

# Qualität sichern, Zukunft gestalten: Reform der chirurgischen Weiterbildung

Oktober 2025

Federico Mazzola ist Präsident des Verbandes der Assistenz- und Oberärzt:innen Zürich (VSAO Zürich) und selbst junger Oberarzt auf der Chirurgie. Er vertritt die Stimme von rund 5'500 Assistenz- und Oberärzt:innen im Kanton Zürich.



Der Kassensturz-Bericht „[Auf dem Papier können wir es, praktisch oft nicht](#)“ (SRF, Sept. 2025) hat eine wichtige Diskussion angestossen, die wir als VSAO Zürich konstruktiv weiterführen möchten. Die dokumentierten Herausforderungen wurden von allen Beteiligten – von Chefärzt:innen bis zu Weiterbildungsverantwortlichen – transparent und selbstkritisch adressiert. Dies zeigt: Die Bereitschaft zur Verbesserung ist vorhanden.

Die kürzlich publizierte Studie von Grossen et al. (2025) prognostiziert bis 2040 einen Anstieg um 40% mehr Allgemein chirurg:innen in der Schweiz. Doch diese Zahlen allein erzählen nicht die ganze Geschichte. Was nützen uns mehr Chirurg:innen, wenn sie nicht ausreichend operativ ausgebildet werden? Gemeinsam müssen wir sicherstellen, dass Quantität mit Qualität einhergeht.

## Die Realität hinter den Zahlen – eine differenzierte Betrachtung

Die Studie behandelt „Allgemein chirurg:innen“ als homogene Gruppe, was der Komplexität der Realität nicht vollständig gerecht wird. Ein:e Traumatolog:in führt kaum Blinddarm-Operationen (Appendektomien) durch, Ärzt:innen in Regionalspitälern operieren breiter als urbane Spezialist:innen. Die enorme Subspezialisierung – von endokriner Chirurgie über Bariatrie bis zur hepatobiliären Chirurgie – macht Durchschnittswerte zu einer Herausforderung für die Interpretation.

Die behauptete Abnahme von Eingriffen pro Chirurg:in wird zudem ohne statistische Signifikanz präsentiert. Diese marginalen Veränderungen sollten uns jedoch nicht vom eigentlichen Problem ablenken: Seit über zehn Jahren wird die praktische Weiterbildung zunehmend in die Zeit als Oberärzt:in verschoben, ein Trend, den wir gemeinsam umkehren müssen.

## Strukturelle Herausforderungen gemeinsam angehen

### Das Zeitproblem

Als junge Chirurg:innen erleben wir täglich, wie viel Zeit mit nicht-klinischen Tätigkeiten verloren geht. Eine Schweizer Studie zeigt: Assistenzärzt:innen in der Inneren Medizin verbringen nur 28% ihrer Zeit in direktem Patient:innenkontakt (Wenger et al., 2017). Selbst in Ländern mit strukturierter Weiterbildung kämpfen Chirurg:innen mit diesem Problem. Kanadische Assistenzärzt:innen verbringen maximal 19% ihrer Zeit im OP (Walser et al., 2023).

### Das Missverhältnis zwischen Bedarf und Ausbildung

Ein zusätzliches strukturelles Problem, das wir gemeinsam lösen müssen: Es werden oft mehr Assistenzärzt:innen angestellt, um chirurgische Kliniken und insbesondere deren

Stationen zu betreiben, als tatsächlich operativ ausgebildet werden können. Die Kliniken stehen vor der Herausforderung, dass sie oft selbst nicht genau wissen, wie viele Assistenzärzt:innen sie effektiv ausbilden können – sie kennen primär die Anzahl, die sie für einen sicheren Betrieb benötigen. Dabei wird den Assistenzärzt:innen nicht immer transparent kommuniziert, ob sie als Chirurg:innen gefördert werden oder eine realistische Chance auf eine chirurgische Weiterbildung haben.

