



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI

CH-3003 Bern, GS-EDI

Schweizerisches Institut für ärztliche
Weiter- und Fortbildung (SIWF)
Herr Dr. med. W. Bauer, Präsident
Elfenstrasse 18
3000 Bern 15

Referenz/Aktenzeichen:
Ihr Zeichen:
Unser Zeichen:
Bern, 31. August 2018

Verfügung

vom 31. August 2018

in Sachen

Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
Herr Dr. med. W. Bauer, Präsident, Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15

betreffend

Akkreditierung des Weiterbildungsgangs in *Kinder- und Jugendmedizin*;

I. Sachverhalt

- A Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (nachfolgend SIWF) ist das federführende Organ der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH für alle Belange der ärztlichen Weiter- und Fortbildung. In seiner Funktion als verantwortliche Organisation im Sinne von Artikel 25 und 26 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006¹ (MedBG) stellt das SIWF dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) jeweils Gesuch um Akkreditierung der Weiterbildungsgänge in Humanmedizin, die zu einem eidg. Weiterbildungstitel führen sollen. Die Verfahren zur Akkreditierung dieser Weiterbildungsgänge werden mit einem Round Table mit dem SIWF eingeleitet.
- B Mit Schreiben vom 25. Februar 2016 ersuchte das SIWF um die Einleitung der Akkreditierungsverfahren für die Weiterbildungsgänge in Humanmedizin. Die Einreichung der Akkreditierungsgesuche und Selbstevaluationsberichte für die insgesamt 46 Weiterbildungsgänge in Humanmedizin erfolgte in drei Kohorten (Juni 2016, Januar 2017 und Juni 2017). Am 29. Juni 2016 reichte das SIWF das Gesuch um Akkreditierung des Weiterbildungsganges in *Kinder- und Jugendmedizin* beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein. Dem Gesuch lag der Selbstbeurteilungsbericht der *Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (SGP)* mit Anhängen bei.
- C Am 05. Juli 2016 hat das BAG das Akkreditierungsgesuch mit dem Selbstbeurteilungsbericht und den Anhängen an die Schweizerische Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung (AAQ) zur Einleitung der Fremdevaluation weitergeleitet. Die AAQ hat darauf hin die Fremdevaluation mit der Einsetzung der Expertenkommission für die Begutachtung des Weiterbildungsganges eingeleitet.
- D Am 05. September 2016 fand die Begutachtung des Weiterbildungsganges anlässlich eines Round Table der Expertenkommission mit der SGP statt. Der Entwurf des Expertenberichtes vom 28. September 2016 empfiehlt die Akkreditierung des Weiterbildungsganges in *Kinder- und Jugendmedizin* ohne Auflagen.
- E Am 21. Oktober 2016 teilte die SGP der AAQ mit, dass sie den Expertenbericht mit einigen Änderungsanträge zur Kenntnis nehme.
- F Die AAQ hat am 14. Dezember 2016 beim BAG ihren Schlussbericht mit Antrag zur Akkreditierung des Weiterbildungsganges in *Kinder- und Jugendmedizin* ohne Auflagen eingereicht.
- G Am 19. Juni 2017 wurde die Medizinalberufekommission (MEBEKO), Ressort Weiterbildung, zum Antrag der AAQ betreffend die Akkreditierung des Weiterbildungsganges in *Kinder- und Jugendmedizin* angehört. Die MEBEKO, Ressort Weiterbildung, folgte dem Antrag der AAQ und empfahl, den Weiterbildungsgang ohne Auflagen zu akkreditieren (vgl. II., B. Materielles, Ziff. 4).

¹ SR 811.11

II. Erwägungen

A. Formelles

1. Weiterbildungsgänge, die zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel führen, müssen gemäss MedBG akkreditiert sein (vgl. Art. 23 Abs. 2 MedBG). Für die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen ist das EDI zuständig (Art. 28 i.V.m. Art. 47 Abs. 2 MedBG).
2. Ein Weiterbildungsgang, der zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel führen soll, wird akkreditiert, wenn er die Akkreditierungskriterien gemäss Artikel 25 Absatz 1 MedBG erfüllt.
3. Gemäss Artikel 25 Absatz 2 MedBG kann der Bundesrat nach Anhörung der MEBEKO und der für die Weiterbildungsgänge verantwortlichen Organisationen Bestimmungen erlassen, welche das Akkreditierungskriterium gemäss Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b MedBG konkretisieren. Artikel 11 Absatz 6 der Medizinalberufeverordnung vom 27. Juni 2007² (MedBV) delegiert diese Kompetenz ans EDI.
Mit der Verordnung über die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der universitären Medizinalberufe vom 20. August 2007³ hat das EDI entsprechend Qualitätsstandards (QS) für die Weiterbildung erlassen. Diese Qualitätsstandards sind auf der Homepage des BAG (www.bag.admin.ch) publiziert. Alle Weiterbildungsgänge, die akkreditiert werden sollen, werden daraufhin überprüft, ob sie diese QS erfüllen.
4. Gemäss Artikel 26 Absatz 1 MedBG reicht die für einen Weiterbildungsgang verantwortliche Organisation das Gesuch um Akkreditierung des Weiterbildungsgangs bei der Akkreditierungsinstanz (EDI) ein. Dem Gesuch muss ein Bericht über die Erfüllung der Akkreditierungskriterien (Selbstevaluationsbericht) beigelegt werden (Art. 26 Abs. 2 MedBG).
5. Für die Organisation und Durchführung der Fremdevaluation ist gemäss Artikel 48 Absatz 2 MedBG i.V.m. Artikel 11 Absatz 1 MedBV die AAQ zuständig. Die AAQ setzt zur Prüfung der Weiterbildungsgänge Expertenkommissionen ein, die sich aus schweizerischen und ausländischen Fachleuten zusammensetzen.
6. Die Expertenkommission prüft den Weiterbildungsgang ausgehend vom entsprechenden Selbstevaluationsbericht und von Gesprächen vor Ort. Sie unterbreitet der AAQ aufgrund ihrer Untersuchungen einen begründeten Antrag zur Akkreditierung. Die AAQ kann den Akkreditierungsantrag zur weiteren Bearbeitung an die Expertenkommission zurückweisen oder ihn, wenn erforderlich, mit einem Zusatzantrag und Zusatzbericht dem EDI zum Entscheid überweisen (Art. 27 Abs. 5 MedBG).
7. Die Akkreditierungsinstanz entscheidet nach Anhörung der MEBEKO über die Anträge und kann die Akkreditierung mit Auflagen verbinden (Art. 28 MedBG).
8. Gemäss Artikel 29 Absatz 2 MedBG gilt die Akkreditierung höchstens sieben Jahre.
9. Die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge wird durch Gebühren finanziert (Art. 32 Abs. 2 MedBG). Gemäss Anhang 5 Ziffer 6 MedBV betragen diese Gebühren zwischen CHF 10'000 und 50'000.
10. Die Akkreditierungsentscheide, die Expertenberichte und die Berichte der AAQ werden auf der Homepage des BAG publiziert (Art. 11 Abs. 5 MedBV).

² SR 811.112.0

³ SR 811.112.03

B. Materielles

1. Im April 2016 hat die AAQ auf Gesuch des SIWF hin das Verfahren für die Fremdevaluation der 46 Weiterbildungsgänge in Humanmedizin aufgenommen. Der den Akkreditierungsverfahren der einzelnen Weiterbildungsgänge vorangehende Round Table mit dem SIWF fand am 07. Juni 2016 statt. Die AAQ hat die Fremdevaluation des Weiterbildungsgangs in *Kinder- und Jugendmedizin*, um welche das SIWF mit Gesuch vom 29. Juni 2016 ersucht hat, im Juli 2016 aufgenommen. Die Begutachtung des Weiterbildungsgangs durch die Expertenkommission fand anlässlich des Round Table mit der SGP am 05. September 2016 statt. Er führte zum Entwurf des Expertenberichts vom 28. September 2016, mit welchem die Expertenkommission die Akkreditierung des Weiterbildungsgangs ohne Auflagen empfiehlt.

Die Experten kommen zu einer positiven Gesamtbeurteilung des Weiterbildungsganges. *Die Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin ist zeitgemäss und den aktuellen Bedürfnissen der Gesellschaft angepasst. Eine wesentliche Herausforderung wird sein, genügend und damit vermehrt Fachärzte in Kinder- und Jugendmedizin auszubilden, um die qualifizierte medizinische Grundversorgung von allen Kindern in der Schweiz sicherzustellen. Dazu müssen in Zukunft zusätzliche Weiterbildungsplätze in der pädiatrischen Grundversorgermedizin geschaffen werden (z. B. in Weiterbildungspraxen). Parallel dazu muss jetzt in diesen Praxen die Weiterbildung kontinuierlich qualitätsgesichert beurteilt werden. Die Ausbildung in Sonographie, Palliativmedizin sowie Transition von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen müssen verstärkt entwickelt und die bisherige relative starre Altersgrenze der Betreuung flexibler nach oben erweitert werden. Universitäre wissenschaftliche Weiterbildungscurricula zur Entwicklung von Physician Scientists müssen ausgebaut werden, um geeignete Weiterzubildende an eine wissenschaftliche Karriere heranzuführen. Die entscheidende Voraussetzung für diese notwendigen Weiterentwicklungen ist eine angemessene, kantonseinheitliche Finanzierung der Weiterbildung.*

Mit Blick auf die Weiterentwicklung dieses Weiterbildungsgangs empfehlen sie unter anderem

- *Die wissenschaftliche Weiterentwicklung und Forschung besser und stärker im WBP positionieren;*
 - *Die Schaffung und Weiterentwicklung zusätzlicher Weiterbildungsplätze in der ambulanten Pädiatrie einschliesslich einer strukturierten Qualitätssicherung mit Nachdruck voranzutreiben;*
 - *Den Weiterzubildenden die Wichtigkeit der interdisziplinären und der interprofessionellen Zusammenarbeit an spezifischen Beispielen zu vermitteln;*
 - *An allen Weiterbildungsstätten die regelmässige Behandlung auch von „einfachen“ Notfällen durch Weiterzubildenden verpflichtend sicherzustellen;*
 - *Die Zusammenarbeit zwischen Spitaler und anderen Anbietern (Heime und Schulärzte) zu verbessern und strukturiert zu gestalten;*
 - *Die Unterstützung durch einen Case Manager oder einen Hospitalisationsmanager sicherzustellen, damit die insgesamt begrenzte Weiterbildungszeit nicht zu sehr von „artzfremden“ Tätigkeiten absorbiert wird;*
 - *Die pädiatrische Palliativmedizin in den nächsten Jahren im Rahmen des neuen interdisziplinären Schwerpunktes weiterzuentwickeln;*
 - *Die Palliativ Care im ambulanten Bereich zu strukturieren und auszubauen, so dass eine gute Alternativ neben dem Akutspital, Kinderhospiz und Heim besteht;*
 - *Der Ausbau und Vermittlung der Weiterbildungsinhalte der Prävention zu konsolidieren;*
 - *Die Evaluation der Weiterbildner in die Qualitätssicherung aufzunehmen (vgl. Expertenbericht vom 31. Oktober 2016).*
2. Am 14. Dezember 2016 hat die AAQ ihren Akkreditierungsantrag beim BAG eingereicht. Die AAQ folgt dem Antrag der Expertenkommission und beantragt, den Weiterbildungsgang in *Kinder- und Jugendmedizin* ohne Auflagen zu akkreditieren.
 3. Die MEBEKO, Ressort Weiterbildung, hat am 19. Juni 2017 im Rahmen der Anhörung wie folgt zum Expertenbericht, zum Antrag der Expertenkommission sowie zum Antrag der AAQ Stellung genommen:

- Die MEBEKO unterstützt die Empfehlungen der Experten insbesondere die Intensivierung der Weiterbildung zur Behandlung von Notfällen, die Verbesserung der Möglichkeiten zu einer forschungsorientierten Tätigkeit und die Verstärkung der Interprofessionalität.
 - Die MEBEKO teilt die positive Beurteilung der Tätigkeit der SGP und empfiehlt eine Akkreditierung ohne Auflagen.
4. Aufgrund der obigen Ausführungen und der eigenen Prüfung stellt das EDI Folgendes fest:
- Der Weiterbildungsgang in *Kinder- und Jugendmedizin* erfüllt nach Massgabe der Expertenkommission, der AAQ sowie der MEBEKO die Akkreditierungskriterien gemäss Artikel 25 Absatz 1 MedBG i.V.m. der Verordnung des EDI über die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der universitären Medizinalberufe vom 20. August 2007⁴.
 - Das EDI folgt den übereinstimmenden Anträgen der Expertenkommission, der AAQ und der MEBEKO, dass der Weiterbildungsgang in *Kinder- und Jugendmedizin* ohne Auflagen zu akkreditieren sei. Im Übrigen wird auf die Empfehlungen, welche im Expertenbericht aufgelistet sind, verwiesen. Der Expertenbericht wird auf der Homepage des BAG publiziert.⁵

⁴ SR 811.112.03

⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/akkreditierung-gesundheitsberufe/akkreditierung-weiterbildungsqaenge-medizinalberufe.html>

III. Entscheid

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie Artikel 28 und 47 Absatz 2 MedBG wird

verfügt:

1. Der Weiterbildungsgang in Kinder- und Jugendmedizin wird ohne Auflagen akkreditiert.
2. Die Akkreditierung gilt für die Dauer von sieben Jahren ab Rechtskraft der Verfügung.
3. Gestützt auf Artikel 32 Absatz 2 MedBG sowie Artikel 15 MedBG i.V.m. Anhang 5, Ziffer 6 MedBV werden folgende Gebühren festgelegt:

Aufwand AAQ


Externe Kosten (Honorare + Spesen)	CHF	4'691.-
Interne Kosten	CHF	13'720.-
Mehrwertsteuer (8% / 7.7%)	CHF	1'473.-
Gutachten der verantw. Organisation (anteilmässig pro Fachgesellschaft)	CHF	564.-

Total Gebühren

CHF 20'448.-

Diese Gebühren werden im September 2018 im Rahmen einer Gesamtabrechnung der Akkreditierungsverfahren Humanmedizin, abzüglich der geleisteten Gebührevorschüsse von CHF 275'000.- am 29. Dezember 2017 und von CHF 400'000.- am 13. Juli 2018, beim SIWF erhoben.

Eidgenössisches Departement des Innern



Alain Berset
Bundespräsident

Zu eröffnen an:

Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
Dr. med. Werner Bauer, Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diese Verfügung kann gemäss Artikel 50 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021) innert 30 Tagen seit Zustellung beim Bundesverwaltungsgericht, Postfach, 9023 St. Gallen, Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers (oder der Beschwerdeführerin) oder der Vertretung zu enthalten; die angefochtene Verfügung (oder der angefochtene Entscheid) und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen (Art. 52 VwVG).

Kopie(n):
- BAG
- MEBEKO, Ressort Weiterbildung
- Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin



schweizerische agentur
für akkreditierung
und qualitätssicherung

agence suisse
d'accréditation et
d'assurance qualité

agenzia svizzera di
accreditamento e
garanzia della qualità

swiss agency of
accreditation and
quality assurance

www.aaq.ch
info@aaq.ch

Effingerstrasse 15
Postfach, CH-3001 Bern
Tel. +41 31 380 11 50

Herrn
Dr. med. vet. Olivier Glardon
Leiter Bereich Akkreditierung und Qualitätssicherung
BAG Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern

- nur per Mail -

14. Dezember 2016

**Antrag zur Akkreditierung
im Rahmen der Akkreditierung 2018 der medizinischen Weiterbildung:
Swiss Society of Paediatrics – Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin**

Sehr geehrter Herr Dr. Glardon,
lieber Olivier

Gestützt auf Artikel 27 Absatz 4 MedBG stellt die Schweizerische Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung (AAQ) als Akkreditierungsorgan Antrag zur Akkreditierung der

Swiss Society of Paediatrics – Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin.

Auf der Grundlage der Erwägungen der Gutachtergruppe sowie der Stellungnahme des MedBG-Ausschuss empfiehlt die AAQ die Akkreditierung der Swiss Society of Paediatrics – Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin ohne Auflagen.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. Christoph Grolimund

Direktor

Dr. Stephanie Hering

Verantwortliche Format MedBG

Beilagen:

Gutachten Swiss Society of Paediatrics – Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin

Akkreditierung 2018

der medizinischen Weiterbildung nach Medizinalberufegesetz (MedBG)

Gutachten

Stufe Weiterbildungsgang

Fachgesellschaft / Weiterbildungsgang:

Kinder- und Jugendmedizin

Datum:

31.10.2016

Prof. Dr. Emeritus Urs B. Schaad

Univ. Prof. Dr. med. Georg Friedrich Hoffmann

Unterschrift Gutachter/-innen



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



schweizerische agentur
für akkreditierung
und qualitätssicherung

Inhaltsverzeichnis

0	Qualitätsstandards	3
1	Verfahren	4
	1.1 Expertenkommission	4
	1.2 Zeitplan	4
	1.3 Selbstevaluationsbericht	4
	1.4 Round Table	4
2	Fachgesellschaft und Weiterbildung	5
3	Externe Evaluation – Bewertung der Qualitätsstandards	5
	Qualitätsbereich 1: Planung und Entwicklung des Weiterbildungsgangs	5
	Qualitätsbereich 2: Planung Evaluation	13
	Qualitätsbereich 3: Inhalt des Weiterbildungsgangs	14
	Qualitätsbereich 4: Inhalt des Beurteilungssystems	18
	Qualitätsbereich 5: Durchführung des Weiterbildungsgangs	20
	Qualitätsbereich 6: Durchführung der Evaluation	22
	Qualitätsbereich 7: Ergebnis (Qualifikationsprofil) des Weiterbildungsgangs	23
	Qualitätsbereich 8: Evaluation der Resultate	24
	Qualitätsbereich 9: Qualitätssicherung und -entwicklung des Weiterbildungsgangs	25
	Qualitätsbereich 10: Qualitätssicherung der Evaluation	27
4	Gesamtbeurteilung mit Stärken und Herausforderungen	28
5	Schlussfolgerung und Akkreditierungsantrag	28
6	Rückmeldung des MedBG-Ausschuss des Schweizerischen Akkreditierungsrats	29
7	Liste der Anhänge	30

0 Qualitätsstandards

Das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) sieht eine Akkreditierungspflicht für die Weiterbildungsgänge, die zu einem eidgenössischen Weiterbildungstitel führen, vor. Das Gesetz bezweckt die Förderung der Qualität der universitären Ausbildung, der beruflichen Weiterbildung, der Fortbildung sowie der Berufsausübung im Interesse der öffentlichen Gesundheit. In diesem Sinn ist die Akkreditierung ein Verfahren der Qualitätsüberprüfung (Art. 22 MedBG), mit dem gleichzeitig die kontinuierliche Qualitätsentwicklung vorangetrieben werden soll.

Das Gesetz enthält Akkreditierungskriterien (Art. 25 Abs. 1 MedBG), die von den Weiterbildungsgängen erfüllt werden müssen, um einen positiven Akkreditierungsentscheid zu erhalten. Die gesetzlich verankerten Weiterbildungsziele (Art. 4 und Art. 17 MedBG) sind dabei von zentraler Bedeutung. Sie bauen einerseits auf den allgemeinen (Art. 6 und Art. 7 MedBG) und andererseits auf berufsspezifischen Ausbildungszielen (Art. 8, 9 und 10 MedBG) auf.

Die Qualitätsstandards konkretisieren die Anforderung gemäss Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b MedBG. Sie bilden damit die Grundlage für die Akkreditierungsentscheide durch die Akkreditierungsinstanz, das Eidgenössische Departement des Innern (EDI). Sie fokussieren auf gesundheitspolitische Prioritäten und Akkreditierungsziele, die für die Akkreditierung 2018 festgelegt wurden und berücksichtigen international akzeptierte Referenzstandards. Dazu gehören die global ausgerichteten Standards der World Federation for Medical Education (WFME) zur Qualitätsverbesserung in der postgradualen medizinischen Weiterbildung, die General Standards of Accreditation des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC), die Standards for Assessment and Accreditation of Specialist Medical Education des Australian Medical Council Limited (AMC) und die Standards for Curricula and Assessment Systems des General Medical Council (GMC) in Grossbritannien.

Die Qualitätsstandards sind in zehn Qualitätsbereichen zusammengefasst. Die Bereiche entsprechen dem Ablauf, der sich üblicherweise aus der Gestaltung, Schaffung und Revision eines Weiterbildungsgangs, der Bestimmung der Ziele, Inhalte, Lern- und Beurteilungsmethode sowie der Gestaltung der kontinuierlichen Qualitätssicherung ergibt.

Innerhalb eines Qualitätsbereichs präzisieren die Leitlinien den Rahmen und die Prioritäten, die für die Akkreditierung 2018 relevant sind. Die Qualitätsstandards hingegen fokussieren auf konkrete Aspekte der Weiterbildung. Zudem beinhalten die Qualitätsstandards Akkreditierungskriterien, die als Anforderungen gemäss MedBG in den meisten Qualitätsbereichen für die Akkreditierung 2018 bestimmt wurden.

Unterschieden wird zwischen Qualitätsstandards, die für alle Weiterbildungsgänge übergeordnet relevant sind, und jenen, die sich an die spezifischen Weiterbildungsgänge richten. Erstere, rot hinterlegt, sind an die verantwortlichen Dachorganisationen adressiert und müssen von diesen im Selbstbeurteilungsbericht beantwortet werden, letztere, blau hinterlegt, betreffen die Fachgesellschaften.

