

Der Oberarzt, die Oberärztin

Eine Schlüsselfigur im Spital, die gestärkt werden muss

Welche Bedeutung hat eine Oberärztin oder ein Oberarzt für eine Klinik? Welche Kompetenzen sind notwendig, um die Aufgaben als Oberärztin oder Oberarzt meistern zu können? Was sind die Herausforderungen bei der oberärztlichen Tätigkeit heute und in Zukunft? Ziel dieses Artikel ist, die Wichtigkeit der Oberärztin und des Oberarztes für ein Spital und den ärztlichen Nachwuchs aufzuzeigen.

Dr. med. Martin Perrig^a, Prof. Dr. med. Stefan Breitenstein^b, Dr. med. Christine Roten^a

^a Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM), Inselspital Bern, Bern; ^b Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur

Die Bedeutung des Oberarztes und der Oberärztin in einer Klinik

Die Oberärztin und der Oberarzt gewährleisten eine hohe medizinische Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten und übernehmen eine Schlüsselrolle in jeder Klinik: Sie sind die Schnittstelle zwischen dem ärztlichen Kader (Leitender Arzt / Leitende Ärztin, Chefarzt/Chefärztin, Direktor/Direktorin), den Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden und dem nicht ärztlichen Team bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten (Abb. 1) und stellen den Informationsfluss zwischen diesen in die Betreuung involvierten Personengruppen sicher. Unabhängig vom Fachgebiet übernehmen sie die medizinische Verantwortung für einen spezifischen Klinikbereich (Bettenstation, Poliklinik, Notfallstation, Intensivstation etc.) und überwachen die klinische Arbeit des ärztlichen Teams. Sie stellen damit einen Grossteil der klinischen Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses sicher. Je nach Fach und Klinik sind sie zudem selbstständig klinisch tätig (Durchführung von Operationen, Sprechstunden u.a.).

Durch ihre Position und Tätigkeiten übernehmen Oberärztinnen und -ärzte auch Management- und Planungsaufgaben, zum Beispiel die Koordination des Patientenflusses zwischen Notfall- und Bettenstation, die ärztliche Dienstplanung oder die Qualitätssicherung (Spitalhygiene, kritische Ereignisse).

Insbesondere in Universitätskliniken beteiligen sich Oberärztinnen und -ärzte an Forschungsprojekten und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung ihres Faches und sind Teil des akademischen Nachwuchses.

In der Schweiz finden sich unterschiedliche Bezeichnungen für Personen in dieser Position: Stellvertretender Oberarzt oder Stellvertretende Oberärztin, «Chef de clinique» oder «Capo clinica». Im englischsprachigen Raum

spricht man von «Attending», «Attending Physician» oder «Chief Resident» [1, 2].

Oberärzte und -ärztinnen befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen medizinischer Versorgung, klinikinternen Aufgaben, Lehre und eigener persönlicher Weiterbildung (z.B. Erwerb von Facharztstitel, Schwerpunkt, Fähigkeitsausweisen etc.). Die vielen Facetten ihrer Aufgaben machen ihre Funktion sehr abwechslungsreich und attraktiv, sind aber auch herausfordernd und verlangen viel Flexi-

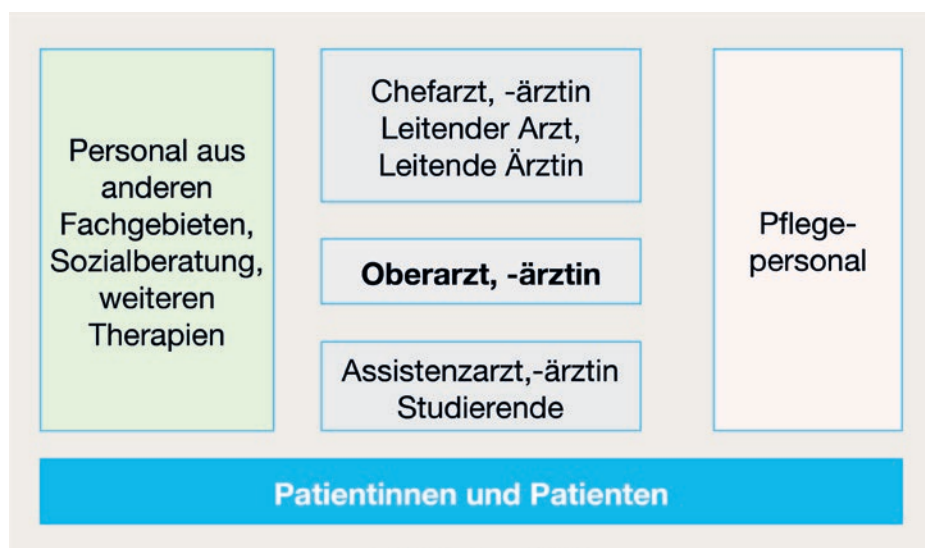


Abbildung 1: Position des Oberarztes und der Oberärztin im Spital.

