

Postgraduate medical education in obstetrics and gynaecology: Where are we now and what do we need for the future? A study on postgraduate training in obstetrics and gynaecology in Germany, Austria and Switzerland

Abstract

Objective: In this study, we aim to assess the current situation of postgraduate medical education in obstetrics and gynaecology in Germany, Austria and Switzerland. In addition, we aim to determine transferable advantages amongst the countries.

Study design: We performed a survey through a digital questionnaire with a total of 40 questions. The survey was advertised via communication channels of the German, Austrian and Swiss gynaecological societies; the participants were enrolled anonymously.

Results: A total of 422 trainees took part in the survey. Differences within the three countries were found regarding the workload and the training of sub-specialties. Generally, the participants described to spend the majority of their daily working hours on documentation. Concerning assessment of current training regulations, more than half of trainees stated that they were actually faced with notable difficulties to fulfil the required obligatory numbers of self-performed interventions being documented. When asked for their intrinsic feeling of safety, around two-third of trainees felt “confident to very confident” during standard interventions. These numbers were up to 12% higher in the group of trainees who experienced simulation training during their education.

Conclusion: With the help of this survey, weak points can be identified such as workload and implementation of current training regulations. Projects and ideas as EBCOG PACT, EPAs, the reduction of bureaucracy through digitization and deepening skills through simulation make a valuable contribution to compensate for these deficits and to adapt to future requirements.

Keywords: clinical education, OBGYN-training, PGME, curriculum, international cooperation

Franziska M. Winder^{1,2}

Georg Breuer^{3,4}

Martine Favero^{2,5}

Philipp Foessleitner^{4,6}

Margareta Friemann^{7,8}

Benedict Krischer^{2,9}

Karin Windsperger^{4,6}

Martin Weiss^{7,10}

- 1 Kantonsspital St. Gallen, Frauenklinik, St. Gallen, Switzerland
- 2 Junges Forum der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – gynécologie suisse (SGGG), Bern, Switzerland
- 3 Universitätsklinikum Tulln, Tulln an der Donau, Austria
- 4 Junge Gyn in der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Wien, Austria
- 5 Rhypraxis, Feuerthalen, Switzerland
- 6 Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Klinische Abteilung für Geburtshilfe und Feto-Maternale Medizin, Wien, Austria
- 7 Universitätsspital Münster, Department für Gynäkologie und Geburtshilfe, Münster, Germany
- 8 Junges Forum in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Berlin, Germany

9 Universität Zürich, Institut für Medizinische Genetik, Zürich, Switzerland

10 Eberhard Karls Universität Tübingen, Department für Frauengesundheit, Tübingen, Germany

Introduction

High quality training is essential to become a specialist in obstetrics and gynaecology (OBGYN) and to ensure optimal patient care in the future. Every country in Europe defined specific goals and qualifications of training for graduate and postgraduate medical education (PGME) [1]. Being individually defined and implemented in the countries, the curricula considerably differ in most parts of Europe, e.g. in the catalogue of requirements. Differences in training are often caused by differing medical infrastructure of most countries, diverging clinical responsibilities of subspecialties and the lack of protected timeslots for practical and theoretical training. For example, breast surgery which is mandatory content of training curricula in some countries, is not even being trained in others. In 2009, Rodriguez et al. found major differences in definition of training content and outcome among European trainees in OBGYN of every level of experience [2]. The resulting need for harmonization of European training outcomes is reflected by the establishment of the pan-European curriculum for training in OBGYN by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG).

The neighbouring German-speaking countries Germany, Austria and Switzerland vary substantially regarding their training curricula; however, they are highly comparable regarding medical infrastructure and health care systems. Therefore, these countries are ideal models to study the effects of different training curricula on educational outcomes [1] and satisfaction of trainees. In this study, we aim to provide a representative picture of the current situation of training in OBGYN in Germany, Austria and Switzerland. Furthermore, we intend to determine transferable advantages of the different systems.

Methodology

We considered a survey to be the most appropriate method to get a comprehensive overview of the general situation and satisfaction of trainees, since it allows a large group of people to participate, even in case of limited time and financial resources and even if they are geographically diversified. Participants were enrolled anonymously. We performed the survey through a digital questionnaire with a total of 30 questions (see attach-

ment 1). The questionnaire was designed by consensus of experts, all board members of a cooperation, including representatives of trainee networks of the German (DGGG), Swiss (SGGG) and Austrian (OEGGG) society for obstetrics and gynaecology. Advice was given by eight gynaecologists (FMW, KW, GB, MF, PF, MF, BK, MW) from Germany, Austria and Switzerland, who are partially involved in the development of national OBGYN curricula. The experts chose to focus on certain topics (such as simulation programs, training regulations or training in subspecialties) in order to provide a representative picture of the current situation of trainees but prevent a question overload of the survey. The questionnaire was set-up in German as online questionnaire allowing wide accessibility. The questions were presented sequentially. A new question was shown only if the preceding was answered. Thus, for completion of the survey the respondent had to answer all 30 questions. The survey was controlled and circulated by the Swiss Federal Institute of Technology in Zurich (ETH), Department for Health Sciences and Technology, Consumer Behavior and was advertised via communication channels of the societies. Data collection was performed from August to September 2020. Multiple participations by one person were excluded by an anonymous IP address check. The evaluation of data was carried out with SPSS 26.0 (IBM Corp.).