1 Verfahren

1.1 Expertenkommission

- Univ. Prof. Dr. med. Georg Friedrich Hoffmann, Geschäftsführender Direktor Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg
- Prof. Dr. Emeritus Urs B. Schaad, ehemaliger Chefarzt Pädiatrie und Ärztlicher Direktor, Universitäts-Kinderspital beider Basel

1.2 Zeitplan

Die Fachgesellschaft Kinder- und Jugendmedizin (SGP) hat ihr Gesuch um Akkreditierung und den Selbstevaluationsbericht Ende Juni 2016 beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) eingereicht. Das BAG hat daraufhin eine formale Prüfung der Unterlagen vorgenommen, welche positiv ausgefallen ist. Anschliessend sind die Unterlagen an die Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung (AAQ) weitergeleitet worden.

Der Round Table fand am 5. September 2016 in der AAQ in Bern statt.

Der Entwurf des Gutachtens wurde der SGP am 28.09.2016 zur Stellungnahme unterbreitet. Daraufhin ist der Bericht durch die Expertenkommission finalisiert worden. Der MedBG-Ausschuss des Schweizerischen Akkreditierungsrats hat an seiner Sitzung vom 9. Dezember 2016 das Gutachten und die Akkreditierungsempfehlung zuhanden des BAG freigegeben. Die Übergabe an das BAG durch die AAQ erfolgte am 14.12.2016.

Der Akkreditierungsentscheid wird durch den Vorsteher des Departements des Innern (EDI) am 31. August 2018 gefällt werden.

1.3 Selbstevaluationsbericht

Im Selbstevaluationsbericht nimmt die SGP auf knapp 40 Seiten eine Selbstbeurteilung vor zur Erfüllung der Qualitätsstandards und Anforderungen des Medizinalberufegesetzes (MedBG) aus den Bereichen Planung und Entwicklung des Weiterbildungsgangs, Durchführung des Weiterbildungsgangs, Durchführung der Evaluation, Ergebnis (Qualifikationsprofil) des Weiterbildungsgangs, Evaluation der Resultate sowie Qualitätssicherung und –entwicklung des Weiterbildungsgangs. Komplettiert wird der Bericht durch einige Dokumente als Beilage, welche grösstenteils auch Online zugänglich sind. Der Selbstevaluationsbericht enthält umfassende Informationen und schliesst ab mit einem Überblick über die Stärken und Schwächen der Weiterbildung „Kinder- und Jugendmedizin“ aus eigener Perspektive.

1.4 Round Table

Der Round Table hat am Montag, 5. September 2016 von 14.00 – 17.00 Uhr in Bern in den Sitzungsräumlichkeiten der AAQ stattgefunden. Gesprächsteilnehmer von Seiten SGP waren Prof. Dr. med. Christoph Rudin (Präsident der Weiterbildungskommission der SGP, Universitäts-Kinderspital beider Basel), Prof. Dr. med. Christoph Aebi (Vizepräsident der SGP, Universitäts-Kinderklinik Bern), Prof. Dr. med. Oskar Jenni (Verantwortlicher SGP der Visitationen/Audits der SIWF Weiterbildungsstätten, Universitäts-Kinderspital Zürich), Dr. med. Walter Bär (Kantonsspital Graubünden), Dr. med. Mathias Gebauer (Kinderklinik Wildermeth, KD (Klinischer Dozent), Dr. med. Sepp Holtz (Dozent Universität Zürich, Kinderspital Zürich) und Dr. med. Dominique Gut (Weiterzubildender Kinderspital Zürich). Als Beobachter war für die MEBEKO Herr PD Dr. pharm. Marcel Mesnil (Schweizerischer Apothekerverband) während

des Round Table anwesend. Der Round Table mit der SGP war eingerahmt von vor- und nachbereitenden internen Sitzungen der Gutachtergruppe, unterstützt durch die AAQ.

2 Fachgesellschaft und Weiterbildung

Die SGP wurde am 1. Juni 1901 in Olten gegründet. In der bisherigen Geschichte des SGP gab es 41 Präsidenten, aktuell wird die SGP von Frau Dr. Nicole Pellaud aus Genf präsiert. Die SGP ist juristisch gesehen ein Verein und vereint alle Kinderärztinnen und Kinderärzte über alle Sektionen und Sprachgrenzen hinweg. Das oberste Ziel der SGP ist, sich für eine qualitativ hochstehende Pädiatrie in der Schweiz einzusetzen. Seit der Gründung werden regelmässig wissenschaftliche Jahresversammlungen durchgeführt, die der Fortbildung aber auch des Wissensaustausch dienen. Die Weiterbildungskommission, welche sich intensiv mit dem Weiterbildungsprogramm auseinandersetzt, trifft sich zweimal jährlich zu einem Austausch.

Der Weiterbildungsgang in Kinder- und Jugendmedizin hat als Ziel, die entwicklungsgerechte Betreuung des kranken und gesunden Kindes und Adoleszenten von der Geburt bis zum Abschluss der Adoleszenz unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes zu vermitteln. Dabei wird die Weiterbildung in einen allgemeinen Teil Kinder- und Jugendmedizin und in die elf Schwerpunkte gemäss ‚Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2012 für den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin‘, gegliedert.

Die Kinder- und Jugendmediziner behandeln nicht nur Krankheiten und versorgen Verunfallte, sondern unternehmen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen auch Massnahmen zur Gesundheitserhaltung und –förderung sowie zur Prävention.

3 Externe Evaluation – Bewertung der Qualitätsstandards

Qualitätsbereich 1: Planung und Entwicklung des Weiterbildungsgangs

Leitlinie 1B

QUALITÄTSSTANDARDS

1B.1 Die Fachgesellschaft beschreibt im Weiterbildungsprogramm die Weiterbildungsstruktur sowie die generischen und fachspezifischen Komponenten der Weiterbildung.

Erwägungen:

Die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gliedert sich in zwei Weiterbildungsphasen: Eine dreijährige Phase der Basisweiterbildung und eine anschliessende zweijährige Phase der Aufbauweiterbildung. Nach der Basisweiterbildung kann sich der Weiterbildungsteilnehmende für das Curriculum Praxispädiatrie oder das Curriculum Spitalpädiatrie entscheiden. Die dabei erworbenen Inhalte sind grundsätzlich gleichermassen für die Weiterbildung in Pädiatrie relevant und gleichwertig und führen zu einem gemeinsamen Abschluss. In der Phase der Aufbauweiterbildung kann begonnen werden, in einem der 11 angebotenen Schwerpunkte eine Vertiefung zu erwerben. Alle vorliegenden Schwerpunkte haben zusätzlich zu den Schwerpunkten in der Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin spezifische eigene Weiterbildungsprogramme und definierte Curricula. Die generischen Komponente der Weiterbildung, ‚Grundkenntnisse‘ wie auch die zentralen fachspezifischen Inhalte sind im Weiterbildungsprogramm (WBP, Anhang 1, Ziffer 1-5) ausgeführt. Die Expertenkommission stellt fest, dass die im Katalog angegebenen Praktiken der durch-

zuführenden Aufgaben des WBP überarbeitet werden sollten. Einzelne könnten gestrichen werden, wie zum Beispiel die Pleurapunktion, die Pleuradrainage und auch die Intubation da diese aufgrund ihrer Spezifikation zu wenig geübt werden können und in der späteren Arbeit nicht regelhaft eingesetzt werden, andere, wie der Umgang mit den neuen genetischen Verfahren, sollten ergänzt werden. Die SGP hat dieses in der Selbstbeurteilung und auch am Round Table bestätigt. So können die Durchführung einzelner Praktiken heute im praktischen Alltag nicht oder nur ungenügend an alle Weiterzubildenden vermittelt werden, da z.B. Pleurapunktionen, Pleuradrainagen und auch Intubationen in der Regel von Spezialisten durchgeführt werden (Intensivmedizin, Anästhesie etc.). Stattdessen werden die theoretischen Kenntnisse und die praktische Durchführung am Modell geübt, insbesondere in den obligatorischen PALS-Kursen an Kliniken. Die Weiterbildner sind sich mit der Expertenkommission einig, dass eine Änderung des Aufgabenkatalogs eine schwierige und aufwändige Angelegenheit darstellt, da dies Tür und Tor für zahlreiche weitere Änderungen öffnet. So hat sich die Weiterbildungskommission darauf geeinigt, die Aufgabenliste zunächst nicht zu ändern und einen entsprechenden Passus in der nächsten Änderung der WBO aufzunehmen, der besagt, dass die Weiterbildung alle Schwerpunkte abdeckt und bei einigen Aufgaben aus der Liste die Eingriffe nicht unbedingt am Patienten vorgenommen werden müssen.

Die Expertenkommission stellt fest, dass der Ausbildung zum wissenschaftlichen Pädiater (Physician Scientist) in der Selbstevaluation viel zu wenig Platz eingeräumt wird. Sie wünscht sich eine stärkere Positionierung der Forschung, diese ist im WBP stärker zu verankern. Die Pädiatrie muss zusätzlich zur Grundversorgung und Spezialmedizin die wissenschaftliche Weiterentwicklung des Faches in Forschung und die Förderung von Nachwuchsforschung vorantreiben. Dieses muss in der WBP gestärkt und expliziert formuliert werden, damit sich genügend Weiterzubildende aktiv in die Forschung einbringen können und langfristig die Zukunft der wissenschaftlichen Pädiatrie gesichert bleibt. Diese Ausbildungsrichtung muss in die Weiterbildung integriert und mit ihr gut vereinbar sein.

Schlussfolgerung:

Die Expertenkommission empfiehlt die wissenschaftlichen Weiterentwicklung und Forschung stärker in der Weiterbildung zu betonen, respektive den Weiterzubildenden strukturiert Möglichkeiten zu eröffnen, während der Weiterbildung aktiv zu forschen. Eine stärkere Verankerung der Forschung im WBP müsste erfolgen. Dabei geht es insbesondere um die Förderung von Nachwuchsforschenden in der akademischen Pädiatrie, indem entsprechende Karrierewege geschaffen werden. Im speziellen sollen MD-PhD-Programme, Freistellung für Forschung (protected research time) und Anerkennung für die Weiterbildungszeit zur Anwendung kommen.

Der Standard ist teilweise erfüllt.

Empfehlung: Die wissenschaftlichen Weiterentwicklung und Forschung besser und stärker im WBP positionieren. Die strukturierte Entwicklungen zum Physician Scientist ist auszubauen und die Weiterzubildenden sind aktiv an moderne Forschungskonzepte während der Weiterbildung heranzuführen, entsprechend den oben erwähnten Möglichkeiten (vgl. Abschnitt Schlussfolgerung).

1B.2 Die Fachgesellschaft präzisiert im Selbstbeurteilungsbericht, wie und mit wem (Weiterbildnerinnen und Weiterbildner, Weiterzubildende, andere Stakeholder,

verwandte Fachgesellschaften) das Curriculum entwickelt wurde, der Inhalt und die Lernmethoden gewählt wurden und in welchem Verfahren das Programm genehmigt wurde.

Erwägungen:

Die SGP verfügt über eine Weiterbildungskommission (WBK), die in enger Zusammenarbeit mit dem Vorstand der SGP und des SIWF das WBP kontinuierlich verbessert. Die WBK setzt sich wie folgt zusammen: Vertreterinnen und Vertreter aus Spitälern und Privatpraxen aus unterschiedlichen Sprachregionen, Vertreterinnen und Vertreter aus der Titel- und Weiterbildungsstättenkommission, den Verantwortlichen für die Facharztprüfung und die SIWF Visitationen sowie einem Weiterzubildenden. Der Einbezug aus Sicht der SGP der relevanten Gruppen ist somit gewährleistet.

Die Expertenkommission nimmt die innovative und weltweit einzigartige Umstellung auf die Einteilung der Weiterbildungsstätten (WBS) 4, 3, 2, 1 Jahre Weiterbildungsberechtigung anerkennend zur Kenntnis. Mit dem Abrücken von der Einteilung in A, B, C und D-Kliniken wurde vom Ansatz der üblichen rein quantitativen Einteilung (z.B. anhand von Daten zu Patientenaufkommen und Pflage tage) Abstand genommen. Stattdessen wurden Kriterien definiert, die eine fundierte Weiterbildung besser garantieren können, wie die Anzahl, der Beschäftigungsgrad und damit einhergehend die Anwesenheit ausgewiesener Spezialistinnen und Spezialisten im Verhältnis zu den Weiterzubildenden. Aus der Einteilung in Jahre ergibt sich, dass jeder Weiterzubildende zumindest einen Wechsel der WBS in der Weiterbildung vornehmen muss (z.B. von einer Klinik mit 4-jähriger Weiterbildungsberechtigung in eine Klinik mit einjähriger Weiterbildungsberechtigung oder in eine Lehrpraxis).

Weiter werden die von der SGP aufgelisteten Tools wie Mini-CEX und DOPS zur Durchführung von Arbeitsplatz-basierten Assessments (AbA) sinnvoll angewendet.

Im Kommentar der Selbstbeurteilung weist die SGP auf die Problematik der notwendigen Erlernung und Einübung des Ultraschalls in der Weiterbildung hin. Die Realisierung dieses Unterfangens benötigt die Kooperation mit der Gesellschaft für Radiologie. Die Expertenkommission schliesst sich der Haltung der SGP vollumfänglich an, das Erlernen und der Gebrauch des Ultraschalls muss integraler Teil der Weiterbildung sein. Ebenso unterstützt die Expertenkommission die Ausbildung in Palliativmedizin als Teil der Weiterbildung.

Schlussfolgerung:

Die Aufteilung in WBS mit 4, 3, 2 und einem Jahr Weiterbildungsmöglichkeit wird sehr positiv bewertet. Die Weiterbildung sollte sowohl um die flächendeckende Anwendung des Ultraschalls sowie die Vermittlung von Basiskenntnissen in der Palliativmedizin ergänzt werden.

Der Standard ist erfüllt.

1B.3 Im Leitbild/Berufsbild des Weiterbildungsgangs sind die Fachrichtung und die zu erreichenden Weiterbildungsziele einer angehenden Fachperson beschrieben. Die Fachgesellschaft definiert insbesondere:

- **welche Stellung, Rolle und Funktion der Fachbereich bzw. die Fachpersonen in der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Grundversorgung haben (Art. 6 Abs. 1 Bst. f MedBG und Art. 7 Bst. a MedBG),**
- **den Prozess zur Sicherstellung einer spezialisierten Versorgung für Patientinnen und Patienten aus der Grundversorgung (Überweisung zu bzw. Rücküberweisung aus spezialisierten Fachgebieten);**

- **das Verhältnis des Fachbereichs zu verwandten Disziplinen im ambulanten und stationären Bereich (fachliche Schnittstellen zu anderen Fachbereichen, Koordination und Kooperation in der integrierten Versorgung) sowie in der öffentlichen Gesundheit (Art. 17 Abs. 2 Bst. g MedBG).**

Erwägungen:

Das WBP definiert die Hauptziele der Weiterbildung. Dabei wird auf die Rolle des Kinder- und Jugendmediziners eingegangen, die Grundversorgung und die fachärztliche Betreuung des Kindes und des Jugendlichen vom Neugeborenen bis zum Ende des Adoleszentenalters sicherzustellen. Die SGP hat sich zudem mit den Allgemeinmedizinerinnen und den Internisten in einem Berufsverband zusammengeschlossen und ist Mitglied des Kollegiums Hausarztmedizin.

Die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit wird von der Kinder- und Jugendmedizin gepflegt. Die Expertenkommission weist insbesondere bei der Zusammenarbeit mit anderen Professionen ergänzend zu den bereits bestehenden Beziehungen mit Pflege, Schule, Sonderpädagogik etc. auf eine gute Zusammenarbeit mit den Apothekern hin.

Die SGP ist sich sicher, dass vor allem die Spitäler die Schaffung zusätzlicher Weiterbildungsplätze ausserhalb der Klinikmauern unterstützen müssen, um die Anzahl Pädiaterinnen und Pädiater zu erhöhen. Vor allem grössere Versorgungszentren können neben der Vergabe von Weiterbildungsplätzen auch die interprofessionelle Zusammenarbeit stärken, da die anderen relevanten Betreuungsgruppen auch ihren Platz in den Versorgungszentren haben.

Die Expertenkommission sieht noch Potential in der Weiterbildung der Hausärzte in der Pädiatrie, damit diese zumindest die Grundkenntnisse besitzen, um insbesondere in ländlichen Gegenden eine erste pädiatrische Hilfestellung sicherzustellen. Die Weiterbildner teilen diese Einschätzung. Eine Weiterbildungsstelle für einen Hausarzt, der sich das Rüstzeug holt für die Versorgung in der Peripherie, wird als sinnvoll taxiert.

Schlussfolgerung:

Das Leitbild der SGP deckt die geforderten Anforderungen ab. Es bleibt der Hinweis auf die konsequente Weiterverfolgung einer fruchtbaren interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Empfehlung den Hausärzten in der Peripherie das nötige Rüstzeug für pädiatrische Abklärungen mitzugeben.

Der Standard ist erfüllt.

Empfehlung: Die Schaffung und Weiterentwicklung zusätzlicher Weiterbildungsplätze in der ambulanten Pädiatrie einschliesslich einer strukturierten Qualitätssicherung mit Nachdruck vorantreiben. Den Weiterzubildenden die Wichtigkeit der interdisziplinären und der interprofessionellen Zusammenarbeit an spezifischen Beispielen vermitteln.

ANFORDERUNGEN GEMÄSS MEDBG

Die Fachorganisation schildert die Erfüllung der folgenden MedBG-Artikel:

1. **Privatrechtliche Berufsausübung im Fachgebiet in eigener fachlicher Verantwortung (Art. 17 Abs. 1)**

Erwägungen:

Die Weiterzubildenden absolvieren eine fünfjährige Weiterbildung, die sich in drei Jahre Basisweiterbildung und zwei Jahre Aufbauweiterbildung unterteilt. Mindestens eine Rotation in verschiedene WBS ist gewährleistet. Innerhalb der WBS wird darauf geachtet, dass in allgemeinpädiatrischen Bereichen begonnen und dann allmählich in die hochspezialisierten Bereiche übergegangen wird. Zwei der fünf Jahre müssen an universitären oder grossen Kliniken mit einer Weiterbildungsberechtigung von 3 respektive 4 Jahren absolviert werden. Die Supervision durch Oberärztinnen/Oberärzte oder Leitende Ärztinnen/Ärzte garantiert eine bestmögliche Weiterbildung. Die unterstützenden Instrumente sind dabei Mini-CEX und DOPS (als Aba).

Schlussfolgerung:

Die eigenverantwortliche Ausübung der beruflichen Tätigkeit wird mit der Weiterbildung sichergestellt.

Die Anforderung ist erfüllt.

2. Sichere Diagnosen und Therapien verordnen bzw. durchführen (Art. 17 Abs. 2 Bst. a)

Erwägungen:

Die Vorgaben zur praktischen und theoretischen Weiterbildung im WBP, die kontinuierliche Supervision durch einen direkten Weiterbildner und die Rotation der Weiterzubildenden in sämtliche Bereiche innerhalb der WBS stellen sicher, dass die Weiterzubildenden bei Diagnosestellungen und Therapien sicher handeln können.

Die Expertenkommission möchte lediglich darauf hinweisen, dass in grossen Kliniken die Gefahr einer zu grossen Hilfestellung gegenüber den Weiterzubildenden bestehen kann und dieses die Weiterzubildenden in Entwicklung ihrer Eigenständigkeit bezüglich Diagnosestellung und Durchführung von Eingriffen hemmen könnte.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt

3. In Notfallsituationen selbstständig handeln (Art. 17 Abs. 2 Bst. d)

Erwägungen:

2013 wurde der Schwerpunkttitle „Kindernotfallmedizin“ in das WBP aufgenommen. Alle WBS mit drei und vier Jahren betreiben interdisziplinäre Notfallstationen, welche die Weiterzubildenden im Rahmen der Rotation der Weiterbildung besuchen. Die Expertenkommission stellt fest, dass teilweise ein Grossteil der Notfälle (die nur 1. oder 2. Grades sind) komplett an den Weiterzubildenden vorbeigeht, weil der zuständige Notfallarzt, ein in der Notfallstation der Klinik weitgehend selbstständig tätiger praktizierender Kinderarzt, diese selbst behandelt ohne die Weiterzubildenden einzubeziehen oder weil eine Triage erfolgt,

so dass die Pflegefachkraft aufgrund des Erstkontakts bereits eine Zuteilung vornimmt. Dies wären aber gerade Fälle, welche die Weiterzubildenden weitgehend selbständig behandeln könnten. Die Realisierung der Weiterbildung im Notfall sollte nicht verringert werden, gerade weil der praktizierende Kinderarzt als Notarzt gezwungenermassen anders handelt oder handeln muss als der Weiterbildner in der Klinik und damit den Weiterzubildenden eine andere Sichtweise vermitteln kann. Die Weiterzubildenden profitieren enorm davon.

Schlussfolgerung:

Die praktische Weiterbildung in der Behandlung von Notfällen sollte auch für die in vielen Kliniken teilweise von praktizierenden Kinderärzten versorgten „einfachen“ Notfällen realisiert werden.