Ein Grossteil der angehenden Chirurg:innen verbringt unverhältnismässig viel Zeit mit Stationsarbeit, die oft wenig mit ihrer chirurgischen Ausbildung zu tun hat. Hier braucht es konkrete Ansätze: Die Einführung von Physician Associates oder Clinical Assistants nach internationalem Vorbild könnte die Stationsarbeit professionalisieren und gleichzeitig den Assistenzärzt:innen mehr Zeit für ihre operative Ausbildung verschaffen.

Diese Herausforderungen verschärfen sich durch die ökonomischen Rahmenbedingungen: Assistenzärzt:innen sind mit einem Anfangslohn basierend auf 50 Stunden-Wochen von brutto CHF 39.- pro Stunde kostengünstiger als spezialisiertes Pflegepersonal oder Verwaltungsangestellte. Dies führt dazu, dass administrative Aufgaben oft bei ihnen landen – Zeit, die für die chirurgische Ausbildung verloren geht.

## **Fehlende systematische Planung**

Ohne systematische Bedarfsplanung und ohne ausreichend geschützte Weiterbildungszeit stehen wir vor einer doppelten Herausforderung. Die oft gehörte Befürchtung, reduzierte Arbeitszeiten gefährden die Weiterbildung, wurde bereits 2010 von Businger et al. widerlegt: Die 50-Stunden-Woche beeinträchtigt die chirurgische Kompetenzentwicklung nicht, wenn die Zeit richtig genutzt wird (Businger et al., 2010). Die Lösung liegt nicht in mehr Stunden, sondern in deren optimaler Verwendung.

Während die WHO klare Modelle für Workforce-Planning empfiehlt und Quebec mit seinem PREM-System präzise den Ärzt:innenbedarf berechnet (Gouvernement du Québec, 2024; WHO, 2020), haben wir in der Schweiz noch Nachholbedarf bei der systematischen Planung der Weiterbildung.

## **Der technologische Wandel als zusätzliche Herausforderung**

Als weiterer wichtiger Faktor kommt der technologische Wandel hinzu, der stärker in die Planung einbezogen werden sollte. Minimalinvasive Eingriffe verkürzen Liegezeiten, die Ambulantisierung verschiebt Operationen aus dem stationären Setting, und interventionelle Verfahren ergänzen zunehmend die klassische Chirurgie. Robotik eröffnet neue Möglichkeiten für präzisere Eingriffe – erfordert aber auch neue Kompetenzen. Gemeinsam müssen wir die Weiterbildung für die Chirurgie von morgen gestalten.

## **Das Problem der Fallzahlverdünnung**

Diese Planungsherausforderung zeigt sich besonders, wenn mehrere Spitäler in unmittelbarer Nähe ähnliche Versorgungsaufträge haben, wobei dies zu einer Fallzahlverdünnung führt – 10 bis 15 Assistenzärzt:innen pro Spital behandeln das gleiche Spektrum, aber mit zu wenigen Fällen für eine solide Ausbildung. Internationale Studien zeigen:

Mindestfallzahlen können die Mortalität bei Operationen um 20-30% reduzieren (Nimptsch & Mansky, 2017).

Eine durchdachte Spezialisierung und Kooperation zwischen den Spitälern würde sowohl die Weiterbildungsqualität als auch die Patient:innensicherheit verbessern (Vonlanthen et al., 2018). Dies bedeutet nicht die Schliessung regionaler Spitäler, sondern eine klare Rollenaufteilung: Jede Weiterbildungsstätte sollte ihre Stärken ausspielen und garantieren können, dass sie die Mindestanzahl an Eingriffen für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung bietet.