Results

Characteristics of participants

A total of 422 trainees took part in the survey. Of these 209 (49.5%) were currently trained in Germany, 116 (27.5%) in Switzerland and 97 (23%) in Austria. 88.9% were female and the median age was 32 years. Around three-fourths of the study participants were in the third year of training or more. 42% worked at a large hospital and training facility with at least 500 beds. 77% of participants worked full-time.

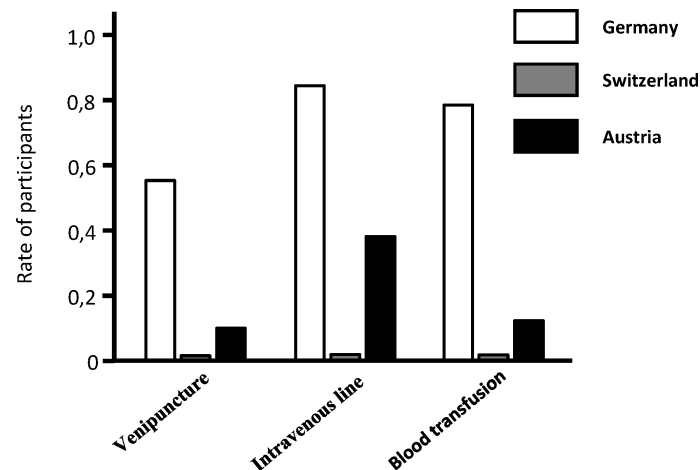
Part-time work and work sharing

Although the largest number of participants worked full time, the majority (70%) rated part-time workloads between 80 and 95 % as the most attractive employment obligation. However, this did not seem to reflect a general desire to work less, as part-time work with less than 40%

Table 1: Attractiveness of employment obligations in OBGYN

Employment obligation in %	1 (not attractive at all)	2	3	4	5	6	7 (very attractive)	total
100	73 (17,3)	33 (7,8)	36 (8,5)	42 (10)	71 (16,8)	74 (17,5)	93 (22)	422 (100)
80-95	19 (4,5)	15 (3,6)	13 (3,1)	34 (8,1)	45 (10,7)	93 (22)	203 (48)	422 (100)
60-75	34 (8,1)	14 (3,3)	28 (6,6)	50 (11,8)	93 (22)	85 (20,1)	118 (28)	422 (100)
40-55	135 (32)	57 (13,5)	74 (17,5)	47 (11,1)	45 (10,7)	34 (8,1)	30 (7,1)	422 (100)
Less than 40	287 (68)	60 (14,2)	32 (7,6)	18 (4,3)	9 (2,1)	8 (1,9)	8 (1,9)	422 (100)

n (%)

**Figure 1: Routine clinical work carried out by doctors.**

pensum was classified as “not attractive or not at all attractive” by 82% and 40-55% pensum were perceived as considerably less attractive by 45% of participants. Overall, part-time working models seemed to be widespread already, as 94% of the participants confirmed that their hospital offered some form of reduced pensum (see table 1).

Workload

Notably, we found distinct country-specific differences in the performance of medical procedures by non-medical healthcare professionals. Certain invasive interventions no longer need to be carried out by doctors only (see figure 1). For example, 98% of the trainees in Switzerland stated that they “never or rarely” insert an intravenous line, whereas 85% of German trainees “always to often” performed this intervention. Generally, the trainees described to spend the majority of their daily working hours on documentation. 27% perceived this as “not or not at all efficient” and only a quarter of the trainees indicated to have an assistant available (e.g. ward assistant), supporting them in documentation and organization tasks.

Training of sub-specialties in OBGYN

Regarding the training of specific sub-areas in OBGYN, 76% of participants rated obstetrics as “well to very well” represented in all participating countries (see figure 2). Major differences between the countries were observed in gynaecological oncology and senology as well as in

prenatal care. Interestingly, only 5% of participants stated Endocrinology being “well or very well” covered within their curricula. Paediatric Gynaecology, as well as Sexual Health and Reproductive Medicine were seen as under-represented sub-areas in OBGYN training by a vast majority of participants (see attachment 2).

Assessment and implementation of current training regulations

Interestingly, only 22% of participants felt “well to very well” prepared for their work as a specialist in the hospital setting and only 11% felt “well to very well” prepared for working in private practice. The majority of trainees assessed themselves only “moderately prepared” for the further work in a hospital (66%) or private practice (57%). In addition, this was associated with the fact that only 47% of trainees stated that they regularly fulfilled the required obligatory numbers of self-performed interventions (see figure 3). 53% of participants stated that they were actually faced with notable to serious difficulties to fulfil the required obligatory numbers of self-performed interventions being documented.