bilität. Die verschiedenen Aspekte bieten eine spannende und lehrreiche Arbeit im Spital. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Personen- und Berufsgruppen (Patienten und Patientinnen, Studierende, Assistenzärzte und -ärztinnen, Klinik- und Pflegeleitung etc.) und die Möglichkeit der Mitwirkung und Einflussnahme auf verschiedenen Ebenen können zu grosser Genugtuung und Befriedigung führen.

Transition zur Oberärztin oder zum Oberarzt – eine grosse Herausforderung

Der Übergang von der Assistenzärztin zur Oberärztin oder vom Assistenzarzt zum Oberarzt wird oft als sehr herausfordernd und auch belastend empfunden und birgt die Gefahr, in eine chronische Überforderungssituation zu geraten. Kombiniert mit fehlender Unterstützung kann dies zum Ausbrennen führen [1, 2]. Der Funktionswechsel kommt häufig abrupt und ohne beziehungsweise mit nur ungenügender Vorbereitung. Insbesondere die nicht klinischen Aufgaben sind anspruchsvoll [3]: der Schritt von der supervisierten Assistenz Tätigkeit zur eigenständigen, Verantwortung übernehmenden oberärztlichen Position wird als sehr gross erlebt.

Um eine bessere Vorbereitung auf die oberärztliche Position zu erreichen, ist es wichtig zu definieren, welche Aufgaben und dazugehörigen Kompetenzen als relevant und herausfordernd erlebt werden, und zu evaluieren, ob diese während der fachärztlichen Weiterbildung oder in spezifischen Curricula («Faculty Development») besser erworben werden könnten.

In einer multizentrischen Studie in internistischen Kliniken in der Schweiz konnten in Interviews mit Assistenz-, Ober- und Chefärztinnen und -ärzten folgende Themen als besonders herausfordernd definiert werden [4]: 1. die Übernahme der Rolle des «Teamleaders», 2. die Balance zwischen Gewährleistung der Sicherheit für die Patientinnen und Patienten und Schaffung einer Lernumgebung für die Assistenzärzte und -ärztinnen und 3. die Übernahme der Verantwortung bei der medizinischen Fallführung sowie 4. die Entscheidungsfindung bei unklaren medizinischen Situationen von Patientinnen und Patienten.

Um diese Herausforderungen anpacken zu können, brauchen Oberärztinnen und -ärzte neben fundierter medizinischer Expertise in ihrem Fach auch Kompetenzen in der Führung eines Teams, in der Kommunikation und im Teaching. Kenntnisse über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Qualitätssicherung sind unerlässlich für einen verantwortungsbewussten Umgang mit den medizinischen Ressourcen. Ein persönliches «Netzwerk» aus erfahrenen Kollegin-