## Transparenz und Verantwortung – Vertrauen durch Qualität

Die Abhängigkeitsverhältnisse zwischen jungen Assistenzärzt:innen und ihren Weiterbildungsstätten erfordern besondere Aufmerksamkeit. Internationale Studien zeigen, dass unter diesem Druck z.B. Arbeitszeit-Dokumentationen verfälscht werden können (Drolet et al., 2013). Durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) kontrollierte Visitationen sollten daher zu noch wirksameren Qualitätskontrollen weiterentwickelt werden.

Zwar wird bei der Anerkennung durch das SIWF die Kategorie der chirurgischen Weiterbildungsstätte bereits mit den verfügbaren Teaching-Operationen verknüpft, doch die tatsächliche Anzahl der angestellten Assistenzärzt:innen wird nicht davon abhängig gemacht. Dies führt zu einem Missverhältnis zwischen Weiterbildungskapazität und tatsächlicher Stellenbesetzung, das wir gemeinsam adressieren müssen.

Zudem braucht die „Chirurgische Grundversorgung“ eine realistische Definition. Der aktuelle Katalog enthält Eingriffe wie Splenektomien oder Leberoperationen, die für viele chirurgische Grundversorger:innen in der Praxis weniger relevant sind. Verschiedene Spitalgrössen und regionale Gegebenheiten erfordern hier differenzierte Ansätze oder verstärkte Weiterbildungskooperationen und -netzwerke.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen Situationen, in denen junge Oberärzt:innen bei Eingriffen keine ausreichende Unterstützung erhalten. Die Backup-Funktion durch erfahrene Kolleg:innen ist essenziell für die Patient:innensicherheit und Teil der gemeinsamen Verantwortung. Hier müssen wir gemeinsam Strukturen schaffen, die sowohl Lernende als auch Patient:innen optimal schützen.

## Konstruktive Lösungswege – gemeinsam vorwärts

Der offene Dialog im Kassensturz-Beitrag zeigt: Die Bereitschaft für Veränderung ist da. Als VSAO Zürich bringen wir uns aktiv in diese Diskussion ein und schlagen folgende Massnahmen vor, die wir gemeinsam mit allen Beteiligten – Fachgesellschaften, Weiterbildungsstätten, SIWF und Politik – entwickeln und umsetzen möchten:

1. **Transparenz durch bessere Datengrundlagen schaffen:** Die Schweiz könnte von einer systematischeren Erhebung des chirurgischen Bedarfs profitieren. Wir sollten prüfen, ob internationale Modelle – angepasst an Schweizer Verhältnisse – mehr Transparenz schaffen könnten, ohne die Wahlfreiheit einzuschränken. Zwei Aspekte erscheinen

uns wichtig: Die Frage „Wie viele Chirurg:innen braucht die Schweiz?“ und die praktische Frage „Wie viele Assistenzärzt:innen kann eine chirurgische Weiterbildungsstätte effektiv ausbilden?“. Der technologische Wandel und begrenzte Fallzahlen sollten dabei berücksichtigt werden. Es geht uns um eine informierte Diskussionsgrundlage, nicht um Einschränkungen.

**2. Fokussierung der chirurgischen Weiterbildung im Operationssaal:** Aktuell verbringen Assistenzärzt:innen gemäss Studien maximal 20-30% ihrer Zeit im OP. Mittelfristig sollten 40% erreicht werden, langfristig sind 50% der Arbeitszeit im Operationssaal anzustreben. Dafür müssen administrative Aufgaben konsequent an entsprechende Fachkräfte delegiert werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass strukturierte Trainingsprogramme die operative Exposition signifikant erhöhen können (Temple, 2014).

**3. Innovative Stationsmodelle einführen:** Die Einführung von Physician Associates, Clinical Assistants oder ähnlichen Berufsbildern nach internationalem Vorbild könnte die Stationsarbeit professionalisieren. Diese spezialisierten Fachkräfte würden Routineaufgaben übernehmen und so den Assistenzärzt:innen mehr Zeit für ihre chirurgische Ausbildung verschaffen. Gleichzeitig braucht es eine Digitalisierung administrativer Prozesse und den gezielten Einsatz von Verwaltungspersonal für nicht-medizinische Tätigkeiten.

