entlasten die Assistenten nach dem Modell der *clinical nurse*, im angelsächsischen Raum bereits praktiziert, oder versuchen bei der ärztlichen Ausbildung mit einer neuen Methode anzusetzen (*empowerment* der ärztlichen Ausbildung). Ich denke an eine primär effiziente Ausbildung wie oben beschrieben, vermittelt in kleinen Schüben und Zeiträumen, die neben der Routinearbeit noch zur Verfügung stehen. Ausbilder können nicht mehr als Norm auf fixe Ausbildungszeiten und ein komplettes Publikum zählen. Hinzu kommt: Je grösser das Publikum, desto schwieriger ist es, die Aufmerksamkeit hoch zu halten, und desto höher sind die Ansprüche an den Vortragenden/ Verantwortlichen. Vom «Dauereffekt» der Bemühungen ganz zu schweigen [13, 17]. Experimente in grösserem Rahmen haben keinen durchschlagenden Erfolg gezeitigt. Die gewählten Methoden (z.B. *blended learning*) sind sicher überzeugender wie die alleinige frontale Lektion basierend auf Power Point, der Aufwand jedoch nicht proportional zur Anzahl erfasster Kandidaten [17]. Korrektive Massnahmen top-down (z.B. *choosing wisely*) scheinen mir ungünstig, sie fördern kein akademisch verantwortliches Denken, sondern sind eindeutig repressiv – lähmend und nur beschränkt edukativ. Es bleiben zwei Ansätze, die funktionieren könnten:

Im Zeitalter der beruflichen Überlastung Ausbilder der pensionierten Klasse rekrutieren (grosse Erfahrung, geduldig, flexibel, geeignet für Teilzeitaufträge, ideal für die Arbeit mit kleinen Gruppen) und die Kandidaten daran gewöhnen. Es braucht dazu meist keine grossen Anstrengungen. «Tote» Zwischenzeiten von 30–45 Minuten benutzen. Die Kandidaten organisieren sich selbst mit dem Ausbilder. Diese Anforderungen erziehen dazu, mit der reduzierten Arbeitszeit ökonomischer umzugehen und Eigeninitiative zu entwickeln [12]. Die Ausbildungsmethodik erlaubt ausserdem, Assistenten sowohl der Chirurgie wie auch der Medizin, evtl. anderer Spezialfächer, zusammen zu nehmen, was aus gruppenspezifischer Hinsicht Vorteile bringt und auch für kleinere Spitäler machbar scheint. Es hängt natürlich davon ab, ob sich die Kollegen Chefärzte für dieses Modell begeistern können und in ihrem Betrieb diese Arbeitsphilosophie unterstützen werden. Der Anfang bei uns zeigt sich vielversprechend.

Literatur

- 1 Schmidt C. Generation Y. Portrait einer neuen Mitarbeitergeneration. Nr. 518, Jan/Feb 2013. 58. Jahrgang.
- 2 Karschnick R. Generation Y. Es menschelt in der Arbeitswelt. Zeit ONLINE 8. Aug. 2013.
- 3 ten Cate O, Joung JQ. The Patient Handover as an entrustable professional activity: adding meaning in teaching and practice. *BMJ Qual Saf* 2012;21:Suppl 1:i9-12.
- 4 ten Cate O. Nuts and Bolts of Entrustable Professional Activities. *J Grad Educ* 2013 Mar, 5(1):157-8.
- 5 Kind T. Social Media Milestones: Entrusting Trainees to Conduct Themselves Responsibly and Professionally. *J Grad Med Educ* 2014 Mar, 6(1):170-1.
- 6 Zelditch M. Mentor Roles. Proceedings of the 32nd Annual Meeting of the Western Ass of Grad schools, Tempe, Arizona 16–18 mar. 1990.
- 7 Johnston J. Mentoring Graduate Students. The Vanderbilt University College of Arts & Science during the 2007–2008 Academic Year.
- 8 Kavic MS. Competency and the six core competencies. *JSL* 2002 Apr–Jun, 6(2):95-7.
- 9 ten Cate O, Young JQ. The Patient Handover as an entrustable professional activity: adding meaning in teaching and practice. *BMJ Qual Saf* 2012;21:Suppl 1:i9-12.
- 10 Steinert Y, Snell L. Interactive Lecturing: Strategies for increasing participation in large group presentations. *Fac of Med, McGill University, Canada.*
- 11 Karschnick R. Generation Y. Es menschelt in der Arbeitswelt. Zeit ONLINE 8. Aug. 2013
- 12 Vester F. Die Kunst vernetzt zu denken. Ideen und Werkzeuge für einen neuen Umgang mit Komplexität. Ein Bericht an den Club of Rome. (2002) dtv.
- 13 Cashin WE. Effective Lecturing. The Idea Center Manhattan. Kansas State University (2010).
- 14 Stangl-Taller. Lernstrategien – Lerntypen – Lernstile. ARBEITSBLAETTERLERNEN. 25.01.16; www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/LERNEN/LERNSTRATEGIEN.shtml
- 15 Berberat PO. Zukunft der ärztlichen Weiterbildung. EPAs statt Lernziele? Symposium für ärztliche Weiterbilder. USZ (2016).
- 16 Vester F. Denken, Lernen, Vergessen. dtv (2014).
- 17 Kadmon M. Virtual Reality Training versus Blended Learning of Lap Cholecistectomy. *Medicine*. Baltimore. (May 2015).
- 18 Biegger A, de Geest S, et al. The 'magnetic forces' of Swiss acute care hospitals: A secondary data analysis on nurses' job satisfaction and their intention to leave their current job. *NursingPlus Open* Vol. 1 – 2 pp. 1–18 (2015).

Korrespondenz:
 Dr. med. Paul Biegger
 Senior Consultant Chirurgie
 Via all'ospedale 1
 CH-6600 Locarno
 Paul.biegger[at]eoc.ch