Die Anforderung ist erfüllt.

Empfehlung: Die SGP sollte sich dafür einsetzen, dass an allen WB-Stätten die Behandlung auch von „einfachen“ Notfällen verpflichtend einbezogen bleibt und vom Weiterzubildenden regelmässig durchgeführt wird.

4. Übernahme von Aufgaben in der medizinischen Grundversorgung (Art. 17 Abs. 2 Bst. i)

Erwägungen:

Die Übernahme von Aufgaben in der medizinischen Grundversorgung durch die Durchführung von berufsspezifischen Eingriffen ist gewährleistet. Der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ist Grundversorger und übernimmt mit den Ärzten der Allgemeinen Inneren Medizin die praktische Versorgung von Kinder und Jugendlichen in der Schweiz. Die Expertenkommission sieht die grösste Schwierigkeit neben der Ausbildung genügender Kinderärztinnen und Kinderärzte in der Schweiz in den nächsten 10 Jahren, die Strukturen für eine erfolgreiche Transition von einer kindzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Gesundheitsversorgung bei jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen weiter zu entwickeln. Aufgrund der stetig zunehmenden Lebenserwartung für Kinder mit vor einigen Jahren noch unheilbaren Erkrankungen und der deutlich verbesserten Begleittherapien, die die Behandlungserfolge unterstützen, erreichen heutzutage wesentlich mehr chronisch kranke Kinder das Erwachsenenalter als noch vor einigen Jahren.

Schlussfolgerung:

Im Rahmen der Weiterbildung müssen Konzepte zur Transition und Integration chronisch kranker Jugendlicher vermittelt und mit den Bereichen Versorgungsforschung und der konkreten medizinischen Forschung an einzelnen Erkrankungen, z.B. deren Auswirkungen auf das Erwachsenenalter, verknüpft werden.

Die Anforderung ist erfüllt

5. Qualitativ hochstehende Betreuung der Patientinnen und Patienten (Art. 4 Abs. 2 Bst. a)

Erwägungen:

Der hochstehenden Betreuung kommt in der Kinder- und Jugendmedizin eine ganz besondere Rolle zu, da die unterschiedlichen Kinder in ihren jeweiligen Lebensphasen als auch deren Eltern und Angehörige eine situationsangepasste, sehr individuelle Betreuung benötigen. Ein entwicklungsgerechter Umgang mit den Kindern ist *conditio sine qua non*.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

6. Wissenschaftliche Methoden, ethische und wirtschaftliche Entscheide (Art. 4 Abs. 2 Bst. b)

Erwägungen:

Die bereits durchgeführten „kleinen wissenschaftlichen Projekte“ sind wichtig und richtig, aber die Expertenkommission wünscht sich, dass in einzelnen definierten Weiterbildungs-curricula der Forschung zur Entwicklung von Physician Scientists zusätzlich mehr Raum gegeben wird. Die Weiterbildner in den universitären Pädiatrien sollten vermehrt spezielle Programme (zB MD-PhD-Programme, „protected research time“) entwickeln und umsetzen, die Weiterzubildende an eine wissenschaftliche Karriere heranzuführen, wobei die Forschungstätigkeit keine wesentliche Hürde punkto Weiterbildungsjahre darstellen darf, das heisst, die Weiterbildung nicht einfach entsprechend verlängern. Die Weiterbildner bestätigen am Round Table, dass es sehr möglich sei, bis zu zwei Jahre Forschung zu betreiben und dies in der Weiterbildung angerechnet werde. Die Expertenkommission möchte diesen Gedanken grundsätzlich verankern und breit bewusst machen, so dass entsprechende Entwicklungen verstärkt würden. Bezüglich der Ethik und der wirtschaftlichen Entscheide, hält der allgemeine Lernzielkatalog zur Weiterbildungsordnung (WBO) für alle Fachgebiete verbindlich Lernziele zu Ethik und Gesundheitsökonomie fest.

Schlussfolgerung:

In der Weiterbildung stärker auf die Möglichkeiten und Wege für eine wissenschaftliche Karriere hinweisen. Die in der Selbstevaluation genannten Probleme bezüglich der unterschiedlichen kantonalen Finanzierung, die für die Einsetzung von Weiterzubildenden in der Forschung grosse Auswirkungen haben kann, sollte überdacht und vereinheitlicht werden.

Die Anforderung ist erfüllt.

Empfehlung: In der Weiterbildung sollten die Programme zur Entwicklung wissenschaftlicher Karrieren von Anbeginn der Weiterbildung an angeboten und weiterentwickelt werden. Eine einheitliche nicht kantonsabhängige Finanzierung der Weiterzubildenden könnte ebenfalls einen wichtigen Schritt für die Schaffung entsprechender Programme in allen Kantonen.

7. Kommunikation (Art. 4 Abs. 2 Bst. c)

Erwägungen:

Die Gesprächsführung ist eine wichtige Kernkompetenz des Kinder- und Jugendmediziners

und wird entsprechend in Kursen gefördert. Der Tutor (Oberärztin oder Oberarzt) hat eine Vorbildfunktion bezüglich der Gesprächsführung und bietet Hilfestellung bei Fragen.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

8. Übernahme von Verantwortung im Gesundheitswesen (Art. 4 Abs. 2 Bst. d)

Erwägungen:

Die SGP übernimmt Verantwortung im Gesundheitswesen indem sie sich politisch und gesellschaftlich für die Bedürfnisse und das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen einsetzt. Die Weiterbildung und dieses vorgelebte Engagement befähigt die Weiterzubildenden, schrittweise Verantwortung im Gesundheitssystem zu übernehmen.

Im Rahmen der späteren Übernahme von schulärztlichen Tätigkeiten sollte bereits in der Weiterbildung eine Zusammenarbeit mit den für die schulärztliche Versorgung verantwortlichen Stellen, je nach Kanton entweder Schularztamt oder praktizierende Pädiater, vermittelt werden, im Sinne eines Einblicks in deren Tätigkeiten. Dasselbe gilt für heimärztliche Engagements.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

Empfehlung: Die Zusammenarbeit zwischen Spitälern und anderen Anbietern (Heime und Schulärzte etc.) sollte verbessert und strukturiert gestaltet werden.

9. Übernahme von Organisations- und Managementaufgaben (Art. 4 Abs. 2 Bst. e)

Erwägungen:

Die Weiterzubildenden übernehmen im Klinikalltag an den WBS organisatorische und Managementaufgaben. Die Einführung in Grundlagen stationärer (DRG) und ambulanter Leistungsverrechnung (TARMED) von Spezialisten ist sichergestellt.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

10. Interdisziplinarität – Interprofessionalität (Art. 4 Abs. 2 Bst. f)

Erwägungen:

An der Betreuung chronisch kranker Kinder sind verschiedene Fachärzte der Schwerpunktdisziplinen beteiligt. Eine wichtige Aufgabe der Weiterzubildenden besteht darin, die interdisziplinäre Betreuung zu organisieren und koordinieren. Die enge und intensive Zusammenarbeit mit Vertretern von anderen Gesundheitsberufen ermöglicht die Interprofessiona-

lität. Die Expertenkommission sieht allerdings auch eine gewisse Gefahr, wenn der Kinder- und Jugendarzt alle zu bewältigenden organisatorischen Belange in Eigenregie abdecken muss. Ein sogenannter case manager, der sich um die interdisziplinäre und interprofessionelle Organisation kümmert und der Hospitalisationsmanager, der sich vor, während und nach dem Spitalaufenthalt um die Patientenakten sowie um die Organisation notwendiger Aktivitäten rund um den Patienten kümmert (Unterlagen für den Eintritt zusammenstellen, Spitaleintritt vorbereiten, Patientendossier vervollständigen, Berichte anfordern, Untersuchungen anmelden, Konsilien vereinbaren, Austritt vorbereiten) schafft eine grosse Abhilfe. Siehe den in den Anhängen unter Ziffer 7 aufgeführte Artikel „Zum Kern ärztlichen Tuns“ von Volker Schade.

Schlussfolgerung:

Der Kinder- und Jugendmediziner muss sich interdisziplinär und interprofessionell auskennen und die Zusammenarbeit suchen, die Organisation dieses Austauschs sollte er aber getrost abgeben.

Die Anforderung ist erfüllt.

Empfehlung: Die Unterstützung durch einen Case Manager oder einen Hospitalisationsmanager sollte sichergestellt werden, damit die insgesamt begrenzte Weiterbildungszeit nicht zu sehr von „arztfremden“ Tätigkeiten absorbiert wird.

Qualitätsbereich 2: Planung Evaluation

Leitlinie 2B

QUALITÄTSSTANDARDS

2B.1 Die Evaluation des Weiterbildungsgangs umfasst die Strukturen, die Prozesse und Ergebnisse (Art. 22 Abs. 2 und Art. 25 Abs. 1 Bst. e MedBG).

Erwägungen:

Jede WBS verfügt über ein Weiterbildungskonzept und Visitationen vom SIWF, die 12-24 Monate nach Amtsantritt einer neuen WBS Leiters oder bei ungenügenden Resultaten aus der Assistenten-Umfrage angesetzt werden. Im Rahmen der jährlichen Mitarbeitergespräche werden auf der Basis der Aufzeichnungen im e-Logbuch mit jedem Weiterzubildenden der aktuelle Weiterbildungsstand und die individuellen Fortschritte der letzten Weiterbildungsperiode und die individuellen Fortschritte überprüft und die zukünftigen geplant. Die Weiterbildner haben sich insbesondere über das e-Logbuch positiv geäußert: Das Instrument funktioniert als Datenbank für absolvierte Leistungen und auch als Erinnerung für anstehende Mitarbeitergespräche. Die Expertenkommission weist darauf hin, dass für die Praxen vergleichbare Anforderungen entwickelt werden müssen. Den eigentlichen Gegenstand dieses Standards, die Evaluation des Weiterbildungsgangs, hat die SGP in der Selbstevaluation zu wenig beschrieben. Leider war dieser Punkt auch im Rahmen des Round Table nicht Gegenstand des Gesprächs.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist teilweise erfüllt.

Empfehlung: Die Praxen sind wie die Kliniken zu behandeln, das heisst, es müssen vergleichbare Evaluationen stattfinden.

2B.2 Die für die Evaluation des Weiterbildungsgangs notwendigen Basisdaten sind definiert, werden laufend erhoben bzw. von der verantwortlichen Organisation zur Verfügung gestellt, analysiert und für die Qualitätsentwicklung verwendet.

Erwägungen:

Die SIWF Visitationen und die im Rahmen der Assistentenbefragung erhobenen Daten zur Qualität der WBS sind die beiden wichtigsten Instrumente. Die weiteren sind in der Selbstevaluation festgehalten.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

2B.3 Der Weiterbildungsgang umfasst Vorgaben zur Leistungsbeurteilung. Die Methoden zur Beurteilung der Weiterzubildenden einschliesslich der Kriterien zum Bestehen von Prüfungen und praktischen Evaluationen sind festgelegt, transparent und öffentlich.

Erwägungen:

Die Vorgaben der Leistungsbeurteilung sind in Tools wie Mini CEX und DOPS als AbA vorhanden. Die Methoden zur Beurteilung der Weiterzubildenden sind festgelegt. Die Facharztprüfung ist gemäss der Expertenkommission gut definiert.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

Empfehlung: Den Weiterbildnern soll genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden, um sich dieser Aufgabe anzunehmen.

Qualitätsbereich 3: Inhalt des Weiterbildungsgangs

Leitlinie 3B

QUALITÄTSSTANDARDS

3B.1 Aufbau, Zusammensetzung und Dauer der Weiterbildung und die gewünschten Auswirkungen auf die berufliche Entwicklung sind mit klar definierten Meilensteinen beschrieben. Das Verhältnis von Pflicht- und Wahlkomponenten ist klar festgelegt.

Erwägungen:

Der Aufbau, die Zusammensetzung und die Dauer der Weiterbildung sind im WBP definiert. Die Expertenkommission unterstützt die Einteilung in Spitalpädiatrie und Praxispädiatrie.

Am Round Table wurde erwähnt, dass eine zu früh gefällte und kommunizierte Entscheidung für die zukünftige Tätigkeit in einer Praxis Nachteile nach sich ziehen kann, indem man nicht mehr oder weniger in Spezialsprechstunden eingesetzt wird. Der Hinweis, dass zu wenige Praxen vorhanden sind, die als WBS fungieren, ist nicht neu. Mit der Unterteilung in Spitalpädiatrie und Praxispädiatrie hat die SGP versucht, einen Anreiz zu schaffen. Bis anhin hat dies noch nicht zum gewünschten Erfolg geführt. Eine allfällige Überdenkung der finanziellen Entschädigung der Weiterzubildenden in Praxen wird sehr begrüsst.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

3B.2 Die Definition des Inhalts ist kompetenzbasiert und ergebnisorientiert. Die erwarteten Resultate werden mit qualitativen und/oder quantitativen Indikatoren beschrieben.

Erwägungen:

Die fachspezifischen Inhalte sind in Form von zu erlernenden Kompetenzen und ergebnisorientiert im WBP festgehalten.

In der Weiterbildung spielen quantitative Indikatoren eine untergeordnete Rolle. Der Schwerpunkt liegt auf den qualitativen Indikatoren, die im Umgang mit Kindern wichtig sind. Quantität ist weniger wichtig als Qualität.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

3B.3 Der Weiterbildungsgang beinhaltet sowohl praktische und klinische Arbeit als auch die zugehörige Theorie, die für die Berufsausübung und die evidenzbasierte Entscheidungsfindung im gewählten Fachgebiet erforderlich sind.

Erwägungen:

Neben den umfangreichen Weiterbildungsinhalten, die je nach WBS bezüglich theoretischer Weiterbildung variieren, müssen in sämtlichen WBS vier Stunden theoretische Weiterbildung pro Woche sowie drei wöchentliche klinische Visiten mit einem erfahrenen Kaderarzt (Bedside-Teaching) gewährleistet werden. Die Expertenkommission regt an, dass zwei Mal pro Woche eine selbständige Fallvorstellung der Weiterzubildenden im Rahmen der Visite vorgesehen sein sollte. Dies stellt einen wichtigen Schritt zur selbständigen Berufsausübung dar. Die Weiterzubildenden weisen auch daraufhin, dass erfahrenere Weiterzubildende auch die jüngeren Weiterzubildenden ausbilden. Dies wird allerdings durch einen Spitalfacharzt kontrolliert, damit sich keine Gewohnheit oder unkorrekte Behandlung einschleift.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

ANFORDERUNGEN GEMÄSS MEDBG

Die Fachorganisation schildert die Erfüllung der folgenden MedBG-Artikel:

1. Würde des Menschen (Art. 17 Abs. 2 Bst. b)

Erwägungen:

Die wichtigsten Aspekte zur Ethik, Gesundheitsökonomie und Palliativmedizin sind im WBP aufgeführt. Viele Kliniken verfügen über Ethikforen oder Konzilien. In den dort stattfindenden Ethikgesprächen werden aktuelle Fälle mit verschiedenen Fachpersonen besprochen und das weitere Vorgehen im Konsens entschieden, die „betroffenen“ Weiterzubildenden sind bei diesen Besprechungen aktiv involviert. Selbstverständlich steht dabei die Menschenwürde des Patienten und seiner Familie im Vordergrund. Die Weiterbildner weisen darauf hin, dass der SIWF Themen wie Ethik vorgibt. Die SGP setzt sich damit auseinander und hat auch schon die Umsetzung im Rahmen einer Tagung für Pädiater andiskutiert. Aus Sicht der SGP würde eine zentrale Vermittlung gerade eines Themas wie Ethik, wo man sich stark einlesen muss, einen grossen Mehrwert bringen.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

2. Begleitung der Patientin und des Patienten bis zum Lebensende (Art. 17 Abs. 2 Bst. c)

Erwägungen:

Die SGP hat die Palliative Care als eine der ersten Fachgesellschaften in ihr WBP aufgenommen. Die SGP unterstützt den von der SIWF neu geschaffenen interdisziplinären Schwerpunkt der Palliativmedizin. Allerdings bringt dies auch Gefahren mit sich, dass nur eine Abrechnung erfolgen kann, wenn ein Schwerpunkt (eine Dignität) dazu vorliegt und es daraus abgeleitet einen Experten in diesem Gebiet gibt oder es existiert ein Leistungsauftrag. Ein solcher Auftrag für ein Kinderpalliativzentrum ist nur zusammen mit dem zuständigen Kinderspital realisierbar. Die Weiterbildner finden, dass nicht alle Leistungen an einen Schwerpunkt zu koppeln sind, sondern von unterschiedlichen Fachkräften ausgeübt werden sollten. Die Expertenkommission fragt nach, ob eine ambulante palliative Betreuung nicht ein Bedürfnis in Abgrenzung zu Hospizen oder Heimen darstellen würde. Die Weiterbildner sind der gleichen Meinung allerdings herrsche bezüglich der ambulanten Tarife im Moment ein Chaos. Bis anhin laufe die Palliativ Care vorwiegend über die Erwachsenenmedizin.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

Empfehlung: Die pädiatrische Palliativmedizin sollte in den nächsten Jahren im Rahmen des neuen interdisziplinären Schwerpunktes weiterentwickelt werden. Die Palliativ Care im ambulanten Bereich strukturieren und ausbauen, so dass eine gute Alternative neben Akutspital, Kinderhospiz und Heim besteht.

3. Präventivmassnahmen (Art. 17 Abs. 2 Bst. e)

Erwägungen:

Die Expertenkommission stellt fest, dass diesbezügliche umfangreiche Anstrengungen unternommen werden. Einerseits gibt es die Massnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit wie kinderärztliche Untersuchungen oder Impfungen andererseits unterhält die SGP ständige Kommissionen, die präventivmedizinische Massnahmen erarbeiten, so z.B. Empfehlungen bezüglich Stillen, Allergien etc.

Da an grossen Kliniken die praktische Ausübung von Präventionsinhalten nur in Teilen anfällt, kann ein Wechsel innerhalb der Weiterbildung in eine kleinere Klinik dieses Manko korrigieren.

Die Weiterbildner greifen das Thema der Transition auf und würden sich wünschen, dass dies im Rahmen der Prävention behandelt wird. Wie soll die Übergabe der Krankheitsgeschichte und Langzeitbetreuung eines Kindes, das z.B. mit 10 Jahren an Krebs erkrankte, als 20 jähriger Mensch weitergegeben werden. Diese Thematik führt zur Frage, wann ein Kind keines mehr ist, wo die Grenze Kind-Erwachsener liegt. In der Schweiz wird eine Person medizinisch mit 16 Jahren als Erwachsener angesehen (Art. 14 ZGB Volljährigkeit mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres). Diese Grenze entspricht nach Ansicht der Expertenkommission nicht den tatsächlichen Reifungsprozessen beim Menschen. Bei chronisch kranken Jugendlichen sollte die Transition erst mit Abschluss der Ausbildung stattfinden, oft erst mit 20 oder 22 Jahren.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

Empfehlung: Der Ausbau und Vermittlung der Weiterbildungsinhalte der Prävention sollte konsolidiert werden. Transition und Langzeitbetreuung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen haben wesentliche präventivmedizinische Aspekte. Sie müssen verstärkt entwickelt und dabei die bisherige relative starre Altersgrenze der Betreuung flexibler nach oben erweitert werden.

4. Wirtschaftlichkeit (Art. 17 Abs. 2 Bst. f)

Erwägungen:

Die Weiterzubildenden werden an den WBS gut über die Wirtschaftlichkeit informiert, u.a. weil die WBS zu vermitteln versucht, dass keine Rundumabklärungen vollzogen werden. Es gilt die Maxime auf möglichst schonende und wenig invasive Art und Weise der Ätiologie einer Erkrankung auf die Spur zu kommen und somit das weitere Vorgehen zu entscheiden. Die Expertenkommission ist völlig mit der SGP einverstanden, dass die Kantone die Weiterbildung einheitlich finanzieren sollen, so dass möglichst wenig finanzieller Druck bis zur Notwendigkeit einer Querfinanzierung auf den WBS und insbesondere den Praxen lastet. Dort kann die Gefahr bestehen, dass Weiterzubildende als Assistenten nicht genügend im Dienste der Weiterbildung agieren, sondern vor allem oder ausschliesslich Leistungen erbringen müssen, die von den Krankenkassen abgerechnet werden. Die Kantone sollen den für die Weiterbildung notwendigen finanziellen Beitrag leisten, so dass die Weiterbildung überall qualitativ gleich hochwertig realisiert werden kann.

Die Weiterbildner weisen auf das politische Problem hin, das sich ergibt, weil das KVG die

Weiterbildung untersagt, die WBS aber genau das machen müssen. H plus, die Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser macht zurzeit dem Bund einen Vorschlag, um dieses Dilemma zu lösen.

Schlussfolgerung:

Die Expertenkommission unterstützt den Ansatz, dass sich die Behandlung auf das medizinisch Sinnvolle beschränkt und somit auch die Kosten eingedämmt werden. Wichtig ist die Realisierung einer kantoneinheitlichen Finanzierung der Weiterbildung.

Die Anforderung ist erfüllt.