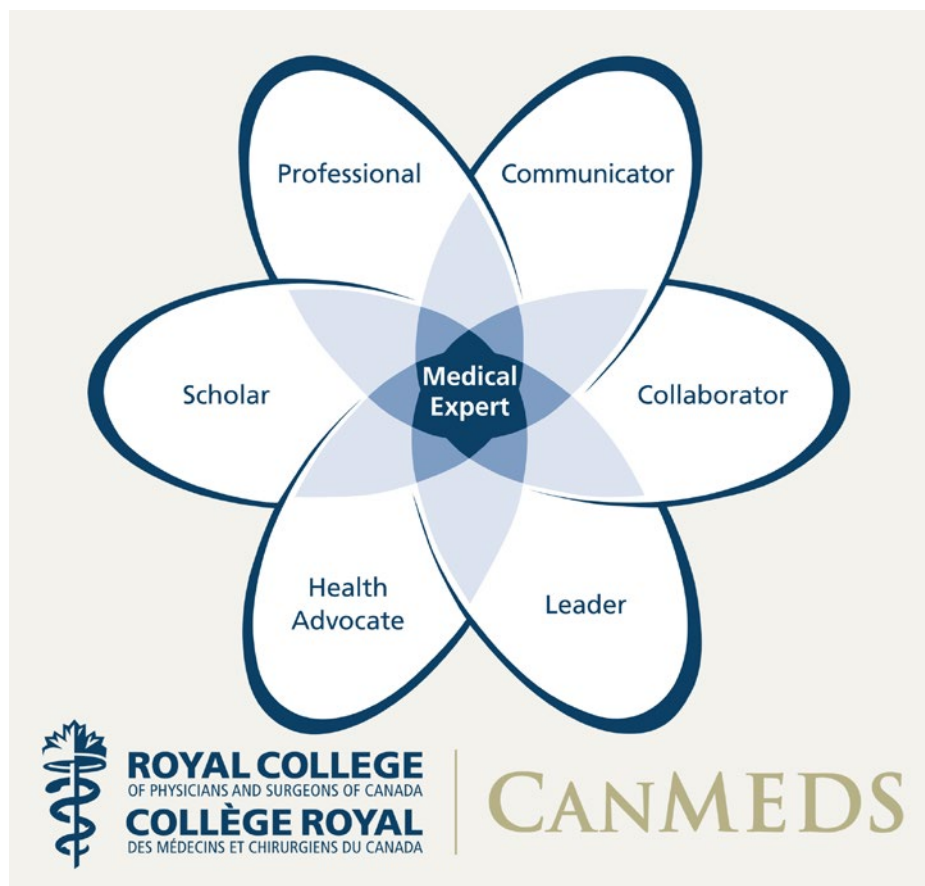


Abbildung 2: CanMEDS-Rollen (www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e).

nen und Kollegen innerhalb der Klinik und des Spitals gibt zusätzliche Sicherheit bei neuen und unklaren Fragestellungen.

«Basic Skills»: Was braucht es?

Eine solide, breite Erfahrung im eigenen Fachgebiet ist Voraussetzung für die klinische Supervision und direkte Betreuung von Patientinnen und Patienten (Spezialsprechstunden, operative Eingriffe u.a.). Das Fachwissen und die notwendigen klinischen Fertigkeiten werden durch die Fachgesellschaften in den Weiterbildungsprogrammen inhaltlich definiert. Mit Nachweis der vorgegebenen Weiterbildungsjahre, Absolvieren der Prüfungen und erforderlichen Kurse sowie der Erfüllung der Arbeitsplatz-basierten Assessments wird durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) der entsprechende Facharztstitel verliehen [5]. Dieser bildet die Basis für die selbstständige Anwendung des Fachwissens und der Fertigkeiten im klinischen Alltag.

Die rein klinische Facharztreife basierend auf Wissen und Fertigkeiten allein genügt nicht, um die Verantwortung für die Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der darin involvierten Personen übernehmen zu können. Eine Vielzahl von zusätzlichen persönlichen Skills im Umgang mit und in der Führung von Mitarbeitenden ist nötig, um die oberärztliche

Tätigkeit erfolgreich umzusetzen. Diese wichtigen Kompetenzen sind in den «Allgemeinen Lernzielen» des SIWF beschrieben [6] und basieren auf den Rollen des «Medical Expert» [7] (Abb. 2):

Dazu gehören unter anderem Sicherheit in der Kommunikation («communicator»), Routine in der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit im Team («collaborator»), eine wissenschaftliche Herangehensweise an klinische Problemstellungen in Diagnostik und Therapie und die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten an jüngere, unerfahrenere Kolleginnen und Kollegen («scholar») sowie eine professionelle Haltung im ärztlichen Alltag («professional»).

Spezifische Kompetenzen sind gefragt

Teamführung, Leadership und Kommunikation

Die Führung eines medizinischen Teams bedeutet die Übernahme von Verantwortung für die Aktivitäten und die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden. Zur Führungsrolle gehört es, stets den Überblick über die Abteilung zu haben, zum Beispiel über die jeweilige Situation der einzelnen Patientinnen und Patienten oder die vorhandenen Ressourcen (Belastung der Ärztinnen

und Ärzte, Patientenaufkommen und -entlassungen, freie Betten, Kapazitäten des Pflegepersonals etc.). Die Einnahme dieser übergeordneten Perspektive braucht Übung und bereitet anfänglich Schwierigkeiten. Neue Oberärztinnen und -ärzte bewegen sich zu Beginn oft zwischen assistenzärztlicher und oberärztlicher Rolle hin und her [4]. Dabei entsteht das Risiko für Missverständnisse mit unklarer Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für konkrete Aufgaben innerhalb des Teams und Hemmungen bezüglich der Übernahme einer Leadership-Rolle in Konfliktsituationen.

