

Verstärkung für das Editorial Board

Swiss knife begrüsst zwei neue redaktionelle Mitglieder.

Corina Kim-Fuchs, Nachfolgerin von Rachel Rosenthal, ist Oberärztin Stv. am Inselspital Bern. Sie absolvierte ihr Medizinstudium in Basel und arbeitete anschliessend in Samedan, wo sie zeitweise Mannschaftsärztin des EHC St. Moritz war, und in Aarau. Im Vorstand der SGC vertritt sie die Oberärzte.



Christian Toso ersetzt Frédéric Ris. Toso ist als Oberarzt Stv. am Unispital Genf aktiv, wo er auch studierte. Seine Ausbildung führte ihn nach Yverdon, Uster und zurück nach Genf. Im kanadischen Edmonton war er zwei Jahre lang als Clinical Fellow beschäftigt.



Swiss knife dankt Rachel Rosenthal und Frédéric Ris für ihr wertvolles Engagement und freut sich auf die Zusammenarbeit mit den neuen Mitgliedern.

Internationale Anerkennung für Beat Gloor

Prof. Beat Gloor, Leitender Arzt an der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin am Berner Inselspital, nimmt Einsitz in bedeutende internationale Gremien. Die European Digestive Surgery (EDS) hat ihn zum Präsidenten des Scientific Committees gewählt. Die United European Gastroenterology Federation hat ihn als Mitglied in ihr Scientific Committee aufgenommen. Kolleginnen und Kollegen, die Mitglied bei der EDS werden möchten, können sich bei Prof. Gloor melden oder direkt die Website von EDS kontaktieren.



Coup d'oeil: Eine neue Rubrik in *swiss knife*

Swiss knife ermöglicht ab sofort die Veröffentlichung von interessanten und innovativen case reports. Für den chirurgischen Nachwuchs ist das Beschreiben eines besonderen Falles oft eine gute Möglichkeit für erste wissenschaftliche Veröffentlichungen. Viele chirurgische Journale sind inzwischen leider dazu übergegangen, die Mehrzahl der eingereichten Manuskripte direkt abzulehnen oder aber case reports generell nicht mehr zu veröffentlichen. Um diese Lücke zu schliessen und einen Anreiz für wissenschaftliches Schreiben zu schaffen, bietet *swiss knife* Assistenzärzten/innen, welche in einem chirurgischen Departement in der Schweiz arbeiten, die Möglichkeit, ihr Manuskript in *swiss knife* zu veröffentlichen.

Eingereichte Manuskripte (www.swiss-knife.org) unterliegen einem Reviewing-Prozess mit schriftlicher Rückmeldung. Akzeptierte Manuskripte werden online auf unserer Website veröffentlicht. Die besten Manuskripte erscheinen zusätzlich in einer der folgenden Ausgaben von *swiss knife*.

Wir hoffen, mit unserer neuen Rubrik den Interessen des forschenden Nachwuchses zu entsprechen und freuen uns auf eine rege Beteiligung. Bei Fragen oder Anregungen wenden Sie sich bitte an editor@swiss-knife.org.

Anforderungen

Der Erstautor muss Assistenzarzt/-ärztin in einer chirurgischen Abteilung in der Schweiz sein. Das Manuskript kann in Englisch, Deutsch oder Französisch geschrieben sein und beschreibt einen neuen oder interessanten Aspekt einer chirurgischen Erkrankung oder Therapie. Der Text ist auf 4000 Zeichen (inklusive Leerzeichen), maximal zwei Bilder oder Tabellen in guter Qualität und maximal zehn Referenzen limitiert. Der case report beginnt mit einer pointierten Zusammenfassung von maximal 50 Worten.

Verzweifelter Assistenzarzt: ein Einzelfall?

Betrifft: Kodieren oder kapitulieren – ein Assistenzarzt schreibt sich den Frust vom Leib; *swiss knife* 2009; 4

Gerne möchten wir als FJC zum in der letzten Ausgabe veröffentlichten Leserbrief eines verzweifelten Assistenzarztes Stellung nehmen. Die Schilderungen sind zweifellos unterhaltsam. Die meisten Leserinnen und Leser gehen wohl von einem Einzelfall aus, werden sich bei der Lektüre entweder amüsiert und vielleicht etwas geärgert haben: Was für ein Freak, fehlende Belastbarkeit. Und das Klischee wird für den einen oder anderen wieder zementiert: Die junge Generation will nur Spass haben und beklagt sich dauernd.