5. Interprofessionelle Zusammenarbeit (Art. 17 Abs. 2 Bst. g und i)

Erwägungen:

Es wurde bereits erwähnt, dass die Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe eng ist, da der Pädiateur in Familiennetzwerken agiert. Es drängt sich auf, hier erneut die Transition zu erwähnen. Diese muss einen Schwerpunkt darstellen, den die Pädiateure beachten und vorantreiben. Nur die Pädiateure sind in der Lage, einen guten Übergang zu gewährleisten, da sie die kranken Kinder über längere Zeit betreuen.

Schlussfolgerung:

Die Expertenkommission regt an, dass Vorträge zum Thema ambulante palliative Versorgung und Transition stattfinden. Ebenfalls müsste zu diesen Themen vermehrt Fortbildungen organisiert werden.

Die Anforderung ist erfüllt.

Qualitätsbereich 4: Inhalt des Beurteilungssystems

Leitlinie 4B

QUALITÄTSSTANDARDS

4B.1 Die Beurteilung beinhaltet formative und summative Methoden sowie laufendes Feedback über Fortschritte bezüglich Kompetenzen und Leistungen.

Erwägungen:

Eine Vielzahl von Instrumenten und Methoden steht für die Beurteilung zur Verfügung. Die wesentlichen und bereits mehrmals zitierten Instrumente sind die AbA, das kontinuierliche Feedback durch die wechselnden direkten Weiterbildner, die periodischen Karrieregespräche mit dem WBS-Leiter und das e-Logbuch.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

4B.2 Die Methoden zur Beurteilung der Weiterzubildenden einschliesslich der Kriterien zum Bestehen von Prüfungen sind festgelegt und werden sowohl den Weiterzubildenden als auch den Weiterbildnerinnen und Weiterbildnern und Prüfenden kommuniziert.

Erwägungen:

Durch die Rotation und daraus folgend den wechselnden Weiterbildner wird eine grosse Objektivität erzielt. Fallvorstellungen und Journal-Clubs bieten ebenfalls gute Beurteilungsmethoden neben bereits mehrfach erwähnten.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

4B.3 Die Beurteilung der Weiterzubildenden orientiert sich an den Bedürfnissen der Berufsausübung im öffentlichen Gesundheitswesen und in den ambulanten und stationären Sektoren (allenfalls unter Einbezug des Feedbacks von Patientinnen- und Patientenorganisationen, Gesundheitsdiensten und Fachstellen im öffentlichen Gesundheitswesen) und entspricht den fachspezifischen beruflichen Richtlinien.

Erwägungen:

Die WBS stehen unter der Aufsicht des SIWF und sind in ständigem Austausch mit dem öffentlichen Gesundheitswesen. Dieses sieht Instrumente wie die Qualitätsorganisation und die Patientenbefragung vor. Die Beurteilung der Weiterzubildenden orientiert sich an den im Standard genannten Aspekten.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

4B.4 Die Weiterbildungsstätten pflegen eine Kultur des konstruktiven Umgangs mit Fehlern, die von geeigneten Instrumenten wie z. B. einem *Critical Incident Reporting System* (CIRS) unterstützt wird.

Erwägungen:

Das CIRS ist für alle WBS im WBP als obligatorisches Kriterium vorgesehen. Grössere Kliniken mit vier respektive drei Jahren Weiterbildung verfügen auch über eine Qualitätssicherungs-Beauftragte bzw. -Kommission und führen regelmässig Elternbefragungen durch.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

ANFORDERUNGEN GEMÄSS MEDBG

Die Fachorganisation schildert die Erfüllung der folgenden MedBG-Artikel:

1. Erkennen und Berücksichtigen der eigenen und der beruflichen Grenzen (Art. 7 Bst. a)

Erwägungen:

Nil nocere stellt das höchste Gebot des hippokratischen Eides dar. Es bestimmt zentral das ärztliche Handeln des Kinder- und Jugendmediziners. Wichtige Aspekte des Berufes des Kinderarztes sind dementsprechend Demut, Respekt und Bescheidenheit, die an den Kliniken von erfahrenen Fachärzten an die jungen Weiterzubildenden weitergegeben werden.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

2. Erweitern und Ergänzen sowie Anwenden der beruflichen Kompetenzen (Art. 6 Abs. 1 Bst. a – i, Art. 6 Abs. 2)

Erwägungen:

Das Erlernen und die Anwendung der beruflichen Kompetenzen gemäss Art. 6 Abs. 1 Bst. a – i wurde über den ganzen Selbstevaluationsbericht in den diversen Standards und Anforderungen bereits eingehend erläutert und am Round Table bestätigt. Die Erweiterung der beruflichen Kompetenzen sieht die SGP in der Fortbildung. Diese wird gestützt auf Art. 6 Fortbildungsordnung des SIWF in ihren jeweiligen Disziplinen umgesetzt, angewendet und auch evaluiert. Auf dem Gebiet der Pädiatrie kann mit dem Fortbildungsdiplom beziehungsweise mit der Fortbildungsbestätigung die Erfüllung der Fortbildungspflicht dokumentiert werden.

Schlussfolgerung:

Die Anforderung ist erfüllt.

Qualitätsbereich 5: Durchführung des Weiterbildungsgangs

Leitlinie 5B

QUALITÄTSSTANDARDS

5B.1 Die Lehr- und Lernmethoden, die Grundsätze des Feedbacks und die Prinzipien der Supervision der Weiterzubildenden sind beschrieben. Sie stehen im Einklang mit den jeweiligen Weiterbildungselementen/ -modulen und Lernfortschritten und fördern ein unabhängiges und reflexives Denken sowie eine evidenzbasierte Berufsausübung.

Erwägungen:

Die Tätigkeit der Weiterzubildenden unter Supervision durch einen direkten Weiterbildungler ist vorgegeben und garantiert eine 1:1 Betreuung. Die weiteren Instrumente wie AbA, die kontinuierliche Dokumentation im e-Logbuch sowie die periodischen Evaluations- und Karrieregespräche mit dem verantwortlichen Leiter der WBS belegen die Umsetzung dieses

Standards.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

5B.2 Die Fachgesellschaft setzt sich dafür ein, dass die erforderlichen beruflichen Erfahrungen, Verantwortungsbereiche und Aufgaben definiert sind und dass die Lehrerfahrung und wissenschaftliche Qualifikation der Weiterbildnerinnen und Weiterbildner und Dozierenden laufend überprüft, gefördert und gewürdigt werden (Art. 25 Abs. 1 Bst. g MedBG).

Erwägungen:

Die Lehrerfahrung, das heisst die Lehrqualifikation der Weiterbildnerinnen und Weiterbildner, wird laufend überprüft. Dies ist wichtig, weil es für einen guten Weiterbildner nicht reicht, nur ein guter Arzt zu sein. Zudem soll der Weiterbildungsqualifikation in den CV's der zu befördernden Nachwuchspersonen genügend Beachtung zukommen. Mit incentives wie beste/bester Weiterbildner(in) of the year, könnten zusätzliche Impulse gesetzt werden. Ein weiterer Vorschlag der Expertenkommission ist, an der Jahresversammlung eine Session mit zwei oder drei Vorträgen mit didaktischen Inhalten aufzunehmen.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

Empfehlung: Die Evaluation der Weiterbildner sollte in die Qualitätssicherung aufgenommen werden.

5B.3 Das Weiterbildungsprogramm ermöglicht es den Weiterzubildenden, ein breites Spektrum an Erfahrungen im gewählten Fachgebiet zu gewinnen, einschliesslich fachlicher Tätigkeit im Notfalldienst. Die Anzahl Patientinnen und Patienten und die Fallmischung bzw. die Aufgabenbereiche und betreuten Projekte ermöglichen berufliche Erfahrung in allen Aspekten des gewählten Fachgebiets.

Erwägungen:

Der Notfalldienst stellt einen wichtigen Teil der Weiterbildung dar, der Lerneffekt ist sehr gross. Das breite Spektrum an Erfahrungen wird zudem mit der Aufteilung, dass zwei Jahre an WBS mit vier und drei Jahre Weiterbildungsberechtigung absolviert werden müssen, ermöglicht. Diese WBS verfügen über ein grosses Spektrum an pädiatrischen Patienten und ein breites Angebot inklusive einer interdisziplinären Notfallstation, einer Neonatologie, einer Intensivstation und mindestens vier Schwerpunktdisziplinen.

Die Expertenkommission möchte unter diesem Standard anregen, auch die Allgemein Ärzte, die sich am „Waldrand“ niederlassen, mit pädiatrischen Kenntnissen ausstatten. Dies indem die Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin auch für sie für eine begrenzte Zeitspanne möglich ist.. Somit kann der Haus-Familien-Arzt , der sich für die Praxis in der Peripherie entschieden hat, auch eine wichtige erste pädiatrische Anlaufstelle sein.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

5B.4 Die Weiterbildung wird in einem entlohnten Arbeitsverhältnis im gewählten Fachgebiet durchgeführt und beinhaltet die Mitarbeit in allen Aktivitäten, die für die Berufsausübung im Fachbereich relevant sind.

Erwägungen:

Die Weiterzubildenden sind als Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mit regulärem Lohn an den WBS angestellt. Die Vergabe von Volontariaten ist aufgrund der heutigen Gesetzgebung nicht mehr möglich.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

5B.5 Die Weiterbildung fördert die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit (Art. 6 Abs. 1 Bst. f, Art. 17 Abs. 2 Bst. g, Art. 17 Abs. 2 Bst. i MedBG). Eine koordinierte Multi-Site-Weiterbildung im gewählten Fachgebiet ist möglich, um den Kontakt mit verschiedenen Bereichen des Fachs und das Beherrschen der beruflichen Grundsätze zu vermitteln.

Erwägungen:

Die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist, wie bereits schon mehrmals ausgeführt, gegeben. In grösseren WBS ist der Kontakt zu anderen Disziplinen vorhanden und in kleineren WBS oder Praxen findet häufig der interprofessionelle Austausch statt.

Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang der Ausbau von Rotationsstellen im Verbund mit Lehrpraxen oder anderweitiger Kooperationen wie Gesundheitszentren, so dass noch mehr Weiterbildungsstellen geschaffen würden.

Schlussfolgerung:.

Der Notfall sollte nicht exklusiv nur von Fach- und Oberärzten behandelt werden, sondern die Weiterzubildenden sollten eingebunden wichtige Erfahrungen sammeln können. Die bereits angesprochene Praxen Erweiterung muss weiterverfolgt werden, so dass die Weiterzubildenden auch viele „kleinere Fälle“ behandeln können

Der Standard ist erfüllt

Qualitätsbereich 6: Durchführung der Evaluation

Leitlinie 6B

QUALITÄTSSTANDARDS

6B.1 Die gewählten Beurteilungsmethoden (z. B. Multiple Choice, Essay-Fragen, OSCE, Mini-CEX, AbA) sind jeweils geeignet, um optimal auf die berufliche Praxis vorzubereiten.

Erwägungen:

Die gewählten Beurteilungsmethoden sind gut und entsprechen denjenigen dieses Standards. Die SGP hat für die Weiterbildner ein Merkblatt mit Beurteilungskriterien zusammengestellt.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

6B.2 Über die Erfüllung von Leitbild und Zielen des Weiterbildungsgangs wird periodisch durch die fachlich-wissenschaftliche Leitung berichtet.

Erwägungen:

Der Vorstand der SGP hat mehrere Kommissionen (Weiterbildungskommission, Prüfungskommission eingerichtet, in denen jeweils ein Weiterzubildender Einsitz hat. Die Berichterstattung der SGP ist gewährleistet, insbesondere im Informationsbulletin beschreiben die Präsidenten der Kommissionen deren Tätigkeiten regelmässig.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

Qualitätsbereich 7: Ergebnis (Qualifikationsprofil) des Weiterbildungsgangs

Leitlinie 7B

QUALITÄTSSTANDARDS

7B.1 Die geforderten Kompetenzen und Leistungen der Weiterzubildenden sind beschrieben und allen beteiligten Personen kommuniziert. Sie werden fortlaufend überprüft.

Erwägungen:

Im Anhang 1 des WBP der SGP sind die Kompetenzen und Leistungen der Weiterzubildenden festgehalten. Diese Inhalte werden von den WB-Verantwortlichen der WBS den Weiterzubildenden kommuniziert und im klinischen Alltag gelehrt und angewandt. Eine adäquater Fortschritt der Weiterbildung wird kontinuierlich überprüft und vom Leiter der WBS durch das Visum des SIWF-Zeugnisses am Ende einer Weiterbildungsperiode bestätigt.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

7B.2 Die Fachgesellschaft trägt die Verantwortung, dass die Weiterbildungsziele ef-

fektiv und effizient erreicht werden können. Die Beurteilung der Kompetenzen und der Leistungen ist standardisiert, transparent und steht mit den Weiterbildungszielen im Einklang.

Erwägungen:

Die Aufteilung in die Basis- und Aufbauweiterbildung ermöglicht einen effizienten Ablauf der Weiterbildungszeit. Die Aufbauweiterbildung kann in Spitalpädiatrie oder Praxispädiatrie gemacht werden. Die standardisierte und transparente Beurteilung ist durch die Anwendung der gleichen Instrumente standardisiert und mit Hilfe des Merkblatts für die Beurteilung sichergestellt.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

7B.3 Es existiert ein Prozess für die Anrechnung von Weiterbildungskomponenten bzw. -modulen, die im Ausland absolviert werden.

Erwägungen:

Die Anerkennung von Leistungen im Ausland ermöglicht die Absolvierung einer gewissen Zeit der Weiterbildung ausserhalb der Schweiz. Mit Vorteil wird vor dem Auslandsantritt abgeklärt wie die Anerkennung der Leistungen umgerechnet wird, das ist im WBP unter Ziffer 2.2.5 definiert. Insgesamt ist der Prozess definiert.

Schlussfolgerung:

Es existieren Prozesse für die Anrechnung von Weiterbildungskomponenten, die im Ausland absolviert wurden.

Der Standard ist erfüllt.

Qualitätsbereich 8: Evaluation der Resultate

Leitlinie 8B

QUALITÄTSSTANDARDS

8B.1 Eine Beurteilung der Weiterbildung durch die Weiterbildnerinnen und Weiterbildner sowie die Weiterzubildenden geschieht fortlaufend.

Erwägungen:

Die Supervision durch den Weiterbildner ist bei jeder Tätigkeit gegeben. Das garantiert eine 1:1 Betreuung der Weiterzubildenden. Das zusätzlich geführte e-Logbuch dokumentiert die behandelten Fälle und bildet Grundlage der Evaluations- und Karrieregespräche. Die Beurteilung der Weiterbildung durch die Weiterzubildenden erfolgt einmal jährlich mit der Assistentenbefragung.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

8B.2 Kriterien bzw. Indikatoren für die Beurteilung der Kompetenzen und Leistungen (performance) sind für die einzelnen Weiterbildungsabschnitte festgelegt.

Erwägungen:

Die Weiterzubildenden werden zu Beginn der Weiterbildung in allgemeinpädiatrischen Bereichen eingesetzt und erst danach in Spezialgebieten. Die grösseren Kliniken begrüssen, wenn vorher eine kleinere Klinik als WBS besucht wurde, da dort die Einführung in allgemeinpädiatrische Bereiche einfacher zu realisieren ist. Eine Standortbestimmung findet einmal jährlich auch im Rahmen des periodischen Karrieregesprächs statt.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

8B.3 Der Weiterbildungsgang enthält einen Mechanismus zur Früherkennung allfällig ungenügender Leistung oder mangelnder Kompetenzen, die die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung negativ beeinflussen könnten. Eine entsprechende Beratung der Weiterzubildenden ist sichergestellt.

Erwägungen:

Es gibt nur wenige Berufsstände, die so eine geringe Anzahl Abgängerinnen und Abgänger haben wie die Pädiatrie. Diejenigen, die sich dafür entscheiden bleiben dabei, weil es eben ihr Wunsch war, pädiatrisch tätig zu sein. Es finden nur sehr wenige Abbrüche in der WB statt, dies in der Regel aufgrund schwerwiegender persönlicher Gegebenheiten. In diesen sehr individuellen Konstellationen erfolgt die Beratung und Begleitung primär durch die Weiterbildnerinnen und Weiterbildner. 80% der neu Weiterzubildenden sind Frauen, die häufig auch noch andere Belastungen haben und das erklärt dann auch, warum weniger Frauen in der Forschung oder in grossen Kliniken tätig sind. Aber ja, es gibt Mechanismen, um Konsequenzen zu ergreifen, so werden die Arbeitsverträge nur über ein Jahr ausgestellt und müssen immer verlängert werden. Das e-Logbuch dient ebenfalls als wichtiges Instrument und die Supervision kann auch Aufschlüsse über die Arbeitsweise geben.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

Qualitätsbereich 9: Qualitätssicherung und -entwicklung des Weiterbildungsgangs

Leitlinie 9B

QUALITÄTSSTANDARDS

9B.1 Auf der Grundlage einer Konklusion, in welcher der Weiterbildungsgang an den

vorliegenden Qualitätsstandards gemessen wird, ist ein Massnahmenplan für die Zukunft zu skizzieren, der aufzeigt, wie die Weiterentwicklung des Weiterbildungsgangs für die Zeitspanne bis zur nächsten Akkreditierung geplant ist.

Erwägungen:

Die SGP betont in der Bilanz zu die diesem Standard, dass der Ausbau von Weiterbildungspraxen ein weiter zu verfolgendes Ziel darstelle. Ein anderes Thema ist der Ultraschall, diesen gilt es in die Weiterbildung für alle Weiterzubildende fest zu integrieren. Die SGP ist daran, diesen Schritt zu realisieren. Weiter sieht die Expertenkommission - wie bereits wiederholt erwähnt - die Förderung des Forschungsnachwuchses als elementar an.

Die Expertenkommission wünscht, dass sich der Vorstand nicht nur für die Schaffung von weiteren Praxenplätzen sondern auch für die Entwicklung von Physician Scientists respektive für zeitlich geschützte Forschungsfreiräume einsetzt.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

9B.2 Die kontinuierliche Erneuerung/Qualitätssicherung des Weiterbildungsgangs umfasst:

- **die Anpassung des Leitbilds und der Ziele des Weiterbildungsgangs an wissenschaftliche, sozioökonomische und kulturelle Entwicklungen;**
- **die fortlaufende Anpassung der Weiterbildungsstrukturen und -prozesse in Bezug auf ihre Zweckmässigkeit;**
- **die Anpassung von Aufbau, Zusammensetzung und Dauer der Weiterbildungsgänge an die Entwicklungen des Fachgebiets.**

Erwägungen:

Die Weiterbildungskommission der SGP trifft sich zwei Mal im Jahr, um Anpassungen, die in diesem Standard genannt werden für den Weiterbildungsgang zu diskutieren. Es ist deren Aufgabe, die Entwicklungen im Fachgebiet zusammen mit dem Vorstand der SGP laufend zu überwachen und den Entwicklungen zeitgerecht durch Anpassungen des WBP gerecht zu werden.

Die Expertenkommission schlägt die konsequentere Berücksichtigung der Kindernotfallmedizin und der Transition in der Weiterbildung vor. Die Kindernotfallmedizin stellt einen wichtigen Lernort dar und die Transition ist für jeden Pädiater immer wieder ein Thema, dem Beachtung zu schenken ist. Insofern ist es wichtig, dass sich die SGP dem auch annimmt und versucht, Lösungen zu erwirken.

Ein anderer Punkt ist die die Fortbildung, die eine Person innerhalb einer Praxis für die Anerkennung der Praxis als WBS benötigt um als Lehrpraktiker zu gelten. Das Zertifikat kann in einem eintägigen didaktischen Kurs, der von der bernischen Ärztesgesellschaft angeboten wird, absolviert werden. Die Expertenkommission stellt die Frage nach der kontinuierlichen Qualitätssicherung in den Weiterbildungspraxen. Da in den Praxen bis anhin keine Qualitätssicherung stattfindet, muss die SGP dazu Lösungen entwickeln.

Schlussfolgerung:

Die Qualifikation der Weiterzubildenden ist gut, die genannten Punkte sind

aber für die weiteren Weiterzubildenden zu lösen respektive Möglichkeiten aufzuzeigen.

Der Standard ist erfüllt.

Qualitätsbereich 10: Qualitätssicherung der Evaluation

Leitlinie 10B

QUALITÄTSSTANDARDS

10B.1 Die Angemessenheit der Beurteilungsmethoden ist dokumentiert und evaluiert.

Erwägungen:

Dies wird im Rahmen der periodischen Visitationen der WBS überprüft. Im Rahmen der jährlichen Assistentenbefragung würden sich ebenfalls Defizite im Zusammenhang der Angemessenheit der Beurteilungsmethoden aufzeigen.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

10B.2 Die Fachgesellschaft sorgt dafür, dass bei der Auswahl, der Anerkennung und der Einteilung der Weiterbildungsstätten in Kategorien (z. B. A, B und C in der Humanmedizin) die Anzahl Patientinnen und Patienten und die Fallmischung breite klinische Erfahrungen in allen Aspekten des gewählten Fachgebiets ermöglichen.

Erwägungen:

Die SGP hat die traditionelle Einteilung in A, B, C und D verlassen und die WBS nach Jahren der Weiterbildungsberechtigung eingeteilt. Diese Weiterbildungsberechtigung orientiert sich nicht mehr primär an Patientenzahlen, sondern neu an der Zahl der effektiv vorhandenen Weiterbildner, der Anzahl der an der Klinik vorhandenen Inhaber von Schwerpunkt-Facharzttiteln und deren Anwesenheit und anderer Faktoren mit Einfluss auf die Weiterbildungsqualität.