Um den Informationsfluss zu sichern, sind gut definierte Tagesstrukturen (Rapporte, Besprechungen von Patienten und Patientinnen etc.) und eine klare Kommunikation hilfreich [6]. Zum Beispiel können Formulierungen in Ich-Form die Wichtigkeit einer Information unterstreichen. Eine positive, motivierende Grundhaltung ist unterstützend, damit Aufgaben mit der entsprechenden Priorität umgesetzt werden. Bei zunehmend limitiert vorhandenen Ressourcen nimmt die Bedeutung der oberärztlichen Führung zu, denn die Betreuung von Patientinnen und Patienten wird durch eine klare Teamführung effizienter und höherstehender. Gutes klinisches Outcome korreliert mit erfolgreichem klinischen Leadership [8, 9]. Dieser Effekt konnte konkret für Notfall-Situationen, bei denen ein «hands-off approach» des Teamleaders unabdingbar ist, nachgewiesen werden [10, 11].

Teaching Skills

Teaching ist neben der medizinischen Supervision eine der Hauptaufgaben von Oberärztinnen und -ärzten. Sie sind direkt für die klinische Aus- und Weiterbildung zuständig und tragen aktiv zum Erfolg der Klinik als Weiterbildungsstätte bei. Damit leisten sie einen essenziellen Beitrag zur Sicherung eines gut ausgebildeten Nachwuchses und garantieren auch qualitativ hochstehende Bewerbungen von Assistenzärztinnen und -ärzten für die Klinik. Das Teaching durch die Oberärztinnen und -ärzte wird in der Regel ohne spezifisch erworbene Fertigkeiten und Wissen über effizientes Unterrichten durchgeführt. Es gibt einfach zu erwerbende Lehrmethoden, die mit etwas Übung gut in den klinischen Alltag integriert werden können [12–15]: Dazu gehören beispielsweise «clinical reasoning», die Anwendung von richtigen Fragetechniken, um theoretisches Wissen im Alltag anzuwenden und zu erweitern, die gezielte Instruktion und Supervision von Eingriffen bei invasiv tätigen Fachärzten und -ärztinnen und systematische Fallbesprechungen. Ein weiteres zentrales Element für den Lernerfolg sind die direkte und konkrete Rückmeldung an die Assistenzärztinnen

und -ärzte zu ihrer Performance und das Besprechen von weiteren Lernzielen durch ein systematisches, konstruktives und zeitnahes Feedback [16–18].

Die Einführung von EPAs («entrustable professional activities») verstärkt die Bedeutung der direkten Interaktion (insbesondere in Form von Feedback) mit den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Durch EPAs wird der erreichte Selbstständigkeits-Level für eine fachärztliche Aktivität eingeschätzt. Dies soll es erlauben, den Assistenzärztinnen und -ärzten eine stufengerechte Übernahme von Verantwortung in der Weiterbildung zu übertragen. Um das Konzept der EPAs erfolgreich umsetzen zu können, braucht es Oberärztinnen und -ärzte, die in der differenzierten Beurteilung der klinischen Aktivitäten geschult und geübt sind.

Kenntnisse über Qualitätssicherung und Finanzierung des Gesundheitswesens

Kostendruck, Finanzierungsprobleme und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wirken sich spürbar auf die Organisation der Spitäler und die Patientenprozesse in den Abteilungen aus (kürzere Aufenthalte, ambulant vor stationär etc.). Dies beeinflusst den Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Oberärzte und -ärztinnen und verlangt eine flexible Anpassung der Abläufe. In diesem oftmals spannungsgeladenen Kontext ist es eine grosse Herausforderung, eine gute medizinische Versorgung sicherzustellen. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Oberärztinnen und -ärzte wissen, mit welchen Instrumenten man medizinische Qualität messen und sichern kann (z.B. «Critical Incident Reporting System» [CIRS], Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen [MoMoKo]) [19]. Grundkenntnisse über die Finanzierung des Gesundheitswesens (Kostenträger, Versicherungen, «Diagnosis Related Groups» [DRG] etc.), Spitalorganisation und -management helfen den Oberärztinnen und -ärzten, diese Veränderungen und deren Auswirkungen auf die Betreuung der Patientinnen und Patienten einzuschätzen und richtig einzuordnen [20, 21].