As a result, two-thirds of the participants agreed that an electronically kept logbook is useful when documenting the obligatory interventions. However, the survey showed substantial, country-specific differences in the actual implementation of an electronically kept logbook. Whereas 86% of the participants from Switzerland answered that their logbook is kept electronically, only

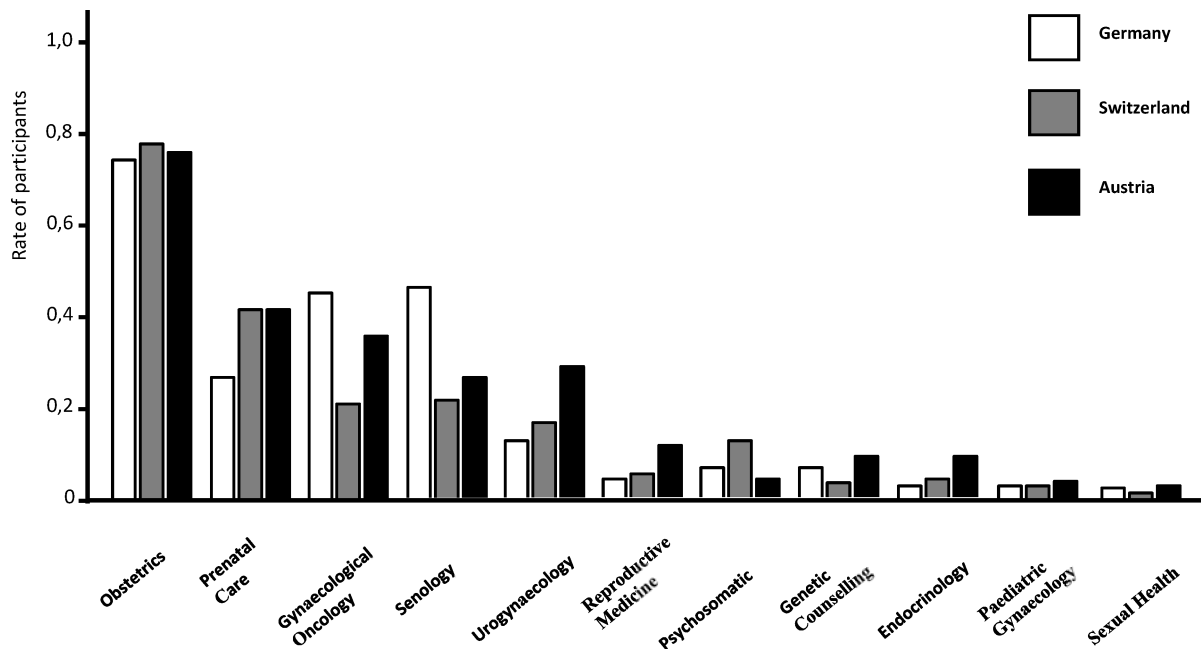


Figure 2: Sub-specialties rated as "well" and "very well" represented in PGME in OBGYN in Germany, Austria and Switzerland

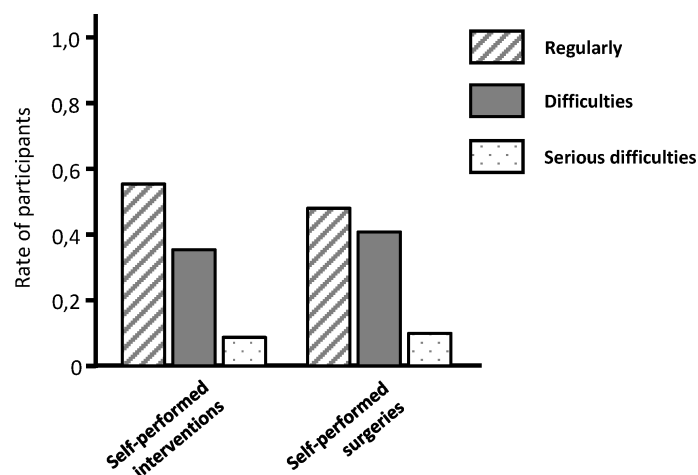


Figure 3: Fulfilment-rate of self-performed interventions being obligatory for PGME

5% from Germany and 1% from Austria currently kept their logbook electronically.

Furthermore, an annual evaluation interview being documented in written form was offered to only 48% of participants. 54% of the trainees stated that they had a supervisor giving advice on questions with medical content or about career planning.