Die Expertenkommission sieht die Einteilung in 1, 2, 3 und 4 jährige WBS als sehr sinnvolle Änderung an. Die von der SGP angesprochene Problematik mit dem Arbeitsgesetz punkto zeitlicher Verfügbarkeit der Weiterzubildenden liesse sich mittels Care Managern und Hospitalisationsmanagern minimieren. Diese Erleichterung bezüglich organisatorischer Aufgaben hätte zwangsläufig eine Effizienzsteigerung für weiterbildungsrelevante Inhalte zur Folge.

Schlussfolgerung:

Der Standard ist erfüllt.

4 Gesamtbeurteilung mit Stärken und Herausforderungen

Der Kinder- und Jugendmediziner muss fähig sein, die medizinische Grundversorgung wie auch die fachärztliche Betreuung des Kindes und des Jugendlichen vom Neugeborenen- bis zum Ende des Adoleszentenalters sicherzustellen. Er behandelt dabei nicht nur Krankheiten und versorgt Unfälle, sondern unternimmt im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen auch Massnahmen zur Gesundheitserhaltung und -förderung durch Impfungen, Gesundheits- und Erziehungsberatung sowie zur Früherkennung von Krankheiten und Störungen (inkl. Entwicklungs- und Verhaltensstörungen) und deren Rehabilitationsmassnahmen. Er berücksichtigt dabei die familiären, sozialen und schulischen Faktoren, die für die Entwicklung des Kindes und Jugendlichen eine wichtige Grundlage sind. Darüber hinaus muss er fähig sein, die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen (z. B. therapeutischen) Fachpersonen und mit den Instanzen des öffentlichen Gesundheitswesens zu pflegen.

Der Weiterbildungsgang in Kinder- und Jugendmedizin setzt sich zusammen aus der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin (Basis- und Aufbauweiterbildung) und den 11 Schwerpunkten. Die Weiterbildung basiert auf den Vorgaben des Medizinalberufegesetzes (MedBG) und des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) und ist im Weiterbildungsprogramm detailliert beschrieben. Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie überwacht mittels verschiedener Kommissionen die Umsetzung des WBP in den Weiterbildungsstätten.

Die Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin ist zeitgemäss und den aktuellen Bedürfnissen der Gesellschaft angepasst. Eine wesentliche Herausforderung wird sein, genügend und damit vermehrt Fachärzte in Kinder- und Jugendmedizin auszubilden, um die qualifizierte medizinische Grundversorgung von allen Kindern in der Schweiz sicherzustellen. Dazu müssen in Zukunft zusätzliche Weiterbildungsplätze in der pädiatrischen Grundversorgermedizin geschaffen werden (z. B. in Weiterbildungspraxen). Parallel dazu muss jetzt in diesen Praxen die Weiterbildung kontinuierlich qualitätsgesichert beurteilt werden. Die Ausbildung in Sonographie, Palliativmedizin sowie Transition von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen müssen verstärkt entwickelt und die bisherige relative starre Altersgrenze der Betreuung flexibler nach oben erweitert werden. Universitäre wissenschaftliche Weiterbildungscurricula zur Entwicklung von Physician Scientists müssen ausgebaut werden, um geeignete Weiterzubildende an eine wissenschaftliche Karriere heranzuführen. Die entscheidende Voraussetzung für diese notwendigen Weiterentwicklungen ist eine angemessene, kantonseinheitliche Finanzierung der Weiterbildung.

5 Schlussfolgerung und Akkreditierungsantrag

Die Expertenkommission empfiehlt eine Akkreditierung ohne Auflagen. Die AAQ schliesst sich dieser Empfehlung an und empfiehlt gemäss Art. 27 MedBG eine Akkreditierung ohne Auflagen.

6 Rückmeldung des MedBG-Ausschuss des Schweizerischen Akkreditierungsrats

Der Ausschuss meldet zurück, dass die Umsetzung der Empfehlungen der Gutachter mit Nachdruck unterstützt wird und möchte sie deshalb hier nochmals wiedergeben:

Empfehlung: Die wissenschaftlichen Weiterentwicklung und Forschung besser und stärker im WBP positionieren. Die strukturierte Entwicklungen zum Physician Scientist ist auszubauen und die Weiterzubildenden sind aktiv an moderne Forschungskonzepte während der Weiterbildung heranzuführen, entsprechend den oben erwähnten Möglichkeiten (vgl. Abschnitt Schlussfolgerung).

Empfehlung: Die Schaffung und Weiterentwicklung zusätzlicher Weiterbildungsplätze in der ambulanten Pädiatrie einschliesslich einer strukturierten Qualitätssicherung mit Nachdruck vorantreiben. Den Weiterzubildenden die Wichtigkeit der interdisziplinären und der interprofessionellen Zusammenarbeit an spezifischen Beispielen vermitteln.

Empfehlung: Die SGP sollte sich dafür einsetzen, dass an allen WB-Stätten die Behandlung auch von „einfachen“ Notfällen verpflichtend einbezogen bleibt und vom Weiterzubildenden regelmässig durchgeführt wird.

Empfehlung: In der Weiterbildung sollten die Programme zur Entwicklung wissenschaftlicher Karrieren von Anbeginn der Weiterbildung an angeboten und weiterentwickelt werden. Eine einheitliche nicht kantonsabhängige Finanzierung der Weiterzubildenden könnte ebenfalls einen wichtigen Schritt für die Schaffung entsprechender Programme in allen Kantonen.

Empfehlung: Die Zusammenarbeit zwischen Spitälern und anderen Anbietern (Heime und Schulärzte etc.) sollte verbessert und strukturiert gestaltet werden.

Empfehlung: Die Unterstützung durch einen Case Manager oder einen Hospitalisationsmanager sollte sichergestellt werden, damit die insgesamt begrenzte Weiterbildungszeit nicht zu sehr von „arztfremden“ Tätigkeiten absorbiert wird.

Empfehlung: Die Praxen sind wie die Kliniken zu behandeln, das heisst, es müssen vergleichbare Evaluationen stattfinden.

Empfehlung: Den Weiterbildnern soll genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden, um sich dieser Aufgabe anzunehmen.

Empfehlung: Die pädiatrische Palliativmedizin sollte in den nächsten Jahren im Rahmen des neuen interdisziplinären Schwerpunktes weiterentwickelt werden. Die Palliativ Care im ambulanten Bereich strukturieren und ausbauen, so dass eine gute Alternative neben Akutspital, Kinderhospiz und Heim besteht.

Empfehlung: Der Ausbau und Vermittlung der Weiterbildungsinhalte der Prävention sollte konsolidiert werden. Transition und Langzeitbetreuung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen haben wesentliche präventivmedizinische Aspekte. Sie müssen verstärkt entwickelt und dabei die bisherige relative starre Altersgrenze der Betreuung flexibler nach oben erweitert werden.

Empfehlung: Die Evaluation der Weiterbildner sollte in die Qualitätssicherung aufgenommen werden.

7 Liste der Anhänge

- Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (ssp sgp) vom 21. 10.2016
- Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Wissenschaftskultur und Nachwuchsförderung in der Medizin von Dr. med Hermann Amstaad, Generalsekretär SAMW
- Positionspapier in FMH aktuell: Zum Kern ärztlichen Tuns von Dr. Volker Schade, Centrum für PersonalManagement und Organisationsgestaltung (cpmo)



ssp sgp

SWISS SOCIETY OF PAEDIATRICS
Ihre Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendliche
Les médecins de vos enfants et adolescents
I medici dei vostri bambini e adolescenti

AAQ - Schweizerische Agentur für
Akkreditierung und Qualitätssicherung
Frau Barbara Gissler
Effingerstrasse 15
Postfach
3001 Bern

21. Oktober 2016

Stellungnahme zum Gutachten „Akkreditierung 2018 des Weiterbildungsgangs Kinder- und Jugendmedizin“

Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrte Herren Gutachter Profs. Schaad und Hoffmann

Wir danken Ihnen für die konstruktive Rückmeldung zum Selbstbeurteilungsbericht und für die nützlichen Diskussionen anlässlich des runden Tisches am 5. September in der AAQ in Bern.

Wir freuen uns ganz besonders, dass Sie die Akkreditierung des Weiterbildungsgangs Kinder- und Jugendmedizin ohne Auflagen empfehlen.

Wir werden diejenigen Standards, die als nur teilweise erfüllt bewertet wurden, in den zukünftigen Entwicklungen des Fachgebietes speziell berücksichtigen. Wir gehen mit Ihnen besonders darin einig, dass die wissenschaftliche Weiterentwicklung des Fachgebietes Kinder- und Jugendmedizin im Selbstbeurteilungsbericht nicht genügend dargestellt wurde und in Zukunft eine noch stärkere Positionierung braucht (z. B. Stärkung von Physician Scientists).

Wir möchten aber auch zu bedenken geben, dass im fünfjährigen Curriculum zum Erlangen des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin bereits jetzt ein Jahr wissenschaftliche Tätigkeit angerechnet werden kann. In der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin muss das Weiterbildungsprogramm deshalb seinen Fokus in erster Linie auf die klinische Weiterbildung richten – natürlich ohne die Forschung allzu sehr zu vernachlässigen. Durch die obligatorische zweijährige Weiterbildung an Weiterbildungsstätten mit 4 resp. 3 Jahren Weiterberechtigung ist eine Weiterbildung in einem wissenschaftlichen Umfeld gewährleistet. Praktisch alle Weiterzubildenden sind während diesen Phasen ihrer Weiterbildung schon jetzt an wissenschaftlichen Projekten der dort tätigen Forschungsgruppen beteiligt. Dies zeigt sich auch an der hohen Anzahl der Weiterzubildenden, die im Anschluss an den Facharztstitel Kinder- und Jugend-Medizin ihre Weiterbildung in einem der 11 Schwerpunkte fortsetzen. Auf der Basis ihrer während der Pädiatrie-Weiterbildung absolvierten Forschungstätigkeit werden dann in diesem Kontext weitere Projekte gefördert und gefordert. Ein Teil des Heranführens an eine wissenschaftliche Tätigkeit erfolgt also in der Pädiatrie mit ihren Schwerpunkten und besonders auch in den Schwerpunktweiterbildungsprogrammen.

Die Weiterbildungskommission der SGP ist ebenfalls der Meinung, dass geeignete Methoden entwickelt werden sollten, um die Qualitätsstandards der Weiterbildung in den Lehrpraxen kontinuierlich zu überprüfen. Allerdings muss die Entwicklung solcher Standards sicher im Rahmen des Leistungsauftrages des SIWF erfolgen, denn die pädiatrischen Lehrpraxen machen an der Gesamtzahl der Lehrpraxen vorderhand (leider) nur einen sehr kleinen Anteil aus. Die WBK hat bereits vor 3 Jahren diesbezüglich den Austausch mit der Stiftung für Weiterbildung in der Hausarztmedizin (WHM) gesucht. Auch beim SIWF ist dieser Bedarf erkannt.

Eine bestmögliche Weiterbildung ist primär im Interesse der Weiterzubildenden, die anhand ihres anwachsenden Erfahrungsschatzes den Weiterbildungsgang kontinuierlich evaluieren – so auch in der jährlichen AssistentInnenbefragung. Ausserdem belegen auch die Resultate der Facharztprüfung die Qualität des Weiterbildungsganges.

Erlauben Sie uns auf kleine inhaltliche/orthographische Fehler und ein Missverständnis im Bericht aufmerksam zu machen.

Seite 4. Prof. Rudin ist Präsident der Weiterbildungskommission der SGP und nicht der SGP selber, während Prof. Aebi Vizepräsident der SGP ist.

Seite 4. Der akademische Titel von Dominique Gut (Weiterzubildender Kinderspital Zürich) lautet Dr. med., ebenso derjenige von Sepp Holtz.

Seite 8. SGP sollte anstelle von SGB stehen.

Seite 10. Sie erwähnen, dass *die praktische Weiterbildung von Notfällen in allen Curricula realisiert werden sollte*. Wir sind der Ansicht, dass diese Forderung in der Weiterbildung ohne Vorbehalte erfüllt wird. Tatsächlich spielt die Kindernotfallmedizin in der Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin eine zentrale Rolle, ist mit dem entsprechenden Schwerpunkt auf Stufe Weiterbildner sichergestellt und wird von allen Weiterbildungsstätten mit hoher Priorität vermittelt. Im Gegensatz dazu werden allerdings Weiterbildungsinhalte in den Bereichen Vorsorgeuntersuchungen, Prävention und Entwicklungspädiatrie nach wie vor unzureichend vermittelt, obschon diese Themen in der kinderärztlichen Praxis mehr als 50% der Tätigkeit ausmachen (siehe Tabelle im Anhang). Eine Verbesserung der Weiterbildung in diesen Bereichen wird in Zukunft notwendig sein (Jenni & Sennhauser, J Pediatrics 2016: S203-S212).

Wir stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Prof. Dr. med. Oskar Jenni
Leiter AG Akkreditierung 2018 der SGP



Dr. med. Nicole Pellaud
Präsidentin SGP

Anhang

Table III. Parental reasons and agenda for sick and well child visits in pediatric primary care (multiple reasons were possible)

Sick child visits	No.	% (2298)	Well child visits	No.	% (813)
ENT, lung	740	32.2	Vaccination	463	56.9
Skin	377	16.4	Feeding/eating behavior	222	27.3
Fever	258	11.2	Skin	150	18.5
Vaccination	254	11.0	Vaccination questions	130	16.0
Gastrointestinal	228	9.9	Other behavioral issues	112	13.8
Medication issues	170	7.4	Questions about siblings	98	12.1
Other behavioral issues	158	6.9	Sleep	90	11.1
Questions about siblings	146	6.4	ENT, lung	90	11.1
Feeding/eating behavior	136	5.9	Medication issues	78	9.6
Accident	134	5.8	Motor development	74	9.1
Pain	129	5.6	Growth	74	9.1
Allergies	126	5.5	Gastrointestinal	65	8.0
Only vaccination questions	111	4.8	Teething	52	6.4
Eyes (including vision)	96	4.2	Nursing practice	51	6.3
Urinary	70	3.0	Musculoskeletal	34	4.2
Musculoskeletal	62	2.7	Follow-up	33	4.1
Growth	61	2.7	Eyes (including vision)	30	3.7
School difficulties	61	2.7	Crying	27	3.3
Sleep	40	1.7	Language development	27	3.3
Medical certificate	38	1.7	Allergies	20	2.5
Teething	36	1.6	Bladder/bowel control	20	2.5
Motor development	26	1.1	School difficulties	19	2.3
Travel issues	25	1.1	Travel issues	15	1.8
Sleepiness	25	1.1	Urinary	13	1.6
Crying	23	1.0	Fever	12	1.5
Language development	19	0.8	Pain	8	1.0
Bladder/bowel control	17	0.7	Insurance issues	7	0.9
Neurologic	17	0.7	Medical certificate	7	0.9
Hearing	16	0.7	Accident prevention	6	0.7
Adolescence	12	0.5	Accident	6	0.7
Nursing practice	11	0.5	Neurologic	4	0.5
Insurance issues	11	0.5	Sleepiness	3	0.4
Other surgical	11	0.5	Hearing	3	0.4
Follow-up	453	19.7			
Others	131	5.7	Others	132	16.2

Konsultationsgründe in der kinderärztlichen Praxis, aufgeteilt nach Vorsorgeuntersuchungen (well child visits) und akuten Konsultationen (sick child visits). Tabelle III in Jenni & Sennhauser, J Pediatrics 2016: S203-S212.

Wissenschaftskultur und Nachwuchsförderung in der Medizin

Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

 **SAMW** ASSM

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Hinweise zur Ausarbeitung dieses Positionspapiers

Ausgangspunkt dieses Positionspapiers war die a.o. Senatssitzung der SAMW von Anfang September 2014 zum Thema «Wissenschaftskultur». In der Folge wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich in mehreren Sitzungen intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt und Empfehlungen formuliert hat. Dieser Arbeitsgruppe gehörten folgende Persönlichkeiten an: Prof. Beatrice Beck Schimmer, Zürich; Prof. Mirjam Christ-Crain, Basel; Prof. Philipp U. Heitz, Au; Prof. Ulrich Hübscher, Bassersdorf; Prof. Samia Hurst, Genf; Prof. Wolfgang Langhans, Schwerzenbach; Prof. Peter Meier-Abt, Zürich; Prof. Heini Murer, Beckenried; Prof. Arnaud Perrier, Genf; Prof. Jean-Daniel Tissot, Lausanne; Prof. Hanno Würbel, Bern; Prof. Gregor Zünd, Zürich.

Eine kleine Redaktionsgruppe hat in der Folge aus diesem «Rohstoff» einen ersten Entwurf des Positionspapiers ausgearbeitet. Dieser wurde den Mitgliedern der Arbeitsgruppe sowie den Angehörigen des SAMW-Senats zur Stellungnahme unterbreitet. Auf der Basis der eingegangenen Rückmeldungen wurde das Dokument finalisiert, redaktionell bereinigt und vom Vorstand der SAMW an seiner Sitzung vom 30. Juni 2016 verabschiedet.

Die Publikation erscheint auch in französischer und englischer Sprache und kann kostenlos bei der SAMW bezogen werden (d + f) bzw. auf www.samw.ch/publikationen heruntergeladen werden (d + f + e).

Wissenschaftskultur und Nachwuchsförderung in der Medizin

**Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)**



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
mail@samw.ch, www.samw.ch

Gestaltung

Howald Fosco Biberstein, Basel

Druck

Kreis Druck, Basel

1. Auflage 2016 (700 D, 300 F)

Die Publikation kann kostenlos gedruckt bezogen werden: order@samw.ch



Copyright: ©2016 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter «Creative Commons Attribution»
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Der Inhalt dieser Publikation darf
demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben
werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitiervorschlag:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016)
Wissenschaftskultur und Nachwuchsförderung in der Medizin.
Swiss Academies Communications 11 (9).

ISSN (print): 2297-1793

ISSN (online): 2297-1807

Executive Summary	5
1. Hintergrund	7
2. Wissenschaftskultur in der Medizin	9
2.1 Implementierung und Einhaltung von GRP, GCP und Forschungsethik (research governance)	10
2.2 Verbreitung/Publikation von Forschungsergebnissen (dissemination)	11
2.3 Drittmittelwerbung (funding)	12
2.4 Bewertung von Forschungsleistungen, Beurteilung von Forschenden (assessment)	13
2.5 Karriereförderung (careers)	14
3. Nachwuchsförderung: Von der Ausbildung bis zur Professur	15
3.1 Ausbildung	15
3.2 Weiterbildung	16
3.3 Karriereförderung und transparente Karrierewege	17
3.4 Berufungen	20
4. Organisationsstrukturen	21
5. Ausblick	23
Literatur	24

Executive Summary

Die Qualität der medizinischen Forschung wird seit einigen Jahren kritisch hinterfragt; gleichzeitig stellt der Mangel an Nachwuchsforschenden in der akademischen Medizin ein zunehmendes Problem dar. Da anzunehmen ist, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen einer integren und vertrauenswürdigen Wissenschaftskultur und der Motivation junger Nachwuchspersonen für eine biomedizinische Forschungskarriere gibt, schlägt die SAMW eine Reihe von Massnahmen vor, um sowohl die Wissenschaftskultur als auch die Situation der Nachwuchsforschenden zu verbessern; im Bereich «Wissenschaftskultur» sind es die folgenden:

1. Die Forschungsinstitutionen haben die Regeln von «Good Research Practice» und «Good Clinical Practice» zu implementieren, für deren Einhaltung zu sorgen und unabhängige Anlauf- und Untersuchungsstellen zu schaffen, die mögliche Verstösse untersuchen.
2. Nur Forschungsergebnisse, die innerhalb der Forschergruppe validiert worden sind, sollen nach aussen kommuniziert werden; dabei ist der individuelle Beitrag jedes Koautors zu deklarieren. Der Zugriff auf die Originaldaten muss gewährleistet sein, und auch negative Forschungsergebnisse sind öffentlich zugänglich zu machen.
3. Insbesondere die Universitätsspitaler müssen ihren Forschungsnachwuchs frühzeitig auf die von der Dienstleistung unabhängige Finanzierung von Forschungsleistungen hinweisen und die Forschenden bei der Einwerbung finanzieller Forschungsmittel unterstützen.
4. Publikationen dürfen nicht der einzige Parameter für die Beurteilung einer individuellen Forscherpersönlichkeit sein; als weitere Faktoren sind Lehrleistungen, Drittmittelinwerbung, Innovationspotenzial, Karriereplanung, allenfalls klinische Kompetenzen, Befolgung der wissenschaftlichen Integritätsregeln, Teamfähigkeit und familiäre Verpflichtungen einzubeziehen.
5. Eine nachhaltige und gendergerechte Nachwuchsförderung gilt als essenzieller Bestandteil einer verantwortungsvollen Wissenschaftskultur; sie bestimmt zu einem grossen Teil die Attraktivität einer wissenschaftlichen Karriere.

