

„Entscheidend sind Netzwerke“

Interview mit Prof. Dr. med. N. Demartines und PD Dr. med. O. Hausmann

Chirurgische Aus- und Weiterbildung ist die Domäne der öffentlichen Spitäler. Privatkliniken haben sich in der Vergangenheit – auch aus finanziellen Gründen – nur marginal mit Assistenzärzten beschäftigt. Das liesse sich – zum Vorteil für alle Beteiligten – ändern.

Das Interesse der privaten Häuser an Aus- und Weiterbildung ist mittlerweile gestiegen, stösst aber auf Schwierigkeiten. Die Beteiligung junger Ärzte an Operationen setzt mehr Transparenz gegenüber den Patienten voraus. Zu lösen ist ausserdem die Frage der Qualität. Ausländische Beispiele zeigen jedoch, dass öffentliche und private Institutionen in der Weiterbildung erfolgreich zusammenarbeiten können. Ein Modell für die Schweiz? Im Salt-and-Pepper-Gespräch vertritt Nicolas Demartines, Chefarzt Chirurgie am Universitätsspital Lausanne, die Position der öffentlichen Institutionen. Oliver Hausmann, Facharzt Neurochirurgie an der Hirslanden Klinik St. Anna in Luzern, bringt die Perspektive des Privatspitals ein. Das Gespräch moderierte Walter Ganter.

Die öffentlichen Spitäler sind anerkanntermassen ideal für die chirurgische Weiterbildung. Sollte sie daher exklusiv in einer öffentlichen Institution erfolgen?

Demartines: Nicht unbedingt, es gibt auch Beispiele im Ausland, wo die Weiterbildung in privaten Spitälern sehr gut funktioniert. Entscheidend sind die Rahmenbedingungen, welche eine professionelle Aufsicht der Ärzte in Ausbildung garantieren. Das ist in der Schweiz heute nicht gegeben. Würde man aber diesen Rahmen definieren und Assistenzärzte nicht einfach als billige Arbeitskräfte ansehen, könnte ich mir private Formen der Weiterbildung sehr gut vorstellen.

Welche Bedingungen müssten erfüllt sein?

Demartines: Konkret stelle ich mir vor, dass dies erstens im Rahmen von Weiterbildungsstätten standardisiert werden muss, da diese eine Pflicht zur Weiterbildung haben. Ausserdem wäre es gut, wenn sich eine Privatklinik, wie zum Beispiel die Hirslanden-Gruppe, an einem Pflichtenheft beteiligen könnte. Ein anderer Aspekt ist vielleicht ein bisschen schwieriger zu realisieren: Die Kultur in der Schweiz ist bis heute, dass Patienten, die in ein Privatspital gehen, erwarten, von ihrem behandelnden Chirurgen operiert zu werden. Wenn der operierende Chirurg zusammen mit dem Assistenten die Operation macht, transparent und natürlich unter totaler Aufsicht eines Profichirurgen, sehe ich keine grossen Probleme. Dies müsste aber einerseits von der Direktion in den Privatkliniken, andererseits auch vom Privatchirurgen selber und last, but not least vom Patienten akzeptiert werden. In öffentlichen Spitälern muss man zwei Sachen unterscheiden. Es gibt die Unispitäler, welche gut ausgerüstet sind mit prä- und postgraduierten Weiterbildungen. Dann gibt es die Regional- oder Kantonsspitäler. Die viel grösseren wie St. Gallen, Luzern oder vielleicht sogar Fribourg können Weiterbildungen anbieten. Die kleineren Häuser müssten sich dagegen mehr mit den grösseren vernetzen,

damit sie die zusätzliche Weiterbildung anbieten können. Ein weiteres Problem ist die dramatische Inflation an Weiterbildungsangeboten. In jeder Ecke gibt es Weiterbildungen, die vielleicht manchmal nicht nur der Bildung dienen, sondern auch dem Ego gewisser Personen. Noch einmal: Der Vorteil liegt bei den öffentlichen Spitälern, die eine adäquate Struktur und gewisse Mittel für die Ausbildung haben sowie eine Ausbildungstradition. Man könnte dies aber ändern.

Wie sehen die Weiterbildungsstrukturen im Privatspital aus?