Confidence during intervention

To determine if the lack of self-performed interventions and the corresponding documentation have an impact on the feeling of security among the trainees, participants were asked how confident they feel in standard situations and interventions in OBGYN. Thereby, the intrinsic feeling of safety when they perform standard surgery is an important parameter for determining the quality of training. Interestingly, around two-thirds of trainees felt "confident to very confident" during standard interventions like curettage, Caesarean section and hysteroscopy. Among

other interventions like simple laparoscopy and vacuum extraction as well as the management of emergencies in obstetrics like postpartum bleeding, or shoulder dystocia more than half of participants felt only "moderately" confident. When it comes to rare situations like breech birth or forceps delivery, most of the participants felt "not" or "not at all" confident (see attachment 3).

Considering the years of specialty training, the feeling of security among frequently performed interventions such as the curettage, hysteroscopy and Caesarean section increased over time.

However, divided into groups with and without a simulation training in obstetrics (44% with simulation training) or gynaecology (20%) offered in their hospital there was a noticeable increase of safety among the trainees who could use simulation training for their further education. Particularly, in these interventions (simple laparoscopy, management of postpartum bleeding or shoulder dystocia and vacuum extraction) that can arise in a hospital at any time, the trainees with simulation training feel up to 12%

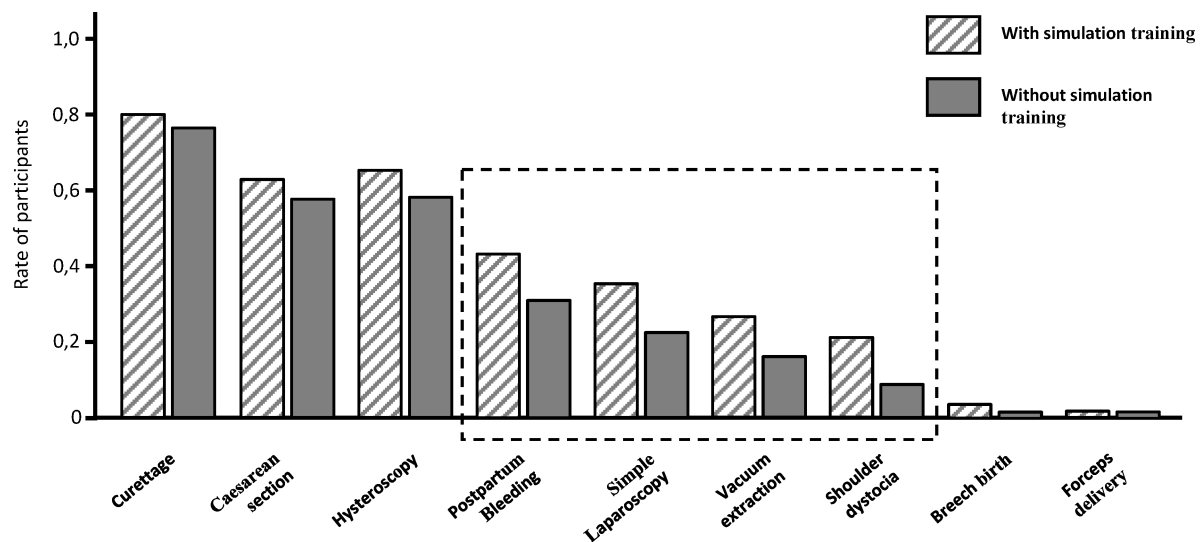


Figure 4: The impact of simulation training on intrinsic feeling of safety among trainees during standard situations and intervention

more confident than those participants without (see figure 4; box with broken line: noticeable differences between “with” and “without” simulation training).

Discussion

This study aimed to identify the current situation of OB-GYN training as well as transferable advantages of the different training systems in Germany, Austria and Switzerland. Anonymous surveys on “customer satisfaction” with their training and work situation, but also the assessment of the heads of the facilities are centrally recorded in some countries. Since 1996, the Swiss Institute for Medical Training (SIWF) has been carried out an annual survey among Swiss trainees which has served as a model for the current international survey. For decades, the results of the SIWF survey have served as feedback in order to recognize and promote successful concepts or to promptly uncover weak issues. Annually, the results of the survey are published online, and thus, offer young doctors an assessment basis for choosing an attractive employment and training position. At the same time, the data provide an annual benchmarking of the institutional training quality [3]. Cross-border cooperation offers a great opportunity to learn and benefit from other training systems. PGME is teamwork that requires shared commitment to innovation, shared responsibility, supportive frameworks, and a teaching culture [4]. Besides a few regional and interdisciplinary evaluation projects [5], [6], to our best knowledge this survey is the first cross-border project with special focus on OB-GYN as specific subject area. This data serves as a valuable basis for further research and development in the field of supranational PGME in OB-GYN.