Im Bereich «Nachwuchsförderung» erachtet die SAMW folgende Massnahmen als notwendig:

1. Programme für MD-PhD und Dr. sc. med. bieten das ideale Training für Physician-Scientists und sind mit hoher Priorität durch nationale und lokale Finanzmittel zu fördern.
2. Universitätsspitäler und forschungskompetente Kantonsspitäler sollten qualifizierte und interessierte Assistenzärztinnen und -ärzte während der Weiterbildungszeit vermehrt für Forschungsaktivitäten freistellen (protected research time).
3. Die Medizinischen Fakultäten sind gefordert, das kohärente und logisch abgestufte Nachwuchsfördermodell des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) mit der klinischen Weiterbildung abzustimmen und an den Universitätsspitalern zu verankern.
4. Die Universitätsspitäler haben neben den wenigen Chefarztpositionen zusätzlich attraktive, erstrebenswerte und familienfreundliche Karriereoptionen für Physician-Scientists zu schaffen. Konkret könnte etwa das in den USA bewährte «Attending Physician System» übernommen und/oder zumindest an Schwerpunktkliniken das «dual Leadership» eingeführt werden: Dabei handelt es sich um eine separate Leitung und Verantwortung von Klinik und Forschung mit intensivem gegenseitigem Austausch und mit Rotationsmöglichkeiten.
5. Bei Berufungsverfahren sollten die Leistungen in der Nachwuchsförderung zu den wichtigsten Beurteilungskriterien gehören. Das individuelle Potenzial für Klinik, Forschung und Lehre zeigt sich nicht zuletzt in der Anzahl und der Kompetenz von von Nachwuchsforschenden, die ein/-e Kandidat/-in für eine Professur erfolgreich ausgebildet bzw. betreut hat.

Die SAMW wird eine Arbeitsgruppe einsetzen, um die Umsetzung dieser Massnahmen aktiv zu begleiten und zu unterstützen.

1. Hintergrund

Aktuell wird viel über Massnahmen zur Behebung des Ärztemangels diskutiert; der Fokus liegt dabei vor allem auf der Verbesserung der ärztlichen Grundversorgung. Der Mangel an Forschungsnachwuchs in der akademischen Medizin wird weniger thematisiert, obwohl er seit Jahren ein zunehmendes Problem darstellt. Im Positionspapier «Medizin als Wissenschaft» hat die SAMW 2009 konkrete Massnahmen zur Attraktivitätssteigerung einer forschungsorientierten Karriere in den biomedizinischen Wissenschaften vorgeschlagen [1]. In der Folge wurden an einzelnen Universitäten und Universitätsspitälern zwar Verbesserungen in der Nachwuchsförderung eingeführt (z. B. «protected research time» während der Weiterbildung), insgesamt wird die Qualität der biomedizinischen Forschung seit einigen Jahren aber zunehmend kritisch hinterfragt [2]. Laut und deutlich wurde und wird die Forderung erhoben, dass die Aussagekraft medizinischer Studien erhöht und die Anzahl nutzloser Studien reduziert werden müssen («increasing value – reducing waste»). Dazu ist ein umfassendes «Scientific-Change-Programm» notwendig, das insbesondere dazu beiträgt, durch eine bessere Berücksichtigung von bereits vorhandenem Wissen und durch eine sorgfältigere Planung und Durchführung wissenschaftlicher Studien die Verschwendung finanzieller, struktureller und personeller Ressourcen durch nicht aussagekräftige Untersuchungen zu vermeiden [3]. Ebenso wird zur Verbesserung der Reproduzierbarkeit von Forschungsergebnissen eine Reihe möglicher Massnahmen auf verschiedenen Ebenen des Wissenschaftsprozesses (Forschende, Forschungs- und Förderinstitutionen, Verlage / Reviewer / Journale) vorgeschlagen, einschliesslich einer qualitativ besseren Ausbildung des Forschungsnachwuchses [4].

Da anzunehmen ist, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen einer integren und vertrauenswürdigen Wissenschaftskultur und der Motivation junger Nachwuchspersonen für eine biomedizinische Forschungskarriere gibt, hat die SAMW das Thema erneut aufgenommen. Sie hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich speziell auch mit der Situation in der Schweiz befassen sollte. Die Arbeitsgruppe identifizierte vor allem weiteren Handlungsbedarf zur Sicherung der Nachwuchsförderung auf der ganzen Breite der biomedizinischen Forschung, also von der grundlagenorientierten über die translationale bis hin zur vorwiegend patientenorientierten klinischen Forschung. Im Folgenden schlägt sie dringende Massnahmen zur Förderung von Physician-Scientists, «the newest

endangered species» [5], vor. Sie schliesst dabei an vorgängige Publikationen an, namentlich an das Positionspapier «Medizin als Wissenschaft» [1], den Bericht der Themengruppe «Nachwuchs für die Klinische Forschung in der Schweiz» [6] und die kürzlich von den Akademien der Wissenschaften Schweiz publizierten «Empfehlungen für gendergerechte akademische Karrierewege» [7]. Sie aktualisiert die Empfehlungen für eine effektive Nachwuchs- und Karriereförderung von Physician-Scientists und betont insbesondere deren Bedeutung für eine zuverlässige und nachhaltige biomedizinische Forschungskultur. Im Laufe der Diskussionen wurde aber auch klar, dass die Grundprobleme der mangelhaften Wissenschaftskultur nicht nur die biomedizinischen Wissenschaften, sondern auch andere akademische Fachgebiete betreffen. Das Thema wurde deshalb von den Akademien der Wissenschaften Schweiz zur erweiterten Bearbeitung aufgenommen. Die SAMW erachtet die vorgeschlagenen Reformen als unausweichlich und wichtig; sie wird sich für deren Umsetzung bei den zuständigen Institutionen aktiv einsetzen.

2. Wissenschaftskultur in der Medizin

Eine gute Wissenschaftskultur ist die Basis für qualitativ hochstehende Forschung. Nur wenn es anerkannte Werte und Prinzipien gibt, an die sich alle Forschenden halten, kann die Wissenschaft als gemeinsame Leistung nachvollziehbares und verlässliches Wissen erzeugen. Und nur dann, wenn es eine gemeinsame Wissenschaftskultur gibt, können neue Arbeiten auf den Erkenntnissen anderer aufbauen und so weitere Fortschritte ermöglichen. Dabei ist das Wissenschaftssystem von einer Wechselwirkung gezeichnet: Die Wissenschaftskultur muss gut sein, damit sie gute Nachwuchswissenschaftler anzieht; gleichzeitig sind es die Forschenden selbst, die diese Kultur prägen. Wenn sich also die Wissenschaftskultur verändern bzw. verbessern soll, dann gilt es, neben den Akteuren auch das System in den Fokus zu rücken, da es einen entscheidenden Einfluss auf die Wissenschaftskultur ausübt. Das gilt zwar für sämtliche Fachdisziplinen, ist aber unter dem Aspekt «increasing value – reducing waste» [2] besonders wichtig für die notwendigen Verbesserungen in den biomedizinischen Wissenschaften.

Zu den Kernelementen der Wissenschaftskultur gehören alle Faktoren, die das Vertrauen zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in die Ergebnisse ihrer Arbeit stärken [8]. Die Summe dieser Faktoren definiert die sog. «Good Research Practice» (GRP), die gemäss dem Medical Research Council in Grossbritannien für die Medizin verschiedene Prinzipien wie hohe Forschungsexzellenz, Einhaltung der wissenschaftlichen Integrität, Berücksichtigung der ethischen und legalen Rahmenbedingungen, Offenheit und Transparenz, Übernahme von Verantwortung sowie aktives Engagement in der Aus- und Weiterbildung von Nachwuchsforschenden beinhaltet [9].

Ähnliche, wenn auch spezifischer auf die klinische Forschung ausgerichtete Grundsätze sind in den «Good-Clinical-Practice»-Regeln (GCP) festgehalten, die in der Schweiz seit 2014 ein fester Bestandteil des Bundesgesetzes für die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG) sind [10]. Schliesslich kam der UK-basierte «Nuffield Council on Bioethics» für Biologie und Medizin kürzlich auf grund einer Umfrage bei fast 1000 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zum Schluss, dass Faktoren wie Motivation, Originalität, exaktes Arbeiten, Ehrlichkeit, Teamarbeit, Interdisziplinarität, Offenheit bzw. Transparenz und Kreativität entscheidend für eine hohe Forschungsqualität entscheidend sind [11].

In der aktuellen Debatte kritisieren immer mehr und lautere Stimmen, dass diese Ziele allzu oft dem grossen Wettbewerbsdruck zum Opfer fallen und von den Forschungsinstitutionen bzw. vom System zu wenig unterstützt werden. Der von Impaktfaktoren bestimmte hohe Publikationsdruck, Zeitmangel und intransparente, zu engstirnige und nicht nachvollziehbare Evaluationskriterien mindern die wissenschaftliche Kreativität, die Offenheit, die faire Zusammenarbeit im Team und generell die Bereitschaft zur Einhaltung der GRP-Prinzipien. Zur Verbesserung der Situation wird eine eigentliche Erneuerung der Wissenschaftskultur gefordert [11]. Diese muss auf verschiedenen Ebenen des Forschungsprozesses ansetzen, einschliesslich der Implementierung bzw. Befolgung der GRP, der GCP und der Forschungsethik (research governance). Dazu gehören Verbreitung bzw. Publikation von Forschungsergebnissen (dissemination), Drittmittelinwerbung (funding), Bewertung von Forschungsleistungen und Beurteilung von Forschenden (assessment) sowie gendergerechte und nachhaltige Karriereförderung von Nachwuchsforschenden (careers). Letztlich geht es darum, dass das Vertrauen zwischen den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gestärkt, die Nachhaltigkeit von Forschung und Lehre erhöht und die Chancengleichheit in der Wissenschaft verbessert werden [8].

Die im vorliegenden Positionspapier vorgeschlagenen Massnahmen zur Verbesserung der Wissenschaftskultur basieren auf den zitierten internationalen Empfehlungen; sie berücksichtigen aber insbesondere auch die Situation in der Schweiz.

2.1 Implementierung und Einhaltung von GRP, GCP und Forschungsethik (research governance)

Es ist unverzichtbar, dass die Regeln von GRP und GCP eingehalten werden [9, 11]. Dies liegt in der Verantwortung der Forschenden und der Forschungsinstitutionen. Die Maxime muss lauten: «Quality before quantity.» Die Einhaltung der wissenschaftlichen Integrität hat oberste Priorität, gegenüber wissenschaftlichem Fehlverhalten muss die Nulltoleranz gelten. Die Institutionen sind dafür verantwortlich, dass es unabhängige Anlauf- und Untersuchungsstellen gibt, die dafür sorgen können, dass sog. «Whistleblower» nicht bestraft werden. Die Akademien der Wissenschaften Schweiz haben die in der Schweiz gültigen Grundsätze und Verfahren zur wissenschaftlichen Integrität publiziert [12, 13].

Alle Forschungseinheiten sollten eine strukturierte Fehlerkultur (error culture) etablieren, die es ermöglicht, wissenschaftliches Fehlverhalten zu verhindern und aus Fehlern zu lernen. Dazu gehören strukturelle Massnahmen wie die Einrichtung eines «Critical Incident Reporting Systems» für die Forschung genauso wie personelle Ressourcen: sinnvolle Grössen von Forschungsgruppen – ein Tutor kann nur eine beschränkte Anzahl von Doktoranden bzw. Postdocs betreuen – sowie ein externes Monitoring durch etablierte Wissenschaftler.

Die Forschungskultur muss durch Respekt, Offenheit und Transparenz geprägt sein und ein teamorientiertes Arbeiten ermöglichen. Nachwuchsforschende dürfen nicht einem zu ehrgeizigen Publikationsdruck ausgesetzt und nicht von einer einzigen Person abhängig sein. Sie brauchen eine verständnisvolle und fördernde Arbeitsumgebung, angemessene Forschungszeit, transparente institutionelle Rahmenbedingungen, Unterstützung im Einwerben von Drittmitteln und kalkulierbare Karrierewege.

Um die Ziele der GRP zu erreichen, braucht das Wissenschaftssystem Strukturen, die Forschende auf allen Stufen ihrer Karriere in der akademischen Medizin finanziell und ideell unterstützen. Das erfordert entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen. Forschungsinstitutionen mit hohen GRP- und Forschungsethikstandards sollten für die getätigten Investitionen gewürdigt bzw. ausgezeichnet werden, etwa mit speziellen Zertifikaten oder Labels, ohne dafür einen grossen administrativen Mehraufwand betreiben zu müssen.

2.2 Verbreitung/Publikation von Forschungsergebnissen (dissemination)

Forschung soll innerhalb eines Teams und einer Institution mit voller Offenheit und Transparenz erfolgen. Der Datenaustausch zwischen Institutionen ist zu fördern, und es sollte eine national koordinierte und strukturierte Datenarchivierung eingerichtet werden. Dabei müssen gesundheitsbezogene Personendaten HFG konform anonymisiert werden.

Nur Forschungsergebnisse, die innerhalb der Forschergruppe validiert worden sind, sollen nach aussen kommuniziert werden; dabei ist grosse Sorgfalt auf methodische Details zu legen. Der Zugriff auf Originaldaten ist im Sinne der «BMJ Open Data»-Kampagne [14] zu gewährleisten. Zudem sollten alle – auch negative – Forschungsergebnisse öffentlich zugänglich gemacht werden. Die Publikation von Forschungsergebnissen muss realistisch, ehrlich und ohne «Sensationslust» erfolgen.

Es existieren diverse Reporting-Guidelines wie STROBE, CONSORT und ARRIVE, die für die korrekte Veröffentlichung von Forschungsergebnissen zu Rate gezogen werden können.

Autor- und Koauthorschaft müssen fair sein und national und international definierte Prinzipien [12, 13, 15] berücksichtigen. Nur Personen, die aktiv zu einem Forschungsprojekt beigetragen haben, sollen als Koauthors auftreten; dies gilt erst recht für Erst- und Letztautors. Die Leitung einer Forschungsinstitution innezuhaben, genügt nicht für eine (Ko-)Authorschaft. Der individuelle Beitrag jedes Koauthors muss deklariert werden. Publikationen müssen durch die Forschenden selbst verfasst werden, «Ghost Writing» ist strikte zu verbieten. Zudem sind Interessenskonflikte offenzulegen.

Die Möglichkeit, im Open Access zu publizieren, sollte an allen öffentlichen und privaten Forschungseinrichtungen, inkl. in Spitälern, finanziell gewährleistet werden.

2.3 Drittmittelinwerbung (funding)

Die Einwerbung finanzieller Forschungsunterstützung ist ein wichtiger Teil der wissenschaftlichen Tätigkeit. Nachwuchsforschende sind früh für Drittmittelanträge zu ermutigen, mit den entsprechenden Regeln vertraut zu machen und beim Verfassen der Anträge zu unterstützen. Dies bedingt allerdings, dass den Nachwuchsforschenden schon frühzeitig ein gewisser Grad an Unabhängigkeit von ihrem Mentor gewährt wird.

Die Institutionen der Forschungsförderung sollen die Kriterien für Antragstellung und das Procedere der Gesuchsevaluation transparent und verständlich kommunizieren. Sie sollten vermehrt auch Risikoprojekte und kollaborative Forschung unterstützen, bis hin zur Förderung ganzer Forscherteams.

Insbesondere die Universitätsspitaler müssen ihren Forschungsnachwuchs frühzeitig auf die von der Dienstleistung unabhängige Finanzierung von Forschungsleistungen hinweisen und die Forschenden bei der Einwerbung finanzieller Forschungsmittel unterstützen. Frühzeitige Information verhindert Missverständnisse und unnötige Verzögerungen in der Karriereplanung. Für eigenständige Forschungsprojekte eingeworbene Drittmittel müssen den Nachwuchsforschenden auch tatsächlich zur Verfügung gestellt werden.

Geschieht die Gesuchsevaluation im Peer-Review-Verfahren, müssen möglichst unabhängige Reviewer beigezogen und «old boys' networks» vermieden werden. Unabhängige Expertengruppen sollten die Evaluationsqualität von Stiftungskommissionen periodisch bewerten.

2.4 Bewertung von Forschungsleistungen, Beurteilung von Forschenden (assessment)

In den letzten Jahren herrscht zunehmend Einigkeit darüber, dass die Bedeutung der Journal-Impaktfaktoren für die Leistungsbeurteilung von Forschenden limitiert werden muss. Die SAMW, der Schweizerische Nationalfonds (SNF) und verschiedene Schweizer Hochschulen sind in diesem Zuge der San Francisco Declaration on Research Assessment (DORA) [16] beigetreten. Diese Organisation spricht sich für die Beurteilung individueller Forschungsleistungen klar für den differenzierten Gebrauch qualitativer Faktoren aus, etwa Publikationsinhalte, Originalität der Forschung und Zitationen. Die DORA warnt explizit vor dem unkritischen Gebrauch bibliometrischer Faktoren. Als wichtige Evaluationskriterien von Forschungsleistungen sollten auch die Wirkung einer Publikation in einem Forschungsgebiet – neue Impulse versus «more of the same» –, die Reproduzierbarkeit der publizierten Forschungsergebnisse und die Qualität der fünf wichtigsten Publikationen gelten.

Publikationen sind überdies nur ein Parameter für die Beurteilung einer individuellen Forschungspersönlichkeit; als weitere Faktoren sollten Lehrleistungen, Drittmittelwerbung, Innovationspotenzial, Karriereplanung, allenfalls klinische Kompetenzen, Befolgung der wissenschaftlichen Integritätsregeln, Teamfähigkeit und familiäre Verpflichtungen einbezogen werden. Für etablierte Forscherpersönlichkeiten ist das vielleicht wichtigste Evaluationskriterium die Anzahl von ausgebildeten Nachwuchspersonen mit erfolgreicher Eigenkarriere (vgl. 3.4).

2.5 Karriereförderung (careers)

Eine nachhaltige und gendergerechte Nachwuchsförderung gilt als essenzieller Bestandteil einer verantwortungsvollen Wissenschaftskultur [5–7]. Sie bestimmt zu einem grossen Teil die Attraktivität einer wissenschaftlichen Karriere. Physician-Scientists müssen frühzeitig über die akademischen Karrierepfade informiert werden. Sie brauchen wissenschaftlich kompetente Beratung und kontinuierliches Mentoring. Sie müssen voll akzeptierte Mitglieder von Forschungsteams sein – keine Einzelkämpfer – und sie haben Anspruch auf eine angemessene Betreuungszeit durch den/die Forschungsgruppenleiter/-in. Die Verantwortlichkeiten innerhalb des Forschungsteams müssen klar geregelt sein.

Die Unabhängigkeit von Nachwuchsforschenden muss früh gefördert werden. Dies bedingt eine konsequente Befolgung der GRP-Regeln einschliesslich der wissenschaftlichen Integrität, der gelebten Fehlerkultur, der Laborbuchführung bzw. des Studienprotokolls, des Datenaustauschs zwischen Teammitgliedern, regelmässiger Präsentationen an lokalen Teammeetings und an nationalen bzw. internationalen Kongressen, des Schreibens von Publikationen und Drittmittelanträgen. All das erfordert eine adäquate Betreuung, die nur gewährleistet werden kann, wenn die Forschungsteams nicht zu gross sind.

Schliesslich brauchen Physician-Scientists Verständnis und Wertschätzung ihrer Forschungstätigkeit in der Klinik. Trotz des ökonomischen Drucks in der Gesundheitsversorgung müssen die Universitätsspitäler genügend Zeit für die Forschungstätigkeit zur Verfügung stellen. Die Arbeitsbedingungen gilt es so zu gestalten, dass sich auch geschlechterspezifische Lebenssituationen wie Schwangerschaft und Mutterschaftsurlaub nicht negativ auf die individuelle Karriereplanung auswirken.

3. Nachwuchsförderung: Von der Ausbildung bis zur Professur

Physician-Scientists sind Personen, die neben einer vollständigen klinischen Aus- und Weiterbildung auch eine in Theorie und Praxis umfassende wissenschaftliche Ausbildung benötigen. Die Forschungsorientierung sollte deshalb früh beginnen, und die ganze Aus- und Weiterbildungsphase sollte von einer kontinuierlichen und kompetenten wissenschaftlichen Beratung (Mentoring) begleitet sein. Je fundierter Physician-Scientists in GRP, GCP und Forschungsethik geschult und erfahren sind, desto besser können sie sich im kompetitiven Wissenschaftsumfeld behaupten und um so positiver ist ihr Beitrag zur Wissenschaftskultur.

3.1 Ausbildung

Zentral ist die frühe Identifizierung forschungsinteressierter Medizinstudentinnen und -studenten (vgl. [1], Kap. 2.1). Diese sollen frühzeitig über die Weiterbildungs- und Karriereoptionen von Physician-Scientists in der Schweiz informiert und mit konkreten Forschungsfragen konfrontiert werden. Dazu bietet eine forschungsorientierte Masterarbeit eine gute Einstiegsmöglichkeit.

Die Masterphase des Medizinstudiums sollte so aufgebaut sein, dass spezifische Karrieretracks und Berufsausrichtungen wie Grundversorgung (Hausarzt), Spezialarzt (Praxis, Spital), wissenschaftliche/akademische Medizin (biomedizinische Grundlagen, klinische Forschung, Versorgungs- und Public-Health-Forschung) vorgespurt werden können.