Hausmann: Sofern ein Haus von der FMH als Weiterbildungsstelle anerkannt wird, kann eine Privat-klinik eine ideale Plattform bieten. In der Regel sind die Chirurgen in ihrem Fachgebiet sehr erfahren und geben ihr Wissen gern weiter. Da liegt ein enormes Potenzial und es wäre schade, wenn es verloren ginge. Es gibt aber auch die erwähnten Unterschiede. Die Patienten kommen eigentlich mit der Erwartung, dass sie vom Belegarzt oder vom Fallführer exklusiv behandelt werden. Das sollte grundsätzlich auch so bleiben. Im Rahmen der Weiterbildung ist es allerdings durchaus möglich, die Assistenzärzte einzubeziehen. Das erfordert aber, wie schon gesagt, Transparenz. Es muss zwischen den Patientenkategorien unterschieden werden. Ich denke, dass dies beim Privatpatienten nicht möglich ist. Bei uns in der Klinik haben wir sehr viele grundversicherte Patientinnen und Patienten, bei denen es erlaubt ist, auch Eingriffe von Ärzten in Weiterbildung ausführen zu lassen.

Dies ist aber auch im öffentlichen Spital so, dass Patienten je nach Versichertenklasse vom Assistenten operiert werden können, während die Privatpatienten vom Chef operiert werden.

Demartines: Das gibt mir die Gelegenheit, etwa Salz und Pfeffer zu verstreuen. Die angelsächsische Struktur erlaubt auch, dass die Privatpatienten – nicht gerade von einem Assistenzarzt, aber von einem Oberarzt unter der Aufsicht eines Chefs – operiert werden können. Der Chef ist von Anfang bis zum Schluss da, macht vielleicht den schwierigsten Teil der Operation selbst, erlaubt aber, dass Eröffnung, Vorbereitung und Approach vom Oberarzt gemacht werden. Daran ist nichts problematisch. Ich würde mich selbst auch auf diese Art operieren lassen. Wenn wir eine solche Operation planen, gehe ich zusammen mit meinem Oberarzt zum Patienten und erkläre, dass wir die Operation zusammen gemacht werden. Ich sage vielleicht nicht, er macht auf und ich mache dies und das, aber ich lasse klar durchblicken, dass die Operation zusammen gemacht wird und dass der Vorteil für den Patienten darin besteht, dass nicht nur ich den Patienten auf der Abteilung in der postoperativen Phase begleiten werde, sondern auch der Oberarzt und die Assistenz. Voraussetzung ist eine ausgezeichnete Zusammenarbeit und eine klare Struktur.

Hausmann: Das sehe ich für das Privatspital ganz analog. Ich glaube, die Möglichkeiten, den Patienten so durch die verschiedenen Strukturen gemeinsam zu betreuen, sind genau gleich gegeben. Mit dieser Lösung haben wir eigentlich sehr gute Erfahrungen gemacht.



Es gibt Beispiele im Ausland, wo beide Systeme nebeneinander sehr gut funktionieren. Können Sie das bestätigen?

Demartines: Absolut. Die Mayo-Clinic ist eine Privatstiftung, die Mount Sinai in New York ebenso. Wenn der Chef dort seinen Mitarbeitern nicht regelmässig beim Operieren assistieren will, gibt dies einen Negativpunkt. Ich sage nicht, dass ich dies in der Schweiz möchte, aber es ist so, dass es in Amerika verpflichtend ist, den Jungen zu assistieren.

Hausmann: Ich kenne dies von England auch so. Die Chirurgen arbeiteten eigentlich an zwei Stellen, im öffentlichen Haus und zusätzlich auch in Privatkliniken. Häufig nahmen sie die Assistenz mit. Die Assistenten waren teils fix in einer Privatklinik angestellt und erhielten von dort auch das Teaching vom Chefarzt. Dies hat sehr gut funktioniert.

Schön, Sie sind sich einig. Jetzt aber doch die Salz-und-Pfeffer-Frage: Wie soll man denn die Weiterzubildenden verteilen? Sollten die Universitäten eine Quote erstellen müssen oder müssen die Institutionen miteinander kooperieren?

Demartines: Quoten gefallen mir nicht. Ausschlaggebend sollten die Voraussetzungen der FMH sein. Erfüllt eine Privatinstitution diese, würde ich sogar befürworten, dass dies anerkannt würde für eine gewisse Anzahl von Jahren, abhängig von den angebotenen Möglichkeiten. In den Privatspitälern gibt es fantastische Profis mit riesiger Erfahrung. Davon können alle enorm profitieren.

Hausmann: Entscheidend sind Netzwerke. Wir haben mit dem Kantonsspital Aarau bereits eine enge Kooperation. Die Assistenzärzte, hauptsächlich in der spinalen Chirurgie, kommen zu uns in die Klinik und gewinnen Expertise, die sie sich im öffentlichen Haus in diesem Subfach eigentlich nicht erarbeiten können.

Sind in Zukunft also bilaterale Abkommen möglich?

Hausmann: Genau, schlussendlich ist es dann eine Win-win-Situation für das öffentliche wie das private Haus.