Vorbereitung auf die zukünftigen Tätigkeiten als Oberärztin/-arzt

Facharztgesellschaften, SIWF und Spitäler sollten die zukünftigen Oberärztinnen und Oberärzte fokussierter und besser auf ihre Aufgaben vorbereiten und Ressourcen dafür einsetzen. Dazu gehören neben der Sicherstellung einer breiten klinischen Weiterbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin auch die zusätzlichen Schulungen für die oben beschriebenen Kompetenzen.

Aktuell entstehen in verschiedenen Kliniken Faculty-Development-Programme, in denen zusätzliche Kompetenzen in Kommunikation,

Leadership, Teaching oder Qualitätssicherung erworben werden können. Das SIWF erweitert fortlaufend sein Angebot von Teach-the-Teachers-Kursen, die Leadership- und Teaching-Themen behandeln [22].

Die Einführung der EPAs ermöglicht es, den Assistenzärzten und -ärztinnen bewusster Autonomie und Kompetenzen zu übertragen, was sie gezielter auf die Eigenverantwortung in ihrer zukünftigen oberärztlichen Funktion vorbereitet.

Die persönliche Begleitung durch eine Kollegin oder einen Kollegen mit mehr Erfahrung kann neue Oberärztinnen und Oberärzte sehr wertvoll bei Unsicherheiten unterstützen, insbesondere bei neuen, herausfordernden Aufgaben, wie der Beurteilung und Betreuung einer unklaren Patientensituation, dem Umgang mit schwierigen Mitarbeitenden oder dem Management einer Abteilung bei Kapazitätsengpässen. Coaching und Mentoring geben Sicherheit, haben einen positiven Einfluss auf die Verhinderung eines Burn-outs und können Impulse für die weitere Karriereplanung geben [23].

Oberärztin/-arzt – ein überholtes Modell oder Modell der Zukunft?

Trotz ihrer Rolle als Garant einer qualitativ hochstehenden Betreuung von Patientinnen und Patienten und ihrer massgeblichen Beteiligung an der Aus- und Weiterbildung wird die Arbeit als Oberarzt oder Oberärztin weder durch sie selbst noch durch das Spital als genügend attraktiv wahrgenommen, um länger in dieser Funktion zu bleiben: Viele junge Kolleginnen und Kollegen verlassen nach ein paar Jahren ihre oberärztliche Stelle im Spital. Auch hier macht sich der Fachkräftemangel bemerkbar. Mögliche Gründe dafür sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Fachgesellschaften, Spitäler und Kliniken müssen die Rolle der Oberärzte und -ärztinnen neu überdenken und aufwerten: Es braucht Entwicklungsperspektiven mit klar definierten Verantwortungsbereichen und Kompetenzerweiterungen, Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit und finanzielle Anreize, um die Attraktivität der oberärztlichen Position in einem multidisziplinären Setting zu erhöhen.

Ein stabiles Team aus Oberärzten und -ärztinnen spart einer Klinik durch seine eingespielte, hochstehende Expertise und beispielhafte Teamarbeit Ausgaben und Zeitressourcen. Die breiten Kompetenzen von erfahrenen Oberärzten und -ärztinnen in der Aus- und Weiterbildung werten die Attraktivität einer Klinik sowohl als Weiterbildungsstätte als auch als Arbeitgeberin auf und werden in der jährlichen SIWF-Weiterbildungsstätten-Beurteilung sichtbar. Um den Stab an Oberärztinnen und

Tabelle 1: Warum bleiben Oberärztinnen/Oberärzte nicht langfristig im Spital?**Mögliche Gründe**

Überforderung aufgrund von ungenügenden Kompetenzen in zusätzlichen, für die Ausübung der oberärztlichen Funktion relevanten Aufgaben

Fehlende Karrieremöglichkeiten

Einschränkende, belastende Dienste und unregelmässige Arbeitszeiten

Wenige Möglichkeiten für Teilzeitarbeit in der stationären Betreuung von Patientinnen und Patienten

Ungenügende finanzielle Entlohnung im Vergleich zur privatärztlichen Tätigkeit

Fehlende Wertschätzung

-ärzten im Spital halten zu können, müssen jedoch aktive Massnahmen geschaffen werden.