**4. Weiterbildung finanziell anerkennen – kantonal und tariflich:** Eine saubere Berechnung der Weiterbildungskosten fehlt bislang, obwohl diese zwischen Fachgebieten und Spitälern stark variieren. Primär sollte die kantonale Förderung strukturierter Weiterbildung gestärkt werden, denn die heutigen kantonalen Beiträge decken die tatsächlichen Kosten nicht. Gleichzeitig muss die Ambulantisierung unbedingt Teil der Weiterbildung werden – auch Privatspitäler sollten sich konsequent an den Aus- und Weiterbildungskosten beteiligen. Als innovative Ergänzung könnte eine Abbildung der Teaching-Leistung in den Tarifen zusätzliche Anreize schaffen: Wer beispielsweise eine Leistenhernie im Teaching-Modus operiert, verliert Zeit, aber die Gesellschaft gewinnt an der Ausbildung. Eine tarifliche Anerkennung würde Weiterbildner:innen direkt für ihre Lehrleistung vergüten.

**5. Kompetenzbasierte Weiterentwicklung:** Das Core Surgical Curriculum (CSC) – ein bereits bestehendes, strukturiertes Basisprogramm für die ersten zwei Weiterbildungsjahre – ist ein wichtiger erster Schritt. Es definiert Grundfertigkeiten, die alle Chirurg:innen beherrschen müssen. Dies muss flächendeckend obligatorisch im Kanton umgesetzt werden. Bei der Zahl der Assistenzärzt:innen pro Weiterbildungsstätte sollte die Zahl der verfügbaren Teaching-Operationen stärker berücksichtigt werden. Die gesamte weitere Weiterbildung sollte auf nachgewiesenen Kompetenzen basieren, wobei Fallzahlen weiterhin als Orientierung dienen, aber nicht das einzige Kriterium bleiben dürfen.

**6. Fachgesellschaften in der Verantwortung:** Insbesondere die operativen und halb-operativen Fächer stehen vor der Herausforderung, ihre Weiterbildungsprogramme weiterzuentwickeln. Während einige chirurgische Fachgesellschaften Bemühungen zeigen, die Weiterbildung zu verbessern, braucht es flächendeckend verbindliche und erfüllbare Programme. Standards müssen nicht nur diskutiert, sondern gesetzt und durchgesetzt werden.

**7. Weiterbildungsstätten in der Führung:** Die Weiterbildungsstätten sollen in der Weiterbildung mehr kooperieren und Netzwerke bilden. Vorbildliche Institutionen, die bereits heute exzellente Weiterbildung betreiben, verdienen mehr Aufmerksamkeit und sollten als Modelle dienen. Es gilt, chirurgische Fähigkeiten frühzeitig zu prüfen und zu bewerten, und gezielt diejenigen zu fördern, die Talent und Potenzial zeigen und die Chirurgie nachhaltig und ausgeglichen weiterbringen wollen.

**8. Zukunftsorientierte Kompetenzprofile:** Die Weiterbildung muss technologische Entwicklungen antizipieren. Robotik-Training (als Beispiel) und digitale Kompetenzen gehören ins Curriculum – nicht als Zusatz, sondern als Kern zukünftiger Chirurgie.

## Unser Engagement für Wandel

Als VSAO Zürich verstehen wir uns als konstruktiver Partner im Dialog um die Zukunft der chirurgischen Weiterbildung. Wir anerkennen die Herausforderungen, die alle Beteiligten, von den Weiterbildungsstätten über die Fachgesellschaften bis zur Politik, gleichermassen betreffen. Wir arbeiten aktiv daran, diese Strukturen zu verbessern, fördern den kritischen, aber konstruktiven Dialog mit den Kliniken und setzen uns für eine rigorosere, aber faire Akkreditierung der Weiterbildungsstätten ein.