Demartines: Das haben wir in Lausanne auch. Wir machen Operationen in Zusammenarbeit mit zwei verschiedenen Privatinstitutionen in Lausanne, und das funktioniert gut.

Wir haben von Prof. Demartines schon gehört, welche Anforderungen das öffentliche Spital für eine effiziente Weiterbildung erfüllen muss. Frage an Herrn Hausmann: Welche Grösse braucht ein Privatspital oder gibt es andere Anforderungskriterien?

Hausmann: Ich möchte eigentlich nicht die Grösse definieren, ich möchte dies eher über die Motivation der Ausbildungsstätte definieren. Ich glaube, es braucht mindestens drei Seniorchirurgen, die für die Weiterbildung geradestehen. Entscheidend ist die Motivation, Wissen weiterzugeben. Aber: Etabliert eine Privatklinik, in der die Arbeitsabläufe enorm gedrängt sind, eine Weiterbildungsstelle, muss sie zusätzliche Strukturen schaffen. Ich selbst habe die Erfahrung gemacht, dass es in der Weiterbildung ein Geben und Nehmen gibt. Der Auszubildende oder der Weiterzubildende kann einem Arbeit abnehmen, kann zum Beispiel eröffnen oder zumachen. Im nächsten

Schritt gewinnt man wieder Zeit, wenn man etwas abgeben darf. Auf der anderen Seite braucht es dann wieder ganz klar mehr Zeit für ein Teaching.

Kann man chirurgische Weiterbildung in Zukunft überhaupt noch finanzieren?

Demartines: Das ist leider offen. Punkte Effizienz sind die öffentlichen Häuser im Nachteil, weil die Wartezeiten zwischen zwei Operationen viel grösser sind als in einer privaten Institution, wo das Geld eine grosse Rolle spielt. Theoretisch haben wir auch strengere Budgets und weniger Freiheit. Aus- und Weiterbildung nehmen enorm viel Zeit in Anspruch. Bis jetzt finanziert die Universität marginal mit. Wie dies nach Einführung der DRGs aussehen wird, weiss ich nicht. Ein anderer Punkt ist: Vielleicht muss man eine gewisse Anzahl von Komplikationen in Kauf nehmen, wenn gewisse Schritte durch einen Lernenden durchgeführt werden. Da stellt sich natürlich die Frage, wie weit man gehen darf. Manchmal fragt man sich: Wenn ich die Anastomose doch selber gemacht hätte, wäre dort kein Leck entstanden. So was muss man akzeptieren können, es gehört dazu und ich weiss nicht, inwiefern dies in einer Privatklinik möglich ist.

Wer bezahlt denn die Weiterbildung im Privatspital?

Hausmann: Bis jetzt haben wir dies mit eingeschleust. Die Operationen gehen ja dann teilweise tatsächlich länger. Die Kosten wurden von der Klinik übernommen respektive von der Anästhesie, welche längere Vorhalteleistungen aufbringen musste. Das Problem mit dem erhöhten Risiko von Komplikationen sehe ich schon auch so.

Gibt es chirurgische Spezialdisziplinen, welche sich besonders für die Weiterbildung im Privatspital eignen?

Hausmann: (Lacht.) Nein, ich glaube, es gibt kein leichteres oder schwereres chirurgisches Fach.

Demartines: Für Transplantationen gelten besondere gesetzliche Regelungen. Und bestimmte seltene Operationen sind für ein Voll-Teaching nicht geeignet. Aber sonst gibt es in meinen Augen keine Disziplinen, die besser im privaten oder öffentlichen Spital ausgebildet respektive weitergebildet werden sollten.

Was können Sie jungen Kollegen für die chirurgische Weiterbildung empfehlen?

Demartines: Es ist wichtig, dass die Leute eine gewisse Vorstellung davon haben, welche Richtung sie einschlagen möchten und dass sie Energie und Enthusiasmus mitbringen. Es ist klar, dass in einem kleinen Haus die Ambiance netter ist als in einem grösseren Haus. Ein grosser Teil der Ausbildung muss aber auch in grösseren öffentlichen Häusern stattfinden, nicht nur in den Universitätsspitalern, sondern auch in grösseren Kantonsspitalern.

Hausmann: Das kann ich nur unterstützen. Die Jungen benötigen eine vielschichtige Ausbildung. Dazu gehört ganz klar die Primärausbildung im öffentlichen Hause. Daran sollten sich Lehre und Forschung anschliessen. Dies können die Privaten weniger gut anbieten. Abgesehen davon können wir Privaten den Ärzten in Weiterbildung wirklich Vieles bieten und unsere Angebote in naher Zukunft noch weiter ausbauen.