To overcome country-specific differences in training there has been great effort to harmonize training standards in OB-GYN. The tendency of pan-European harmonization is the result of the increasing mobility of medical specialists and patients and the need for quality assurance of train-

ing throughout Europe [7], [8], [9]. However, within the European Union, all countries have mutually recognized training qualifications for graduate and postgraduate medical education. This mutual recognition mostly is not content-related but based on minimum requirements, including training sites (recognized teaching hospitals) and duration of training [1], [10], [11]. A push in the direction of a common, harmonized, European curriculum for advanced training in OB-GYN is the Project for Achieving Consensus in Training (PACT) of the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology [12]. The curriculum defines content and competencies during a three-year basic training course (so-called “core”), which is the same for every gynaecologist. This is followed by a two-year advanced training phase with elective modules that can be chosen depending on the desired profile (so-called “electives”). Therefore, the EBCOG PACT offers sufficient opportunities to overcome country-specific burdens of PGME. Within our study group, Austria has already implemented the EBCOG PACT structure in OB-GYN PGME.

An important step towards improvement and maintenance of high quality PGME is to distribute the limited time resources as best as possible and to restructure non-medical tasks or to evaluate bureaucratic processes [6]. According to a recent study by Trezzini et al., a trainee spends 167 minutes per day on documenting patient records. This corresponds to 27% of their working time. Instead of reduction, the medical bureaucracy has substantially increased in recent years [13]. Also, within the present survey, the participants complained that bureaucracy takes up a large part of their everyday working time. Medical documentation and organization of standard procedures are seen to be inefficient and do drastically reduce the satisfaction of trainees [13]. If additional tasks as venipuncture or insertion of an intravenous line are performed by trainees, this has major impact on patient care and quality of PGME. Simple tools such as digitized Dictaphones with voice recognition, but also major structural changes such as clinical nurses or physician

assistants assuming tasks of clinical routine could considerably relieve the workload and increase time dedicated to PGME.

In light of increasing workload and bureaucracy, it is not surprising that required obligatory numbers of interventions can barely be fulfilled during the standard length of training. However, instead of adjusting numbers or structure, the results suggest that missing interventions were subsequently attested and documented. Are the required numbers of different interventions too high for the existing number of cases? Can certain interventions and diagnostic measures only be carried out in specialized centres? Is the current routine clinical workload and bureaucratic effort incomparable to former generations of trainees? Comparing the logbooks of the three countries regarding the required number of interventions and diagnostic measures, serious differences are detectable. Whereas in Austria and Switzerland a total of 85 and 80 obstetric interventions performed by the trainee are required, respectively, German trainees only need 25 Caesarean sections and “contribution” in further obstetric interventions. 50 colposcopies are required in Germany and Switzerland, however, only 20 in Austria. A total of 275 gynaecological surgeries are required in Austria, 255 in Switzerland, and only 200 in Germany.

We have to strike out new paths in order to ensure that not numbers, but practical verifications attest the level of training in OBGYN. So-called “Entrustable Professional Activities” (EPAs) can support the relationship between trainer and trainee being part of competence-based medical education. An EPA is a detailed description of a medical activity, e.g. a Caesarean section, which combines the knowledge, skills and attitudes required for this procedure. In countries such as the Netherlands and Canada, EPAs have already found their way into continuing medical education in various specialties ([14] Einleitung, [15]). They support the change in PGME, away from an “on-off knowledge-based” examination at the end of training to a modern, practice-adapted and competence-oriented training concept. Trainees receive timely feedback on their activities and annual goals can be defined and evaluated. EPAs thus also form a valuable basis for annual evaluation meetings. An electronically kept logbook is also indispensable for recording such advanced training competencies and target-oriented evaluation discussions. In addition to written documentation, the digital form also enables a timely evaluation of the level of training and should be an essential part of a modern training program.

Simulation training covers a wide range of training opportunities from high-tech team simulation training and skill drills to low fidelity training units. Each of these methods has its justification, as they train completely different abilities. While the team simulation training, which is increasingly established in obstetrics, is primarily about consolidation and training of treatment coordination, low fidelity models help to understand concepts based on simple technical repetitions. Although, simulation units are often accompanied by high costs, the present survey

illustrates the positive impact of this additional training. In our survey, trainees who confirmed participation in any type of simulation training felt more confident especially in situations and interventions that are part of the basic training of OBGYN such as simple laparoscopy or postpartum bleeding. Simulation training offers a great benefit for modern PGME by increasing the efficiency in gaining experience and thus, improving the patients' safety.

Like the SIWF survey, this study can not cover all aspects of the current training situation in the three countries. The study group chose to focus on certain topics that shape the daily worklife of trainees. The selection of topics and data was done to our best knowledge but is a limitation to the study. Certainly, further studies that cover more aspects of the basic training in OBGYN are needed to create a broader picture of the current situation of training in OBGYN in Germany, Austria and Switzerland.

Conclusion

The current postgraduate training for OBGYN is already at a very high level in Germany, Austria and Switzerland. The aim is to jointly further develop this advanced training to be future-oriented. With the help of this survey, current weak points can be identified. Projects and ideas such as EBCOG PACT, EPAs, the reduction of bureaucracy through digitization and deepening skills through simulation training make a valuable contribution to compensate for these deficits and to adapt to future requirements. In this way, it is possible to secure the high level of European postgraduate training in OBGYN for future generations.