Aber handelt es sich wirklich um einen Einzelfall? Und: Ist das Lamentieren wirklich grundlos? Wir meinen nein. Immer mehr Assistenzärzte/innen fühlen sich angesichts der tagesfüllenden administrativen Belastung vollkommen überflüssig. Die eigentliche Kernkompetenz – Arzt bzw. Ärztin sein – rückt immer mehr in die Ferne. Und wer sich nicht gebraucht fühlt, ist frustriert. Kritiklos wird jegliche neue administrative Aufgabe, die in einer Klinik anfällt, den Assistenzärzten/innen aufgebürdet. Immer wieder erfrischend sind diesbezüglich Gespräche mit ausländischen Kollegen, die in Ländern arbeiten, in denen die Ärztedichte niedriger ist. Sie können unsere Schilderungen meist gar nicht glauben. Wenn die Ressource „Arzt“ knapp ist, werden Arbeiten, die nicht zur ärztlichen Kernaufgabe gehören entweder von anderen Mitarbeitern erledigt oder – falls das nicht möglich ist – schlicht abgeschafft.

Ein weiterer Punkt, der das Gefühl, überflüssig zu sein, verstärkt, ist das immer seltener werdende eigenverantwortliche Arbeiten auf der Stufe Assistenzarzt/in. Alles will supervisiert sein, eigene Vorschläge sind kaum gefragt. Wir meinen, die Belastung und Frustration der jungen Generation sollte ernst genommen werden und die Befreiung der Assistenzärzte/innen von Belastungen, die fern jeglicher Kernkompetenz liegen, sollte unbedingt in Angriff genommen werden. Fragen Sie sich selbst: Wie viele Stellenprozente werden in meiner Klinik von Assistenzärzten/innen für administrative Arbeiten verwendet? Muss das so sein? Und: Kann ich meinen Assistenzärzten/innen nicht mehr Eigenverantwortung zumuten?

In diesem besonderen, geschilderten Fall eines verzweifelten Assistenzarztes mündet die komplette Frustration offensichtlich in einem Burn-out. Wir empfehlen die Lektüre eines jüngst im Archives of Surgery publizierten Artikels (Balch CM, Freischlag JA, TD Shanafelt. Stress and Burn-out Among Surgeons. Archives of Surgery, Vol.144, p. 371-376, April 2009). Ein Burn-out oder ein drohendes Burn-out ist keine Seltenheit und sollte thematisiert werden: vom Betroffenen, von den Vorgesetzten, vom Team. Weiter möchten wir auf die Arbeit der Remed hinweisen, ein Netzwerk, das in solchen Situationen Ärzten/innen Hilfeleistungen bietet (www.swiss-remed.ch, Hotline: 0800 0 73 633).

Im Namen des Forums Junger Chirurgen

Dr. Bettina Wölnerhansen

Präsidentin FJC

Opernsaal oder Operationssaal

Betrifft: Kodieren oder kapitulieren – ein Assistenzarzt schreibt sich den Frust vom Leib – swiss knife 2009; 4

Das schweizerische Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren grundlegende Veränderungen erfahren. Ein zuvor weitgehend geschütztes und geregeltes System bricht unter finanziellem und demographischem Druck auf. Ein gesellschaftlicher Trend zur Konsumhaltung im Medizinalbereich, verbunden mit der an sich durchaus positiven Emanzipation von Patienten drängt in eine ähnliche Richtung. Aus einer ursprünglich sozialen Errungenschaft, der optimalen Gesundheitsversorgung aller, entsteht ein zunehmend geschäftsorientierter Service. Die Krankheit eines Patienten wird differenziert betrachtet und die Betreuung auf verschiedene Disziplinen aufgeteilt. Der leicht „angegraute“ Patron wird abgelöst von einem Team von Spezialisten. Mit der damit verbundenen Anzahl der Leistungsträger nimmt die Verantwortlichkeit des einzelnen Chirurgen ab und der Einfluss des Spitalmanagements dehnt sich aus. Zumindest im stationären Bereich erhält das Arzt-Patienten-Verhältnis den Aspekt einer Dienstleistung und ersetzt die traditionelle Vertrauensbasis. Unter diesen sozialen Rahmenbedingungen und berufsspezifischen Veränderungen wandelt sich das Rollenbild des Chirurgen innerhalb der Gesellschaft.

Parallel zu diesen Entwicklungen hat sich die Wahrnehmung einer Mehrheit des chirurgischen Nachwuchses gewandelt. Eine chirurgische Karriere wird nur als Teil der persönlichen Entwicklung wahrgenommen. Auch während der wichtigsten und fruchtbarsten Zeit der Weiterbildung – als Assistenz- oder junger Oberarzt – steht das Gleichgewicht zwischen Beruf und Freizeit im Mittelpunkt. Dieses Konzept lässt wenig Raum für riskante Herausforderungen oder berufliche Wagnisse. Der Wille dazu ist entsprechend klein. Selbst im universitären Umfeld sind Sicherheiten, Zugeständnisse und ein klarer Zeitrahmen die wichtigsten Forderungen. Administrative Arbeiten, zusätzliche berufliche Verpflichtungen im Spital oder einer Berufsorganisation, werden damit zu Lasten. Leider gerät damit in Vergessenheit, dass aus solchen Aufgaben Verantwortung und später auch Einfluss erwachsen. Die Einführung der Arbeitszeitbeschränkung akzentuiert diese Veränderungen. Es wird einfacher, sich auf das Geforderte zu berufen. Zudem wächst die Zahl derjenigen, die mit weniger Aufwand an dasselbe Ziel wollen – eine unrealistische Entwicklung.