GRP- und GCP-Prinzipien und die Regeln der wissenschaftlichen Integrität müssen aktiv unterrichtet werden. Bei Studienabschluss sollen forschungsinteressierte Medizinstudentinnen und -studenten die gesetzlichen Bestimmungen für die Forschung an/mit Menschen kennen und einfache HFG-relevante Forschungsprojekte korrekt planen und bei der zuständigen Ethikkommission beantragen können.

Programme für MD-PhD und Dr. sc.med. bieten das ideale Training für Physician-Scientists und sollen mit hoher Priorität durch nationale und lokale Finanzmittel gefördert werden.

Besondere Leistungen müssen registriert und durch strukturell implementierte Belohnungssysteme honoriert werden, z. B. durch Qualifikationen oder Leistungsausweise.

3.2 Weiterbildung

Qualifizierte und interessierte Assistenzärztinnen und -ärzte müssen während der Weiterbildungszeit vermehrt für Forschungsaktivitäten freigestellt werden (protected research time). Sie sollen in überschaubare Forschungsteams eingebunden werden, eine aktive Begleitung bei der Einführung in die Science Community erhalten und frühzeitig eine eigene Forschungsidentität aufbauen können. Dazu gehört die Übertragung von Projektverantwortung, Erst- oder Senior-Autorschaft bei Publikationen, selbstständige Einwerbung von Finanzierungsmitteln etc.

An den verantwortlichen Weiterbildungsstätten muss eine qualitativ hochstehende Wissenschaftskultur gepflegt werden. Kurse in GRP und GCP sollen in der Weiterbildungszeit fortgeführt werden. Planung und Durchführung von HFG-konformen Forschungsprojekten an bzw. mit Menschen müssen zu obligaten Weiterbildungsinhalten erklärt werden.

Die Empfehlungen für gendergerechte akademische Karrierewege[7] müssen auch im Bereich der akademischen Medizin und der biomedizinischen Wissenschaften umgesetzt werden. Insbesondere sind die Medizinischen Fakultäten gefordert, das kohärente und logisch abgestufte Nachwuchsfördermodell des Schweizerischen Nationalfonds [17] mit der klinischen Weiterbildung abzustimmen und an den Universitätsspitalern zu verankern.

Die Nachwuchsförderung ist auch eine der wichtigsten Aufgaben von Lehrenden an Hochschulen. Eine hohe Qualität in der Nachwuchsförderung sollte honoriert werden, zum Beispiel durch eine spezielle Akkreditierung von Forschungsinstitutionen und/oder durch Auszeichnungen von Forschungsleiterinnen und -leitern, die sich besonders engagieren.

Mobilität ist grundsätzlich zu fördern: Doktorat und Post-Doc sollten nicht im gleichen Forschungsteam abgeschlossen und die Weiterbildung an mindestens zwei verschiedenen Kliniken absolviert werden. Die Mobilitätskriterien der SNF-Förderprogramme sind zum Vorteil einer eigenständigen Karriereplanung zu berücksichtigen. Es lohnt sich auch, einen Teil der Weiterbildung im Ausland zu absolvieren. Der «Mobilitätswang» darf aber einer vernünftigen Familienplanung nicht im Weg stehen und sich auf Frauen wie Männer nicht nachteilig auswirken; entsprechend soll es möglich sein, sich mit einem begründeten Antrag (inkl. einer adäquaten Alternative) von dieser Pflicht dispensieren zu lassen und die Dispens im CV aufzuführen.

Physician-Scientists müssen idealerweise einen Facharztstitel erwerben, mindestens aber drei Jahre klinische Weiterbildung absolviert haben, um sich für ein fortgeschrittenes Nachwuchsförderprogramm des SNF (inkl. Stipendium für einen Auslandsaufenthalt) zu qualifizieren. Die patientennahe klinische Forschung innerhalb eines spezifischen Fachgebietes sollte für den entsprechenden Facharztstitel vollumfänglich angerechnet werden können, z. B. 50 Prozent klinische Forschung im Fachgebiet plus 50 Prozent Patientenbetreuung ergeben 100 Prozent als Nachweis für den Facharztstitel. Dazu müssen unterschiedliche Anforderungen zum Erwerb von Facharzttiteln für die akademische Medizin und die praktische Grundversorgung spezifiziert werden. Das bedingt mitunter ein forschungsfreundlicheres Auftreten der medizinischen Fachgesellschaften.

3.3 Karriereförderung und transparente Karrieretracks

Auch nach der erfolgreichen Aus- und Weiterbildungsphase ist die aktive Förderung von Physician-Scientists nötig; die klinische Weiterbildung ist von Tätigkeiten wissenschaftlicher Orientierung nicht zu trennen. Es gilt, aus Nachwuchswissenschaftlern vollwertige «Principal Investigators» zu formen. Diese Karrierephase stellt besonders hohe Anforderungen an die Physician-Scientists und an deren Vorgesetzte. Für erstere heisst es, die eigenständige Forschungstätigkeit, die Drittmittelwerbung, den Auslandsaufenthalt und die Familienplanung unter einen Hut zu bringen. Die vorgesetzten Chefärztinnen bzw. leitenden Ärzte müssen den Nachwuchsforschenden dazu nicht nur Verantwortung abgeben, sondern auch Unabhängigkeit und Profilierung ermöglichen sowie Respekt und Anerkennung entgegenbringen. Für Betreuungsaktivitäten sollten die Vorgesetzten honoriert werden, die Qualität der Nachwuchsbetreuung muss fest in das Portfolio von Forschungsinstitutionen integriert und ein wichtiges Kriterium in der Beurteilung akademischer Curricula sein.

Das Engagement in der Karriereförderung ist ein wichtiges Markenzeichen der Wissenschaftskultur. Es gilt, transparente Karrierewege für forschungsorientierte Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, um neben den wenigen Chefarztpositionen zusätzlich attraktive, erstrebenswerte und familienfreundliche Karriereoptionen für Physician-Scientists an Universitätsspitalern zu bieten. Konkret könnte etwa das in den USA bewährte «Attending Physician System» übernommen und/oder zumindest an Schwerpunktkliniken das «dual Leadership» [1] eingeführt werden: eine separate Leitung und Verantwortung von Klinik und Forschung mit intensivem gegenseitigem Austausch und mit Rotationsmöglichkeiten.

Strukturierte mehrjährige Programme stellen sicher, dass die klinische Weiterbildung mit einer Tätigkeit wissenschaftlicher Orientierung bzw. mit der Bearbeitung von Forschungsprojekten in sinnvoller Weise verbunden werden kann. Dazu müssen gegenwärtige Trainingsangebote ausgebaut und teilweise verstärkt auch auf die klinische Forschung ausgerichtet werden (z. B. MD-PhD-Programm).

Institutionalisierte unabhängige Betreuungskomitees, ähnlich den Promotionskomitees, können gewährleisten, dass die fortgeschrittene Karriereförderung von Physician-Scientists (z. B. Post-Docs, Assistenzprofessuren) nicht von Einzelpersonen abhängt; die Betreuungskomitees sorgen auch für transparente Evaluationskriterien in Klinik und Forschung und übernehmen die regelmäßige Leistungskontrolle junger Nachwuchsforschender.

Arbeits- bzw. Anstellungsbedingungen müssen auch für Physician-Scientists die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen. Sequenzielle Freistellung für Forschung (protected research time) kann den Leistungsdruck mindern; Schwangerschaft und Mutterschaftsurlaub sollten bei Leistungsevaluierungen adäquat berücksichtigt werden, sie dürfen kein Grund für die Sistierung eines Arbeitsverhältnisses oder den Abbruch einer wissenschaftlichen Karriere sein [7]. Das Gleiche gilt für familienbedingte Teilzeitarbeit von Männern.

Zur Finanzierung von Forschungsstellen an Universitätsspitalern sollten vermehrt Forschungsförderungspools mit transparenten, leistungsbezogenen Verteilmechanismen eingerichtet werden. Die dazu notwendigen Finanzmittel könnten u. a. aus Abgaben von Privathonoraren und/oder Zuwendungen von Patienten generiert werden. Nachwuchsforschende sollten in der Nutzung von bereits bestehender Fördermöglichkeiten unterstützt und insbesondere an die fortschrittlichen Förderprogramme des SNF herangeführt werden.

Auch an den Universitätsspitalern sind vermehrt Assistenzprofessuren mit Tenure Track einzuführen. In jedem Fall sind an akademischen Medizininstitutionen neben den Chefärztinnen und -ärzten für die Gesundheitsversorgung auch vollzeitliche Leitungsstellen für grundlagenorientierte, translationale und/oder klinische Forschung nötig.

Vollumfänglich in Klinik und Forschung ausgebildete Physician-Scientists haben in aller Regel ausgezeichnete und vielfältige Berufschancen in der klinischen Medizin (Spital oder Praxis), in der forschungsorientierten akademischen Medizin (einschliesslich Versorgungs- und Public-Health-Forschung), im staatlichen Gesundheitswesen, aber auch in den privaten Branchen der Gesundheitswirtschaft (z. B. Pharmaindustrie, MedTech-Branche, IT/Big Data).

Für junge Nachwuchsforschende ist es motivierend, wenn sie ab Beginn ihrer Karriere als Physician-Scientists über ihre Karrierechancen möglichst umfassend orientiert werden. Das zeigt nicht zuletzt der Erfolg des «International BioCamps» von Novartis, das jährlich bis zu siebzig ausgewählten Nachwuchsforschenden die Karriereoptionen in der Pharmaindustrie aufzeigt [18].

Ähnliche Veranstaltungen sollten regelmässig auch an den Universitäten und den Universitätsspitalern stattfinden. Je transparenter und verbindlicher die Berufschancen von Physician-Scientists in der akademischen Medizin aufgezeigt werden können, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit von Frustrationen und frühzeitigem «Aussteigen».

Ein hoher Motivationsfaktor für Forschende ist auch die potenzielle Möglichkeit, «Intellectual Property» zu schaffen und Innovationen durch eigene Spin-offs oder Start-ups zu realisieren. Eine Sicherstellung der Interessen der finanzierenden Institutionen kann durch Tech-Transfer-Offices (wie Unitetra) gewährleistet werden. Beispiele zu solchen Spin-offs und Start-ups sind sowohl beim Bund (KTI, ETH), als auch in den Kantonen (Universitätsspitaler) zu finden und sollten zusätzlich gefördert werden.

Die Leitungen von «Graduate Campus» und Departementen für Klinische Forschung müssen die Nachwuchsforschenden regelmässig über vorhandene und neu geschaffene Karrieretracks in der akademischen Medizin informieren. Wünschenswert wäre ein «Graduate Campus», der «spezifisch» auf die Bedürfnisse

der Medizinischen Fakultäten ausgelegt und entsprechend bei den Medizinischen Fakultäten angesiedelt werden könnte. Es ist zu prüfen, ob ein «Graduate Campus Medizin» für mehrere Medizinische Fakultäten der Schweiz gemeinsam entwickelt und betrieben werden könnte.

3.4 Berufungen

Nachwuchskräfte müssen früh wissen, welche Anforderungen an eine Professur gestellt werden und nach welchen Kriterien die Berufungen erfolgen; das gilt auch für die Assistenzprofessuren mit Tenure Track. Die Berufungskriterien und die Anforderungen an eine Professur sind in vollem Umfang offen zu kommunizieren. Vom offengelegten Anforderungsprofil darf bei der Berufung nicht ohne transparente Begründung abgewichen werden.

Die im Rahmen eines «Chair4medicine»-Workshops an der Universität Zürich erarbeiteten Empfehlungen und Tipps zur Besetzung eines Lehrstuhls wurden 2015 im Nature publiziert [19]; nun müssen sie etabliert und langfristig umgesetzt werden. Dabei gilt es insbesondere auch auf gendergerechte Berufungen zu achten.

Bei Berufungsverfahren sollten die Leistungen in der Nachwuchsförderung mit zu den wichtigsten Beurteilungskriterien gehören. Das individuelle Potenzial für Klinik, Forschung und Lehre zeigt sich nicht zuletzt in der Anzahl und Qualität von Nachwuchsforschenden, die ein/-e Kandidat/-in für eine Professur erfolgreich ausgebildet bzw. betreut hat.

Mit anderen Worten: Nicht nur die Publikationen mit «senior authorship» zählen, sondern ebenso die eigenständigen Publikationen von Nachwuchsforschenden und die Anzahl Nachwuchsforschender, die ein/-e Hochschullehrer/-in in eine erfolgreiche Berufslaufbahn gebracht hat. Dies wiederum bedingt, dass die Institution bzw. Organisation überhaupt Raum für die Nachwuchsförderung lässt. Entsprechend sollte die kontinuierliche Evaluation von Institutionen (z. B. Kliniken und Abteilungen von Universitätsspitalern) und von medizinischen Professuren fester Bestandteil der Wissenschaftskultur in der akademischen Medizin sein, wobei den Leistungen in der Nachwuchsförderung spezielle Aufmerksamkeit zuteil werden muss. Allerdings sind Leistungsevaluationen nur dann sinnvoll, wenn sie auch mit entsprechenden Konsequenzen verbunden sind.

4. Organisationsstrukturen

Die akademische Medizin wird nicht nur von den Menschen und deren Kultur geprägt, sondern auch von den Strukturen, in denen sie stattfindet. Die unter Kapitel 2. und 3. beschriebenen Voraussetzungen und Massnahmen zur Förderung der Wissenschaftskultur und des Nachwuchses müssen sich auch in den Organisationsstrukturen der Institutionen abbilden.

In den Universitätsspitalern besteht die Gefahr, dass ökonomische Zwänge die Wissenschaftskultur marginalisieren. Wenn die Universitätsspitaler ihrer «Leadership»-Rolle in der tertiären Medizin gerecht werden wollen, muss der universitäre Forschungs- und Lehrauftrag auch in den organisatorischen Führungsstrukturen abgebildet sein.

Universitätsspitaler sollten durch akademische Persönlichkeiten mit breiter Klinik-, Forschungs- und Managementenerfahrung geleitet werden. Die Organisation berücksichtigt eine adäquate Aufgabenteilung zwischen Dienstleistung, Forschung, Lehre und Management. Insbesondere sollten in Schwerpunktgebieten für Forschung und Dienstleistung separate, aber eng miteinander kooperierende Leitende eingesetzt werden, und zwar nach dem weiter oben erwähnten Prinzip des «dual Leadership».

Medizinische Dienstleistung und wissenschaftliches Arbeiten sind als gleichwertig anzuerkennen und müssen im Sinne der translationalen Forschung möglichst intensiv interagieren. Gerade im Zeitalter von «Big Data – Big Health» braucht es klinik- und abteilungsübergreifende Forschungsstrukturen, die einen übergeordneten Zugang zu Klinikinformationssystemen, Forschungsdatenbanken und Biobanken erlauben.

Weil die Forschung, einschliesslich der Forschungsstellen, nicht aus dem Dienstleistungssektor querfinanziert werden darf, sind die Universitätsspitaler auf Verständnis für ihre komplexen Herausforderungen und auf spezielle Unterstützung durch die Universitäten angewiesen.

Die Medizinischen Fakultäten sorgen für geeignete Forschungsstrukturen an den Universitätsspitalern, in denen eine hochstehende Wissenschaftskultur gelebt werden kann. Dazu gehören die weiter oben ausgeführten Kriterien wie die Einhaltung von GRP- und GCP-Prinzipien, wissenschaftliche Integrität, eine gelebte Fehlerkultur, teamorientiertes Arbeiten, Offenheit und Vertrauen, eine gendergerechte Nachwuchsförderung sowie die gleichwertige Anerkennung von Klinik und Forschung während der Weiterbildung.

Die Universitäten unterstützen die Universitätsspitaler in der Einrichtung klinischer Weiterbildungsstellen, in denen «protected research time» ein fester Bestandteil des Anstellungsprofils ist. Sie planen zusammen mit dem SNF realistische Karrieretracks, die es Physician-Scientists erlauben, ihre «Gratwanderung» zwischen Klinik, Forschung und Familie möglichst erfolgreich zu gestalten und langfristig für Kaderstellen in der akademischen Medizin wählbar zu bleiben.

Die Karrieretracks an den Universitätsspitalern sollten im Sinne der angelsächsischen/US-amerikanischen Systeme flexibilisiert und multi-dimensionaler gestaltet werden, z. B. durch die Einführung des «Attending Physician Systems» oder präklinischer Professuren mit klinischer Teilverantwortung in Spezialgebieten.

Um die Etablierung adäquater Organisationsstrukturen zu fördern, sollten Institutionen (Kliniken, Abteilungen, Forschungsgruppen) mit einer herausragenden Wissenschafts- und Nachwuchsförderungskultur speziell ausgezeichnet bzw. akkreditiert werden. Entsprechende Mittel und Möglichkeiten dazu hätten etwa der SNF, die SAMW, der Verband Universitäre Medizin Schweiz oder eine andere akademische Organisation.

5. Ausblick

Das vorliegende Positionspapier reiht sich in das jahrelange Engagement der SAMW für eine Verbesserung der Forschungskultur und der Nachwuchsförderung in der akademischen Medizin [1,6,12,13] ein. Es postuliert einen Zusammenhang zwischen den international breit diskutierten Defiziten in der biomedizinischen Forschungskultur und der ganz offensichtlich abnehmenden Motivation junger Ärztinnen und Ärzte für eine wissenschaftliche Karriere. Dazu kommen die multiplen und kumulativen Herausforderungen in Klinik, Forschung und Familie, die eine vernünftige «Work-Life-Balance» für Physician-Scientists äusserst anspruchsvoll und schwierig machen.

Der bereits vorhandene Nachwuchsmangel in allen Sparten der biomedizinischen Forschung (grundlagenorientiert, translational und klinisch) wird sich zweifellos verstärken, wenn es nicht gelingt, durch griffige Massnahmen die Attraktivität einer Karriere als Physician-Scientist zu verbessern. Dies wurde mittlerweile international und national erkannt. So weist die EU im Rahmen von Horizon 2020 dem Thema einer geschlechtergerechten Nachwuchsförderung in den Wissenschaften eine grosse Bedeutung zu [20]. In der Schweiz wurde die Nachwuchsförderung in der biomedizinischen, insbesondere der klinischen Forschung, auf die politische Agenda gehoben [21], und zwar auf Basis des von der SAMW mitverfassten Berichtes der Themenplattform «Zukunft ärztliche Bildung» [6] und auf Druck der Pharmaindustrie.

Das vorliegende Positionspapier zeigt auf, dass zur Verbesserung der Situation griffige Massnahmen auf verschiedenen Ebenen des biomedizinischen Wissenschaftssystems nötig sind. Ein umfassendes «Scientific-Change-Programm», das eine glaubwürdige Wissenschaftskultur, flexiblere Betreuungs- und Weiterbildungsmodelle, ein Umdenken von Verantwortungsträgern, flachere Hierarchien, transparentere Karrieremodelle und adäquatere Forschungsstrukturen an den Universitätsspitalern gewährleistet. Die Realisierung dieser multidimensionalen Massnahmen fordert nicht nur die Politik, sondern alle Institutionen des schweizerischen Bildungs- und Gesundheitssystems heraus. Auch die SAMW ist bereit, sich diesen Herausforderungen zu stellen und einen aktiven Beitrag zur Umsetzung der geforderten Verbesserungen von Wissenschaftskultur, Nachwuchsförderung und Organisationsstrukturen in der akademischen Medizin zu leisten; sie wird eine Arbeitsgruppe einsetzen, um die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen zu begleiten und aktiv zu unterstützen.

Literatur

- [1] **Medizin als Wissenschaft.** Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2009.
- [2] **Research: increasing value, reducing waste.** The Lancet, January 2014, www.thelancet.com/series/research
- [3] **G. Antes: Big Data, Innovation, Personalisierte Medizin und Co. – Sind dies die Markenzeichen einer neuen Wissenschaft(-lichkeit) in der Medizin?** – Laborjournal 10, 28–32, 2015.
- [4] **C. G. Begley, J. P. A. Ioannidis: Reproducibility in Science: Improving the Standard for Basic and Preclinical Research.** Circ. Res. 116; 116–26, 2015.
- [5] **J. Rehman: The Newest Endangered Species: Physician-Scientists.** Scientific American, July 5, 2014. <http://blogs.scientificamerican.com/guest-blog/the-newest-endangered-species-physician-scientists>
- [6] **Nachwuchs für die Klinische Forschung in der Schweiz.** Bericht der Themengruppe für die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung», SAMW und BAG, November 2014.
- [7] **P. Felber: Einschätzung der Karrieresituation von Nachwuchswissenschaftlerinnen in der Schweiz. Empfehlungen für genderechte akademische Karrierewege.** Swiss Academies Communications Vol. 11, No. 2, 2016.
- [8] **J. Hacker, S. Wittig und St. Artmann: Wissenschaftskultur: Wo liegt das Problem? Tagung «Braucht es eine neue Wissenschaftskultur?», 7. Juli 2014, Zürich.**
- [9] **Good research practice: principles and guidelines.** Medical Research Council (MRC) UK, 2014. www.mrc.ac.uk/publications/browse/good-research-practice-principles-and-guidelines
- [10] **Bundesgesetz über die Forschung am Menschen Humanforschungsgesetz, HFG.** www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061313/index.html
- [11] **C. Joynson, O. Leyser: The culture of scientific research.** F1000 Res 4; 66, 2015. <http://f1000research.com/articles/4-66/v1>
- [12] **Autorschaft bei wissenschaftlichen Publikationen – Analysen und Empfehlungen.** Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2013. www.akademien-schweiz.ch/index/Schwerpunktthemen/Wissenschaftliche-Integritaet.html
- [13] **Wissenschaftliche Integrität. Grundsätze und Verfahrensregeln.** Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2008. www.akademien-schweiz.ch/index/Publikationen/Archiv/Richtlinien-Empfehlungen.html
- [14] **BMJ OPEN DATA CAMPAIGN.** www.bmj.com/open-data
- [15] **Defining the Role of Authors and Contributors.** International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html
- [16] **San Francisco Declaration on Research Assessment (DORA), 2013.** www.ascb.org/dora
- [17] **M. Vetterli, U. Frey. Akademische Medizin: Förderinstrumente des Schweizerischen Nationalfonds.** SAMW Bulletin 2/2016, 1–4.
- [18] **Novartis International BioCamp.** www.novartis.ch/de/ueber-uns/unser-engagement/learn-life/international-biocamp
- [19] **P. A. Clavien, J. Deiss. Leadership: Ten tips for choosing an academic chair.** Nature 519; 286–7, 2015.
- [20] **Promoting Youth Scientific Career Awareness and its Attractiveness through Multi-stakeholder Co-operation.** http://cordis.europa.eu/project/rcn/198080_en.html
Leading Innovative measures to reach gender Balance in Research Activities. http://cordis.europa.eu/project/rcn/197300_en.html
- [21] **S. Hehli, Jungärzte scheuen klinische Forschung. Work-Life-Balance statt Pillentests.** Neue Zürcher Zeitung, 30.4.2016.