Schaffung von Perspektiven

Die Fachgesellschaften, Klinikleitungen respektive Spitäler sollten die Durchführung von Faculty-Development- und Teach-the-Teachers-Kursen (z.B. als fixes oberärztliches Curriculum) durch entsprechend geschulte Tutorinnen und Tutoren aufbauen [22]. Im Moment erfolgt die Teilnahme an diesen Kursen meist freiwillig, sie werden aus Eigeninitiative oder Interesse oft in der Freizeit besucht (mit den meist fünf bezahlten Weiterbildungstagen werden vor allem die fachspezifischen Weiterbildungen absolviert) und oft von den Teilnehmenden selbst finanziert. Die Absolvierung dieser Kurse sollte deshalb aktiv (mit Extraplätze) und finanziell unterstützt werden. Spezifische Kompetenzen für im Spital und in der Weiterbildung tätige Fachärztinnen und -ärzte sollen in Facharzttitelanforderungen Eingang finden. Als Beispiel sei hier die Weiterbildung zur Spitalinternistin oder zum Spitalinternisten in der Allgemeinen Inneren Medizin erwähnt, die eine hervorragende fachliche Vorbereitung auf die oberärztliche Funktion in der Betreuung von zunehmend komplexen und multimorbiden Patientinnen und Patienten bietet.

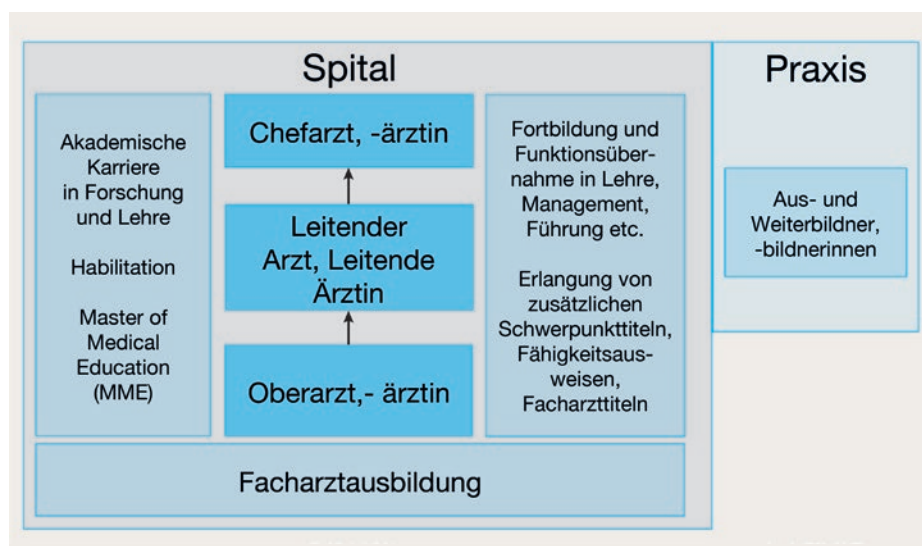
Die Kliniken sollten mit ihren Kaderärztinnen und -ärzten ein strukturiertes und gezieltes Mentoring für Oberärzte und -ärztinnen aufbauen, mit einer systematischen Evaluation von Oberarztkandidatinnen und -kandidaten. Sie sollten diesen konkrete Karriereperspektiven in der Klinik ermöglichen, ob mit oder ohne Forschungsaktivität (Abb. 3). Oberärztinnen und -ärzte mit zusätzlichen Kompetenzen und Aufgaben in Teaching, Sonographie, Einsatzplanung oder Qualitätsmanagement können mit einer zusätzlichen Bezeichnung und definierten Verantwortungsbereichen anerkannt werden, um ihre wichtige Rolle auch

ohne akademische Karriere aufzuwerten. Ebenso können mittels eines Masterstudiengangs (z.B. Medical Education, Public Health etc.) oder eines «Certificate in Advanced Studies» im Gesundheitswesen weitere Fertigkeiten und Wissen erworben werden, die zum Beispiel eine Beförderung zum Spitalfacharzt oder zur Spitalfachärztin ermöglichen.

Akademisch tätige Oberärztinnen und -ärzte entwickeln ihre Karriere in der Regel in einem universitären Umfeld und leisten dadurch einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung ihres Faches. Innerhalb der Klinik und des Spitals braucht es Karrierepfade, sodass Oberärztinnen und -ärzte in eine leitende Funktion mit mehr Verantwortung und Aufgaben befördert werden können und ihre Expertise nicht verloren geht. Die oberärztliche Tätigkeit ist aber auch eine hervorragende Vorbereitung für all diejenigen, die später in einer hausärztlichen Praxis tätig sein werden.