Die im Kassensturz benannten Probleme bestehen seit Jahren, aber die offene Art, wie sie dort diskutiert wurden, zeigt: Die Zeit ist reif für Veränderung. Wir sind bereit, mit allen Partnern am Tisch konstruktive Lösungen zu erarbeiten. Dafür brauchen wir:

- Bessere Datengrundlagen für informierte Diskussionen und Entscheidungen
- Klare Spezialisierung und Kooperation zwischen Spitälern mit garantierten Mindestfallzahlen
- Innovative Stationsmodelle mit Physician Associates und digitalen Lösungen
- Verstärkte kantonale Förderung strukturierter Weiterbildung
- Innovative Ansätze wie die tarifliche Anerkennung von Teaching-Leistungen
- Wirksame Qualitätskontrollen mit klaren Standards
- Ein System, das Qualität vor Quantität stellt
- Anerkennung und Förderung von Weiterbildungsstätten mit Vorbildfunktion

Als Nachwuchskräfte sind wir bereit für diese Reformen und laden alle Beteiligten ein, gemeinsam mit uns den Weg zu beschreiten. Wir wollen die Chirurg:innen werden, die unsere Patient:innen verdienen – kompetent, sicher und gut ausgebildet. Der Dialog hat begonnen, nutzen wir den Schwung für konkrete Verbesserungen.

## Referenzen

Businger, A., Guller, U., & Oertli, D. (2010). Effect of the 50-hour workweek limitation on training of surgical residents in Switzerland. *Archives of Surgery*, 145(6), 558–563. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.88>

Drolet, B. C., Christopher, D. A., & Fischer, S. A. (2013). Residents' response to duty-hour regulations—A follow-up national survey. *New England Journal of Medicine*, 366(24), e35. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1202848>

Gouvernement du Québec. (2024). Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). <https://www.quebec.ca/gouvernement/travailler-gouvernement/sante-services-sociaux/travailler-comme-medecin-de-famille-au-quebec/places-autorisees-disponibles-plans-regionaux-effectifs-medicaux>

Grossen, H., Baechtold, M., Antony, P., Renzulli, P., Hauswirth, F., Probst, P., & Muller, M. K. (2025). Future demand for visceral surgeons in Switzerland: An empirical study. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 410, Article 248. <https://doi.org/10.1007/s00423-025-03833-2>

Nimptsch, U., & Mansky, T. (2017). Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open*, 7(9), e016184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016184>

Schweizerisches Radio und Fernsehen. (2025, September 16). *Ausbildung in der Chirurgie: Auf dem Papier können wir es, praktisch oft nicht* [Television broadcast]. Kassensturz. <https://www.srf.ch/sendungen/kassensturz-espresso/kassensturz/ausbildung-in-der-chirurgie-auf-dem-papier-koennen-wir-es-praktisch-oft-nicht>

Temple, J. (2014). Resident duty hours around the globe: where are we now? *BMC Medical Education*, 14(Suppl 1), S8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-S1-S8>

Vonlanthen, R., Lodge, P., Barkun, J. S., et al. (2018). Toward a consensus on centralization in surgery. *Annals of Surgery*, 268(5), 712–724. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002965>



Walser, C., Lethbridge, L., & Mele, T. S. (2023). *How do surgical residents spend their time? A time and motion study of surgical residents at a Canadian academic medical centre*. Electronic Thesis and Dissertation Repository, University of Western Ontario. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/10115>

Wenger, N., Méan, M., Castioni, J., Marques-Vidal, P., Waeber, G., & Garnier, A. (2017). Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts. *Annals of Internal Medicine*, 166(8), 579–586. <https://doi.org/10.7326/M16-2238>

World Health Organization. (2020). *Health workforce planning: methods and technical framework for countries in the WHO European Region*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332024/Policy-summary-2-2077-1584-eng.pdf>