Administrative Überlast im steten Zunehmen begriffen lautet die Diagnose. Unsere Patientinnen und Patienten wünschen sich mehr Zuwendung und Zeit von uns Ärztinnen und Ärzten, und gleichzeitig zwingt die zunehmende Regulierungsdichte zu immer mehr Dokumentation und Administration. Bevor wir also nur noch Röntgenbilder und Laborwerte behandeln, und der Frustrationspegel überall steigt, sind Massnahmen dringend nötig. Dr. Volker Schade stellt hier ein Instrument für die administrative Entlastung der Ärzte und eine sinnvolle Aufgabenverteilung vor. Wesentlich sind auch hier individuelle Analysen und persönliche Beratungen, welche die konkrete Problematik angehen.

Dr. med. Christoph Bosshard, Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDQ/SAQM

Entlastung von Administration: Hospitalisationsmanagement für Spitäler

Zum Kern ärztlichen Tuns

Volker Schade

Dr., Centrum für PersonalManagement und Organisationsgestaltung Bern (cpmo)

Die administrative Belastung der Spitalärztinnen und -ärzte (nachfolgend: Ärzte) ist hoch. Diese Zeit geht für die direkte Patientenbetreuung verloren. Die aktuelle Begleitstudie im Auftrag der FMH zu den Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung ergab, dass der administrative Aufwand für die Ärzte weiter steigt. Die SÄZ berichtete darüber. Ohne Zweifel ist das Thema hochaktuell. Zudem scheint der Trend des zunehmenden administrativen Aufwands der Ärzte in den letzten Jahren stabil zu sein. Eine Umkehr ist nicht in Sicht. Es braucht also kreative Ideen, wie mit dieser Problematik künftig umgegangen werden kann. Ein mehrfach erprobter Lösungsansatz wird nachfolgend beschrieben.

Noch mehr Administration und kein Ende?

Die hohe zeitliche und inhaltliche Belastung der Ärzte in den Spitälern ist Realität. Ärzte haben trotz gesetzlicher Regelungen immer noch eine zu hohe Anzahl an Überstunden. Die Mitgliederbefragung des VSAO 2014 zur Arbeitsbelastung der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte zeigte, dass die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit 6,5 Stunden über der gesetzlich festgelegten Höchstarbeitszeit von 50 Stunden lag [1]. Jeder vierte Assistenz- oder Oberarzt arbeitete sogar im Durchschnitt mehr als 60 Stunden pro Woche. Nur 29% der an der Befragung teilnehmenden Ärzte konnten die im Arbeitsvertrag festgelegte Wochenarbeitszeit einhalten [2]. Das sind alarmierende Zeichen, aus arbeitsgesetzlicher Sicht und aus einer Belastungsperspektive ohnehin. Der VSAO empfiehlt u.a. eine Entlastung der Ärzte von administrativen Aufgaben [3].

Studien zeigen, dass administrative Aufgaben einen (zu) grossen Teil der Arbeit der Ärzte ausmachen. In der oben erwähnten Begleitstudie SwissDRG wurde der Zeitaufwand der Ärzte in der Akutsomatik analysiert. Der Anteil an patientennahen Tätigkeiten umfasst gerade noch rund ein Drittel der ärztlichen Arbeitszeit [4]. Und dieser Anteil hat seit 2011 deutlich abgenommen. Als unglücklicher Gegentrend hat die administrative Belastung im Vergleichszeitraum zugenommen. Das ist Zeit, die dann für wichtige ärztliche Kerntätigkeiten fehlt. Auch die NZZ nahm sich jüngst des Themas an: «Mediziner versinken in der Papierflut», titelte sie [5]. Besonders betroffen sind die Assistenzärzte. Was sind die Konsequenzen der hohen Belastung?

Konsequenzen der Überlastung

Unter der zu hohen Belastung leidet sowohl die psychische wie auch die physische Gesundheit der Ärzte.

In der aktuellen Begleitstudie SwissDRG beurteilten 11% der Spitalärzte die eigene physische Gesundheit als gerade ausreichend. 3% der Ärzte gaben an, häufig oder meistens an einer Depression zu leiden, und rund 80% der Ärzte sind nach eigenen Angaben andauerndem Zeit- und Leistungsdruck ausgesetzt. Ein unzureichendes physisches und psychisches Wohlbefinden der Ärzte hat für den Patienten schwerwiegende Konsequenzen, da in diesem Fall die Versorgungsqualität abnimmt. Dies bestätigen auch die Ärzte selbst. Nur gerade ein Fünftel der Ärzte glaubt, dass die Qualität der Patientenversorgung selten oder nie durch die hohe Arbeitsbelastung oder den Zeitdruck beeinträchtigt wird [6]. Die Wahrscheinlichkeit von patientenbezogenen Komplikationen erhöht sich. 38% der befragten Ärzte haben mindestens einmal in den letzten zwei Jahren eine Gefährdung von Patienten durch berufliche Übermüdung miterlebt [7].

Auch die Weiterbildung der Assistenzärzte leidet unter der hohen Belastung. Nur gerade jeder zweite Assistenzarzt kann seine Weiterbildung während der Arbeitszeit zu seiner vollen Zufriedenheit erfüllen [8]. Der Ärztemangel verstärkt die ganze Problematik zusätzlich.

Illegitime Aufgaben

Welche Auswirkungen kann das beschriebene Ungleichgewicht von ärztlichen Kernaufgaben und «Nebentätigkeiten» haben? Besonders administrative Aufgaben werden von den Ärzten häufig als «illegitim» erlebt. Darunter sind Tätigkeiten zu verstehen, die für die eigene Funktion als unzumutbar empfunden werden oder gar unnötig sind. Illegitime Aufgaben respektieren die berufliche Identität nicht, sondern erfordern, dass man Aktivitäten ausführen muss, die dem Kern der beruflichen Rolle nicht entsprechen. Dies führt zu einer Gefährdung des Selbstwerts. Das gilt als Stressfaktor.

Es konnten Zusammenhänge zwischen illegitimen Aufgaben und Indikatoren psychischer Gesundheit gefunden werden. Ein hohes Ausmass an illegitimen Aufgaben führt zu negativen Gefühlen gegenüber der eigenen Organisation, psychosomatischen Beschwerden und einer geringen Arbeitszufriedenheit [9].

Es scheint auf der Hand zu liegen: Der hohe Anteil der administrativen Aufgaben der Ärzte und deren weitere Zunahme stellen ein seriöses Problem dar, welches eine Reihe von Folgeproblemen verursacht. Nicht zuletzt ist die logische Konsequenz auch ein Anstieg der Kosten für die Spitäler. Ansätze sind also gefragt, die zu einer Reduktion des administrativen Aufwands der Ärzte führen. Das dürfte sich kostenschonend auswirken.

Ein Lösungsansatz: Hospitalisationsmanagement

Administration in Spitälern ist nicht an sich zu verdammern. Sie hilft, der Organisation Ordnung und Gewissheit zu geben. Sie kann sich aber auch gegen die Interessen des Unternehmens und der darin Tätigen richten. Das tritt z.B. ein, wenn Ärzte immer mehr Aufgaben erledigen müssen, die nicht im Kern der ärztlichen Tätigkeit liegen. Ein solches Szenario stand sicher nicht im Zentrum der Berufswahl der allermeisten Ärzte. Im Kern «nicht-ärztliche» Aufgaben sollten demnach, soweit möglich, dafür ausgebildeten Mitarbeitenden übertragen werden.

Anlass für unsere intensive Beschäftigung mit dieser Thematik waren Bemühungen um die Reduktion der ärztlichen Arbeitszeiten, die mit arbeitszeitlichen Regelungen nicht mehr vereinbar waren. Das Insepspital Bern hat hier in den frühen 2000er Jahren eine Vorreiterrolle eingenommen. Dort wurde in Zusammenarbeit von internen und externen Spezialisten ein Konzept entwickelt, welches die Ärzte zielgerichtet entlastet. Administrative Tätigkeiten, die zeitraubend sind, wurden von den Ärzten auf eine administrativ tätige Person übertragen. Dieses Vorgehen war so erfolgreich, dass wir es fortan laufend weiterentwickelt haben.

Das «Hospitalisationsmanagement» war geboren. Die Kernaufgabe des Hospitalisationsmanagers bzw. der Hospitalisationsmanagerin (nachfolgend: Hospitalisationsmanager) besteht darin, sich vor, während und nach dem Spitalaufenthalt um die Patientenakten sowie um die Organisation notwendiger Aktivitäten rund um den Patienten zu kümmern (siehe Tabelle 1). Die Ärzte werden dadurch entlastet und gewinnen Zeit. Zudem stellt der Hospitalisationsmanager eine Ansprechperson für interne und externe Stellen dar.

Tabelle 1: Hauptaufgaben des Hospitalisationsmanagers.

Eintrittsvorbereitung, z.B.

- Eintrittsunterlagen des Patienten zusammenstellen
- Spitaleintritt vorbereiten

(«Hintergrund»-)Aufgaben um den Patienten herum während des stationären Aufenthalts, z.B.

- Patientendossier vervollständigen
- Berichte, Befunde anfordern
- Untersuchungen anmelden, Konsilien vereinbaren

Austrittsvorbereitung, z.B.

- Administrative Abwicklung des Spitalaustritts mit den involvierten Stellen koordinieren
- Organisation Reha

Implementierung des Hospitalisationsmanagements

In unserer arbeitswissenschaftlichen Tätigkeit in Schweizer Spitälern waren wir in den vergangenen 15 Jahren zunehmend mit der Thematik konfrontiert, wie die administrative Belastung der Ärzte reduziert werden kann. Im Zuge der Umstrukturierung der Aufgabenverteilung wurde das Hospitalisationsmanagement in verschiedenen Kliniken und Spitälern erfolgreich eingeführt. Abbildung 1 zeigt, wie der Ablauf eines solchen Hospitalisationsmanagement-Projekts aussieht.

In einem ersten Schritt wird die spezifische Situation der Klinik / des Spitals mittels Fragebogen, Interviews sowie Tätigkeitsbeobachtungen erhoben. Auf dieser Basis werden wünschenswerte Soll-Zustände für die jeweilige Klinik erarbeitet. Es werden konkrete Entlastungsmöglichkeiten für die Ärzte vorgeschlagen und das Aufgabenportfolio des Hospitalisationsmanagers erstellt. Anschliessend wird ein Hospitalisationsmanager rekrutiert und in seine Aufgaben eingeführt. So viel in aller Kürze zum Ablauf. Was bringt das nun?



Abbildung 1: Ablauf zur Implementierung des Hospitalisationsmanagements (Grafik: zVg vom Autor).

konnte die Arbeitszeit pro Tag und Assistenzarzt um ca. 35 Minuten reduziert werden, dies trotz gleichzeitig gestiegenem Arbeitsvolumen [10]. Der Anteil an administrativen Aufgaben für die Assistenzärzte wurde in allen evaluierten Projekten durch das Hospitalisationsmanagement verringert, z.T. bis zu 50%. Dadurch stand deutlich mehr Zeit für ärztliche Kerntätigkeiten, wie die Arbeit am Patienten, Weiterbildung oder Forschung, zur Verfügung. Klarere Zuständigkeiten, effizienteres Arbeiten sowie eine geringere Fragmentierung der ärztlichen Tätigkeit zählen zu den weiteren

Hospitalisationsmanagement: Administration der Ärzte verringert!

Aus der Evaluation bisher umgesetzter Projekte resultieren vielversprechende Ergebnisse. In einer Klinik

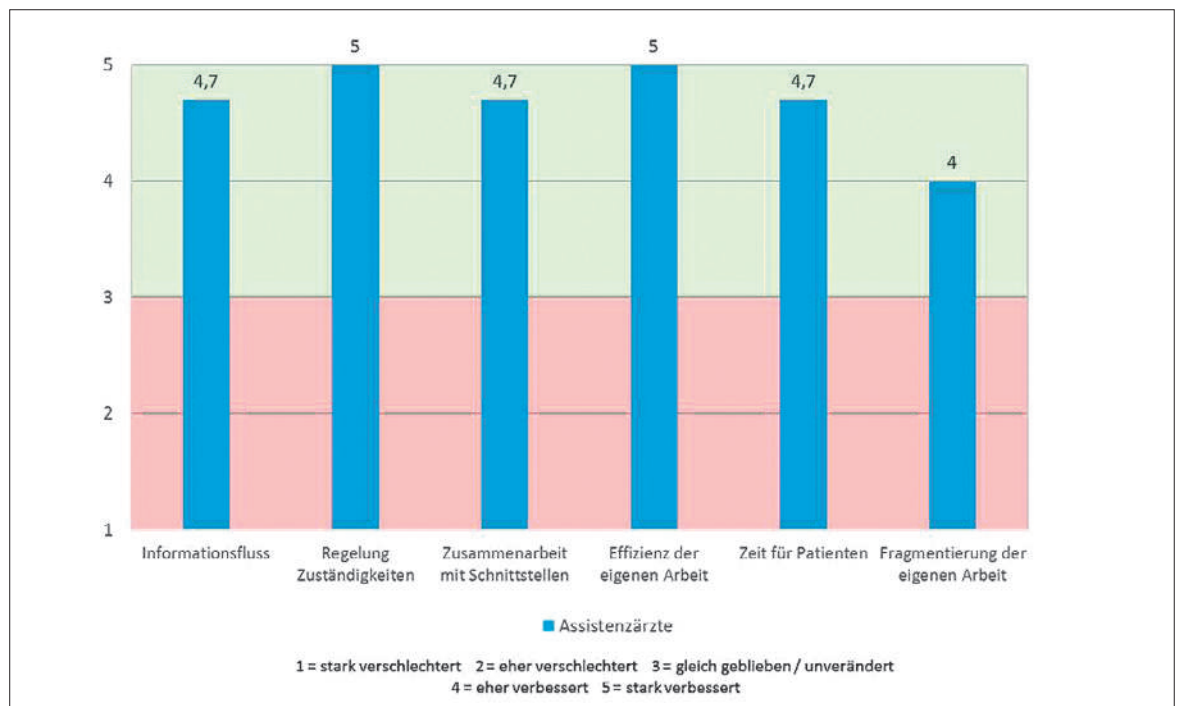


Abbildung 2: Einschätzung der Veränderungen durch das Hospitalisationsmanagement (Grafik: Auszug, modifiziert nach Schade V et al. [10]).

Verbesserungen, die durch das Hospitalisationsmanagement erzielt wurden (siehe Abbildung 2). Zusätzlich schätzten die Ärzte die besser verfügbaren und aktualisierten Krankengeschichten sehr.

Auch andere Berufsgruppen profitieren vom Hospitalisationsmanagement. Pflege und Ambulante Dienste erledigten weniger administrative Tätigkeiten für die Ärzte (z.B. Formularwesen, Vereinbarung von Konsilien und Untersuchungen, Kopierarbeiten etc.). Das Hospitalisationsmanagement trug zu einer besseren Zusammenarbeit innerhalb der Kliniken und mit externen Schnittstellen bei.

In mehreren Projektevaluationen zeigte sich, dass sich durch die Einführung des Hospitalisationsmanagements in den betreffenden Kliniken bzw. Spitälern die Arbeitssituation auf breiter Ebene verbessert hat. Neben den angezielten Verbesserungen konnte auch die Arbeitszufriedenheit der Ärzte erhöht werden. Angesichts der grossen Herausforderungen, die ärztliche Tätigkeit mit sich bringt, ist das nicht zu vernachlässigen. Und: Mit dem Hospitalisationsmanagement werden attraktive Stellen geschaffen. Stellen, die wesentlich einfacher zu besetzen sind als ärztliche.

Vereinfacht könnte man es so ausdrücken: Die Aufgabenverteilung in den Kliniken um den Patienten herum wird wieder zurechtgerückt.

Zusammenfassend

Rundum Zufriedenheit also? Für die Ärzte und weitere beteiligte Berufsgruppen, das zeigen unsere Erfahrungen, lässt sich das bejahen. Aber: Das Hospitalisationsmanagement kostet Geld. Geld, welches sichtbar die Budgets belastet. Allerdings lassen die oben beschriebenen Verbesserungen erwarten, dass dadurch viel mehr Kosten gespart werden können.

Das Bemühen um die administrative Entlastung der Ärzte und eine sinnvolle Aufgabenverteilung im Spital hat verschiedene Gesichter. Mancherorts sind Aufgabenerweiterungen der Stationssekretariate oder die Übertragung von Aufgaben an die Pflege zu beobachten. Allerdings ist es nicht unproblematisch, wenn man diesen Berufsgruppen zusätzliche Aufgaben überträgt, da deren Arbeitsbelastung ebenfalls hoch

ist. Zudem fehlt es häufig an der nötigen konzeptuellen Grundlage solcher Aufgabenverschiebungen.

Die Ausbildung der Sekretariate ist ausreichend für den administrativen Teil der Aufgaben des Hospitalisationsmanagements, jene der Pflege für den medizinischen. Gebraucht wird die Kombination von beidem. Es braucht also eine klar konzipierte neue Funktion. Das Hospitalisationsmanagement greift die bestehenden Probleme auf und fügt sie in ein erprobtes Konzept ein.

«Die Hospitalisationsmanagerin schenkt uns Zeit für andere Dinge, wie die Untersuchung von Patienten und Gespräche mit Angehörigen» (Aussage eines Arztes).

Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen.

Literatur

- 1 VSAO. Arbeitsbelastung der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Mitgliederbefragung, 2014. www2.vsao.ch/fileupload/201449144848_pdf.pdf
- 2 VSAO. Arbeitsbelastung der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Management Summary, 2014. www2.vsao.ch/fileupload/201441483759_pdf.pdf
- 3 VSAO. Illegale Arbeitsbedingungen für Assistenz- und Oberärzte. Medienmitteilung, 2014. www2.vsao.ch/fileupload/201441483124_pdf.pdf
- 4 Meyer B, Rohner B, Golder L, Longchamp C. Administrativer Aufwand für Ärzte steigt weiter an: Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(1):6–8.
- 5 Hehli S. Zu viel Bürokratie: Mediziner versinken in Papierflut. NZZ, 2016. www.nzz.ch/schweiz/mediziner-versinken-in-der-papierflut-1.18672428
- 6 Golder L, Longchamp C, Jans C, Tschöpe S, Venetz A, Hagemann M, Schwab J. Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert: Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung. Gfs.bern, 2015. www.fmh.ch/files/pdf17/20160106_FMH-Begleitforschung_Schlussbericht_D.pdf
- 7 Schoch C. Assistenz- und Oberärzte arbeiten zu lange: Gefahren für die Sicherheit der Patienten. NZZ, 2014. www.nzz.ch/schweiz/gefahren-fuer-die-sicherheit-der-patienten-1.18283852
- 8 Siegrist M, Gutscher M, Giger M. Was haben Betriebskultur, Motivation und Fremdjahr mit der Weiterbildung zu tun? Die wichtigsten Ergebnisse der Assistentenumfrage 2003: Schweiz Ärztezeitung. 2004;85(15):783–91.
- 9 Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL, Elfering A, Kälin W et al. Psychische Beanspruchung durch illegitime Aufgaben. Immer schneller, immer mehr. Springer Fachmedien Wiesbaden, 2013. 97–112.
- 10 Schade V, Graf N, Bühler R, Sturzenegger M. Case-Management in der Neurologie: Entlastung durch Verlagerung: Inselbote. 2003;4:37–41.

Korrespondenz:
Dr. Volker Schade
cpmo – Centrum für
PersonalManagement
und Organisationsgestaltung
Lorrainestrasse 6
CH-3013 Bern
Tel. 031 382 06 42
[volker.schade\[at\]cpmo.ch](mailto:volker.schade[at]cpmo.ch)

Allfällige Empfehlung(en) und/ oder Auflagen



schweizerische agentur
für akkreditierung
und qualitätssicherung

Allfällige Empfehlung(en) und/
oder Auflagen