Neben der Einhaltung der Arbeitszeiten können innovative Dienstplanmodelle, zum Beispiel mit Anpassung von Schichtdiensten an

das Patientenaufkommen, eine in den Schichtdienst integrierte Weiterbildung, geschützte Bürozeiten für Zusatzaufgaben und geplante Kompensationen die Dienst- und Arbeitsbelastung reduzieren. Der Einsatz von klinischen Fachspezialisten und -spezialistinnen der Pflege wäre nicht nur für die Assistenzärzte und -ärztinnen sondern auch für die Oberärztinnen und -ärzte eine Unterstützung (z.B. durch Mithilfe bei der Triage der stationären Patientenaufnahme, die Betreuung und Supervision von unkomplizierten stationären Patientinnen und Patienten oder die Übernahme von einfachen Sonographien). Der Einsatz in Netzwerken von Kliniken verschiedener Grösse und mit unterschiedlichen Spezialisten und Spezialistinnen oder Auslandsaufenthalte im Rahmen eines oberärztlichen Curriculums mit Erwerb spezifischer klinischer Kompetenzen (Zentrumsspital, Fachklinik, interdisziplinärer Notfall etc.) können eine enorme Bereicherung der Arbeit als Oberärztin oder Oberarzt sein und sie/ihn für spezifische Tasks tauglich machen (z.B. den Einsatz auf der akuten Notfallstation).

**Abbildung 3:** Karrieremöglichkeiten.

Die Möglichkeit der Teilzeitarbeit und des Jobsharings sollte in Zukunft nicht nur bei der ambulanten, sondern auch bei der stationären Arbeit eine Selbstverständlichkeit sein. Die kommenden Generationen fordern von Arbeitgebenden ein hohes Mass an Flexibilität und Freiheit bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben [24].

Die Entlohnung für die Oberärztinnen und -ärzte muss vergleichbar sein mit der Tätigkeit in der Praxis, um die Arbeit am Spital konkurrenzfähig zu machen.

Der Miteinbezug in relevante klinische Projekte und Entscheidungen sowie Teambuildingevents sind eine zusätzliche Möglichkeit, um die oberärztliche Tätigkeit in der Klinik aufzuwerten.

All diese «Investitionen» in den Stab der Oberärztinnen und -ärzte werden durch ein konstantes, exzellent ausgebildetes Team «belohnt». Ein modernes Modell der oberärztlichen Position ist die Zukunft für eine qualitativ hochstehende Betreuung von Patientinnen und Patienten und für die Aus- und Weiterbildung unverzichtbar.

Ausblick

Der Fachkräftemangel und der Kostendruck werden neben der medizinischen Versorgung auch die klinische Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte unweigerlich beeinflussen, vor allem auch bei fehlendem oberärztlichem Nachwuchs. Ein verstärkender Faktor beim Fachkräftemangel werden auch die Bedürfnisse der kommenden Generationen nach mehr Möglichkeiten für Teilzeitanstellungen sein.

Fachlich fundiert ausgebildet und mit zusätzlichen Kompetenzen ausgerüstet, übernimmt das Team der Oberärztinnen und -ärzte eine tragende Rolle in diesem von Veränderungen geprägten Umfeld: sie stellen die Qualität der Versorgung und die Aus- und Weiterbildung des Nachwuchses sicher. In ihrer Drehscheibenfunktion werden sie zum Garanten für die medizinische Qualität im Spital. Sie zeichnen sich durch fundierte fachärztliche Expertise und zusätzliche Kompetenzen in Teaching, Kommunikation, Leadership und Spitalmanagement aus. Ihre Rollen sind vielfältig, spannend und facettenreich [6, 7].