Die Perspektiven für angehende Chirurgen sind zurzeit nicht klar, diese zu beeinflussen liegt nur teilweise in unseren Händen. Es sollte uns hingegen alarmieren, dass die Attraktivität unseres Berufs zunehmend schwindet. Die Lösung dieses Problems liegt meiner Ansicht nach aber nicht darin, zu kapitulieren und Begeisterung, Beharrlichkeit und Risikofreude aufzugeben. Dies kann nicht der Anspruch an den Nachwuchs sein, wenn die Chirurgie in der Schweiz in Zukunft auf hohem Niveau mithalten soll. Im Gegenteil, auch unter dem Damoklesschwert der 50 Stunden Woche sollten wir die oben genannten Eigenschaften fordern und fördern. Die Schaffung von attraktiven Positionen auf allen Stufen, insbesondere auch im Anschluss an die FMH-Weiterbildung, ist dazu notwendig. Gleichzeitig ermöglichen Spitalarztstellen mit definiertem Profil eine Berufsausübung im Rahmen der geregelten Arbeitszeit. Eine kontinuierliche Evaluation und eine Selektion des Nachwuchses sind der Weg, um Attraktivität und Qualität der Chirurgie in der Schweiz zu wahren. Das neue Gesetz verhindert Missbräuche und erleichtert jedem die individuelle Wahl zwischen Opernsaal oder Operationssaal. Es liegt aber an uns, diese Entscheidungen ernst zu nehmen.

Prof. Dr. med. Pierre-Alain Clavien Universitätsspital Zürich

Weiterbildung spielt bei den DRGs keine adäquate Rolle

Betrifft: Interview „Problem DRG: Bleibt die ärztliche Weiterbildung auf der Strecke?“ swiss knife 2009; 3

Die Einführung von Vergütungssystemen nach diagnosebezogenen Gruppen dient primär der Herstellung einer Kostentransparenz und Vergleichbarkeit zwischen Kliniken sowie einer Kontrolle, besser Reduktion, der Kosten im Gesundheitswesen. Wie die derzeitige Situation in Deutschland zeigt, wurden beide Ziele durch das hoch komplexe System der DRGs nur teilweise gelöst und das gesamte System durch Reaktion der einzelnen Interessengruppen im Gesundheitswesen zu Teilen umgangen, sodass die versprochene Kostenkontrolle nicht realisiert werden konnte. So lässt sich über eine „optimierte“ Dokumentation der pro Diagnose zu erzielende Erlös dahingehend optimieren, dass wenig erlösrelevante Leistungen je nach sonstigen Effekten der Darstellung dieser Leistungen dokumentiert werden oder nicht.

Bezüglich der Auswirkungen der Einführung von DRGs auf die ärztliche und pflegerische Aus- und Weiterbildung wurde in Deutschland durch die Unterrepräsentation der bildungsintensiven Universitätskliniken in der initialen Kostenkalkulation ein Kardinalfehler dahingehend begangen, dass Ausbildungskosten entsprechend unterrepräsentiert waren. Zwar bieten die verschiedenen Anpassungsmöglichkeiten in dem „lernenden System DRG“ die Möglichkeit, derartige Kosten über die Personalischkalkulation nachzukorrigieren, dennoch besteht, wie von Bartkowski beschrieben, das Problem, dass durch die Pauschalisierung der Vergütung die Gelder nicht den in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung erbrachten Leistungen folgen.

Wie von Bartkowski angedeutet, reagieren zahlreiche Krankenhäuser auf die bestehende Problematik dahingehend, dass vornehmlich Fachärzte eingestellt werden und Aus- und Weiterbildungsleistungen nicht mehr erbracht werden. Dieses Dilemma ist im deutschen DRG-System wohl erkannt, jedoch bisher nicht quantifiziert worden. Dies liegt sicher zum Teil auch in den fehlenden Methoden zur klaren Erfassung von Ausbildungskosten.

Insgesamt zeigt Bartkowski mit hoher Sachkenntnis die bestehenden Probleme des deutschen DRG-Systems insbesondere die Auswirkungen auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung. Bei dem zunehmenden, auch international bestehenden, Nachwuchsmangel in den chirurgischen Fächern wird man nicht umhin kommen, zusätzliche Anreize und Vergütungssysteme für die Ausbildung in den chirurgischen Fächern zu generieren. Hier bleibt zu hoffen, dass die politisch Verantwortlichen sich der Problematik rechtzeitig annehmen.

Prof. Dr. Martin Schilling

Direktor der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie des Universitätsklinikums des Saarlandes