Acknowledgements

We thank Larissa Luchsinger and Jeanine Ammann, research assistant at ETH Zurich, for the helpful evaluations, discussions and additions to this survey.

We thank everyone who participated in the study. The study was funded with support of the DGKG, OEGKG and SGGG, however, the societies had no further involvement except for the financial support.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001562>

1. Attachment_1.pdf (158 KB)
Supplementary material – original questionnaire
2. Attachment_2.pdf (130 KB)
Sub-specialties represented in PGME in OBGYN in Germany, Austria and Switzerland
3. Attachment_3.pdf (72 KB)
Intrinsic feeling of safety among trainees during standard situations and interventions

References

1. Council of the European Union. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 Sep 2005 on the recognition of professional qualifications. Off J Eur Union. 2005;255:22-142.
2. Rodríguez D, Christopoulos P, Martins N, Pärsmäe P, Werner HM. Working conditions survey and trainees situation: New approach to auditing the situation of European trainees in obstetrics and gynaecology ten years later. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;147(2):130-134. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2009.09.020
3. Sütterlin B, Burgermeister L, Siegrist M, Bauer W. Erfreulich hoch eingeschätzt: Der Stellenwert der Weiterbildung an den Spitälern. Schweiz Ärztztg. 2017;98(48):1600-1602. DOI: 10.4414/saez.2017.06064
4. Bank L, Jippes M, van Rossum TR, den Rooyen C, Scherpier AJ, Scheele F. How clinical teaching teams deal with educational change: 'We just do it'. BMC Med Educ. 2019;19(1):377. DOI: 10.1186/s12909-019-1815-4
5. Vogel S, Leffmann C, Bruns-Matthiessen B, Orlov P, Siegrist M, Krystofiak T, Fotuhi P. Evaluation der Weiterbildung: Gute Weiterbildung ist kein Zufall. Dtsch Arztebl. 2009;106(46):2306-2308. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/66753/Evaluation-der-Weiterbildung-Gute-Weiterbildung-ist-kein-Zufall>
6. Hillenhoff A, Osterloh F. Assistenzärzte: Zu wenig Zeit für die Patienten. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(14):A-671/B-550/C-541.
7. García-Pérez MA, Amaya C, Otero Á. Physicians' migration in Europe: An overview of the current situation. BMC Health Serv Res. 2007;7:201. DOI: 10.1186/1472-6963-7-201
8. Herfs PG. Aspects of medical migration with particular reference to the United Kingdom and the Netherlands. Hum Resour Health. 2014;12:59. DOI: 10.1186/1478-4491-12-59
9. Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. Hum Resour Health. 2004;2(1):12. DOI: 10.1186/1478-4491-2-12
10. Peeters M. Free movement of medical doctors in the EU. Med Law. 2007;26(2):231-243.
11. Costigliola V. Mobility of medical doctors in cross-border healthcare. EPMA J. 2011;2(4):333-339. DOI: 10.1007/s13167-011-0133-7
12. Scheele F, Novak Z, Vetter K, Caccia N, Goverde A. Obstetrics and gynaecology training in Europe needs a next step. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;180:130-132. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.04.014
13. Trezzini B, Meyer B, Ivankovic M, Jans C, Golder L. Der administrative Aufwand der Ärzteschaft nimmt weiter zu. Schweiz Ärztztg. 2020;101(0102):4-6. DOI: 10.4414/saez.2020.18482
14. Breckwoldt J, Beckers S, Breuer G, Marty A. "Entrustable professional activities". Zukunftsweisendes Konzept für die ärztliche Weiterbildung. Anaesthesist. 2018;67:452-457. DOI: 10.1007/s00101-018-0420-y
15. ten Cate O. Trust, competence, and the supervisor's role in postgraduate training. Br Med J. 2006;333(7571):748-751. DOI: 10.1136/bmj.38938.407569.94

Corresponding author:

Franziska M. Winder
Kantonsspital St. Gallen, Frauenklinik, Rorschacher Str.
95, CH-9007 St. Gallen, Switzerland
franziska.winder@kssg.ch

Please cite as

Winder FM, Breuer G, Favero M, Foessleitner P, Friemann M, Krischer B, Windsperger K, Weiss M. Postgraduate medical education in obstetrics and gynaecology: Where are we now and what do we need for the future? A study on postgraduate training in obstetrics and gynaecology in Germany, Austria and Switzerland. GMS J Med Educ. 2022;39(4):Doc41. DOI: 10.3205/zma001562, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015622

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001562>

Received: 2021-11-04

Revised: 2022-05-01

Accepted: 2022-07-05

Published: 2022-09-15

Copyright

©2022 Winder et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe: Wo stehen wir aktuell und was brauchen wir für die Zukunft? Eine Studie zur Weiterbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland, Österreich und Schweiz

Zusammenfassung

Ziel: Diese Studie stellt die aktuelle Situation der medizinischen Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland, Österreich und der Schweiz dar. Zusätzlich werden adaptierbare Stärken der jeweiligen Länder identifiziert.