Korrespondenz

Dr. med. Martin Perrig
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM)
Inselspital
Freiburgstrasse 16p
CH-3010 Bern
martin.perrig[at]insel.ch

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Das Wichtigste für die Praxis

- Oberärzte und -ärztinnen gewährleisten durch ihre Supervision eine hohe Qualität und Sicherheit in der Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer Klinik. Durch die abwechslungsreichen Aufgaben und die interdisziplinäre Tätigkeit bietet die Rolle eine spannende, vielfältige, dynamische und immer wieder aufs Neue herausfordernde Arbeit.
- Oberärztinnen und -ärzte führen ein ärztliches Team und sichern die klinische Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses im Spital.
- Oberärzte und -ärztinnen brauchen zur Erfüllung ihrer Aufgaben medizinische Expertise in ihrem Fach, Kompetenzen im Bereich der «Allgemeinen Lernziele des Medical Expert» und Kenntnisse in Teamführung, Kommunikation, Teaching und Gesundheitswesen.
- Um die Herausforderungen im Spannungsfeld zwischen Kostendruck, medizinischer Versorgung, Fachkräftemangel und klinisch-ärztlicher Nachwuchsförderung meistern zu können, wird die Funktion des Oberarztes und der Oberärztin für jedes Spital in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

Literatur

- 1 Westerman M, Teunissen PW, van der Vleuten CP, Scherpier AJ, Siegert CE, van der Lee N, Scheele F. Understanding the transition from resident to attending physician: a transdisciplinary, qualitative study. *Acad Med*. 2010;85(12):1914–9.
- 2 Westerman M, Teunissen PW, Fokkema JP, van der Vleuten CP, Scherpier AJ, Siegert CE, Scheele F. The transition to hospital consultant and the influence of preparedness, social support, and perception: A structural equation modelling approach. *Med Teach*. 2013;35(4):320–7.
- 3 Morrow G, Burford B, Redfern N, Briel R, Illing J. Does specialty training prepare doctors for senior roles? A questionnaire study of new UK consultants. *Postgrad Med J*. 2012;88(1044):558–65.
- 4 Roten C, Baumgartner C, Mosimann S, Martin Y, Donzé J, Nohl F, et al. Challenges in the transition from resident to attending physician in general internal medicine: a multicenter qualitative study. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):336.
- 5 Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) [Internet]. Bern: SIWF; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. Weiterbildungsordnung 2000. Verfügbar unter: https://www.siwf.ch/files/pdf29/wbo_2000_d.pdf
- 6 Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) [Internet]. Bern: SIWF; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. Lernzielkatalog Allgemeine Lernziele für die Weiterbildungsprogramme 2014. Verfügbar unter: https://www.siwf.ch/files/pdf17/allg_lz_d.pdf
- 7 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCP). Ottawa ON Canada: RCP; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. CanMEDS 2019. Verfügbar unter: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- 8 Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA*. 2010;304(15):1693–700.

- 9 Whealan SA, Burchill CN, Tilin F. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2003;12(6):527–34.
- 10 Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LA, Kahn JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*. 2010;170(4):369–76. 24;170(10):867.
- 11 Cooper S, Wakelam A. Leadership of resuscitation teams: 'Lighthouse Leadership'. *Resuscitation*. 1999;42(1):27–45.
- 12 Neher JO, Stevens NG. The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. *Fam Med*. 2003;35(6):391–3.
- 13 Irby DM, Wilkerson L. Teaching when time is limited. *BMJ*. 2008;336(7640):384–7.
- 14 Khin-Htun S, Kushairi A. Twelve Tips for Developing Clinical Reasoning Skills in the Pre-Clinical and Clinical Stages of Medical School. *Med Teach*. 2019;41(9):1007–11.
- 15 Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med*. 2003;78(9):893–8.
- 16 van de Ridder JM, Stokking KM, McGaghie WC, ten Cate OT. What is feedback in clinical education? *Med Educ*. 2008;42(2):189–97.
- 17 Wisniewski B, Zierer K, Hattie J. The Power of Feedback Revisited: A Meta-Analysis of Educational Feedback Research. *Front Psychol*. 2020;10:3087.
- 18 Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 1983;250(6):777–81.
- 19 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Bern: SAMW; 2009.
- 20 Bundesamt für Statistik. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Neuchâtel: BfS; 2022.
- 21 Roten C, Perrig M, Hg. Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- 22 Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) [Internet]. Bern: SIWF; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. Teach the Teacher. Verfügbar unter: <https://siwf.ch/siwf-projekte/cbme/teach-the-teachers.cfm>
- 23 Swendiman RA, Edmondson AC, Mahmoud NN. Burnout in surgery viewed through the lens of psychological safety. *Ann Surg*. 2019;269(2):234–5.
- 24 Maurer S. Die Generation Z ist eher wertkonservativ. *SÄZ*. 2023;104(23):16–20.



Dr. med. Martin Perrig
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM), Inselspital, Bern