Studiendesign: Wir führten eine Online-Umfrage mit 30 Fragen durch. Die Umfrage wurde durch verschiedenste Kommunikationskanäle der Deutschen, Österreichischen und Schweizer Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe beworben. Die Teilnahme war freiwillig und anonym.

Resultat: 422 Assistenzärzt*innen und junge Fachärzt*innen nahmen an der Umfrage teil. Unterschiede zwischen den drei Ländern zeigten sich bei den Aufgaben der Ärzt*innen und dem Training in Sub-Spezialisierungen. Grundsätzlich berichteten die Teilnehmer*innen, dass sie einen Großteil ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation verbringen. Ein beunruhigendes Ergebnis ist die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer*innen angaben, Schwierigkeiten mit der Erfüllung der geforderten Fallzahlen für selbstdurchgeführte Eingriffe zu haben. Auf die Frage, wie sicher sie sich bei Standardeingriffen fühlen, gaben 2/3 an, „sich sicher bis sehr sicher“ zu fühlen. Diese Zahl war 12% höher bei Assistenzärzt*innen, welche während ihrer Weiterbildung Simulationstrainings besucht haben.

Zusammenfassung: Mit Hilfe dieser Umfrage konnten Schwachstellen bei der Arbeitsverteilung und der Umsetzung aktueller Weiterbildungsinhalte identifiziert werden. Projekte und Ideen wie EBCOG PACT und EPA, die Reduktion von Bürokratie, und die Vertiefung von Fähigkeiten durch Simulationstraining helfen individuelle Schwachstellen zu kompensieren und für die Zukunft vorbereitet zu sein.

Schlüsselwörter: klinische Weiterbildung, OBGYN-Weiterbildung, PGME, Lehrplan, internationale Zusammenarbeit, Facharztweiterbildung

Franziska M. Winder^{1,2}

Georg Breuer^{3,4}

Martine Favero^{2,5}

Philipp Foessleitner^{4,6}

Margareta Friemann^{7,8}

Benedict Krischer^{2,9}

Karin Windsperger^{4,6}

Martin Weiss^{7,10}

- 1 Kantonsspital St. Gallen, Frauenklinik, St. Gallen, Schweiz
- 2 Junges Forum der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – gynécologie suisse (SGGG), Bern, Schweiz
- 3 Universitätsklinikum Tulln, Tulln an der Donau, Österreich
- 4 Junge Gyn in der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Wien, Österreich
- 5 Rhypraxis, Feuerthalen, Schweiz
- 6 Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Klinische Abteilung für Geburtshilfe und Feto-Maternale Medizin, Wien, Österreich
- 7 Universitätsspital Münster, Department für Gynäkologie und Geburtshilfe, Münster, Deutschland
- 8 Junges Forum in der Deutschen Gesellschaft für

Gynäkologie und
Geburtshilfe (DGGG), Berlin,
Deutschland

9 Universität Zürich, Institut
für Medizinische Genetik,
Zürich, Schweiz

10 Eberhard Karls Universität
Tübingen, Department für
Frauengesundheit,
Tübingen, Deutschland

Einleitung

Eine qualitativ hochwertige Weiterbildung ist unerlässlich, um Fachärzt*in für Geburtshilfe und Gynäkologie (OBGYN) zu werden und eine optimale Patientenversorgung für die Zukunft zu gewährleisten. Jedes Land in Europa hat spezifische Ziele und Qualifikationen für die Weiterbildung zum/r Fachärzt*in und die postgraduale medizinische Ausbildung (PGME) festgelegt [1]. Da die Curricula in den einzelnen Ländern individuell definiert und umgesetzt werden, unterscheiden sie sich in den meisten Teilen Europas erheblich, z. B. im Anforderungskatalog. Die Unterschiede in der Weiterbildung sind häufig auf die unterschiedliche medizinische Infrastruktur der meisten Länder, die unterschiedlichen klinischen Zuständigkeiten der Subspezialisierungen und den Mangel an geschützten Zeiträumen für die praktische und theoretische Ausbildung zurückzuführen. So wird beispielsweise die Brustchirurgie, die in einigen Ländern obligatorischer Bestandteil der Weiterbildungspläne ist, in anderen Ländern gar nicht ausgebildet. Im Jahr 2009 stellten Rodriguez et al. fest, dass es große Unterschiede in der Definition von Ausbildungsinhalten und -ergebnissen zwischen europäischen Weiterbildungsassistent*innen in der OBGYN auf allen Erfahrungsebenen gibt [2]. Der daraus resultierende Bedarf an einer Harmonisierung der europäischen Weiterbildungsergebnisse spiegelt sich in der Erstellung des paneuropäischen Curriculums für die Weiterbildung in der Gynäkologie und Geburtshilfe durch das European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG PACT) wider.

Die benachbarten deutschsprachigen Länder Deutschland, Österreich und die Schweiz unterscheiden sich in ihren Weiterbildungscurricula erheblich, sind jedoch in Bezug auf die medizinische Infrastruktur und die Gesundheitssysteme vergleichbar. Daher sind diese Länder ideale Modelle für die Untersuchung der Auswirkungen unterschiedlicher Weiterbildungsstrategien auf die Ausbildungsergebnisse [1] und die Zufriedenheit der Weiterbildungsassistent*innen. In dieser Studie wollen wir ein repräsentatives Bild der aktuellen Situation der Weiterbildung in der OBGYN in Deutschland, Österreich und der

Schweiz zeichnen. Außerdem wollen wir adaptierbare Stärken und Vorteile der verschiedenen Systeme ermitteln.

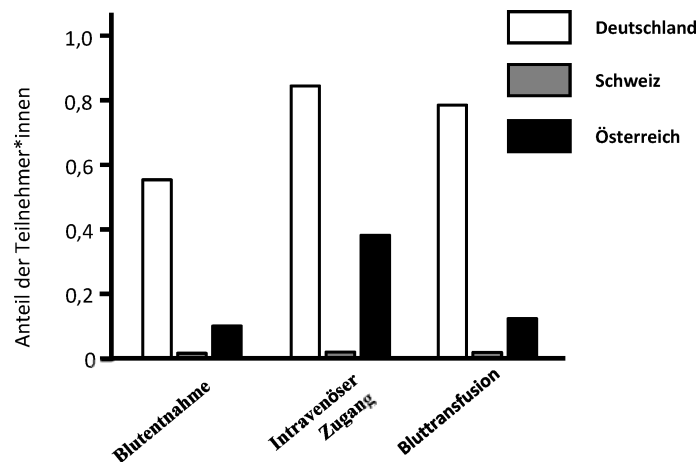
Methodik

Eine freiwillige Online-Umfrage wurde als geeignete Methode gewählt, um einen umfassenden Überblick über die allgemeine Situation und die Zufriedenheit der Weiterbildungsassistent*innen zu erhalten. Das Format der Online-Umfrage ermöglicht die Teilnahme einer großen Gruppe von Personen, die geografisch weit verstreut sind, bei begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Die Teilnahme war anonym. Wir führten die Umfrage mit Hilfe eines digitalen Fragebogens mit insgesamt 30 Fragen durch (siehe Anhang 1). Der Fragebogen wurde im Konsens von Experten entworfen, allesamt Vertreter der Jungen Foren der Deutschen (DGGG), Schweizer (SGGG) und Österreichischen (OEGGG) Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Die Beratung erfolgte durch acht Gynäkologen (FMW, KW, GB, MF, PF, MF, BK, MW) aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die zum Teil an der Entwicklung der nationalen OBGYN-Curricula beteiligt sind. Die Experten entschieden sich für eine Fokussierung auf bestimmte Themen (z.B. Simulationsprogramme, Weiterbildungsordnung oder Weiterbildung in Subspezialisierungen), um ein repräsentatives Bild der aktuellen Situation der Weiterbildungsassistent*innen zu erhalten, aber eine Überfrachtung der Umfrage zu vermeiden. Der Fragebogen wurde in deutscher Sprache als Online-Fragebogen erstellt, um eine breite Zugänglichkeit zu ermöglichen. Die Fragen wurden sequentiell präsentiert. Eine neue Frage wurde nur angezeigt, wenn die vorhergehende beantwortet wurde. Um die Umfrage abzuschließen, mussten die Befragten also alle 30 Fragen beantworten. Die Umfrage wurde von der Eidgenössischen Technischen Hochschule in Zürich (ETH), Department for Health Sciences and Technology, Consumer Behavior, gesteuert und über die Kommunikationskanäle der Fachgesellschaften beworben. Die Datenerhebung fand von August bis September 2020 statt. Mehrfachteilnahmen einer Person wurden durch eine anonyme IP-

Tabelle 1: Attraktivität von Beschäftigungsverpflichtungen in der OBGYN

Beschäftigungsgrad %	1 (überhaupt nicht attraktiv)	2	3	4	5	6	7 (sehr attraktiv)	insgesamt
100	73 (17,3)	33 (7,8)	36 (8,5)	42 (10)	71 (16,8)	74 (17,5)	93 (22)	422 (100)
80-95	19 (4,5)	15 (3,6)	13 (3,1)	34 (8,1)	45 (10,7)	93 (22)	203 (48)	422 (100)
60-75	34 (8,1)	14 (3,3)	28 (6,6)	50 (11,8)	93 (22)	85 (20,1)	118 (28)	422 (100)
40-55	135 (32)	57 (13,5)	74 (17,5)	47 (11,1)	45 (10,7)	34 (8,1)	30 (7,1)	422 (100)
Weniger als 40	287 (68)	60 (14,2)	32 (7,6)	18 (4,3)	9 (2,1)	8 (1,9)	8 (1,9)	422 (100)

n (%)

**Abbildung 1: Klinische Routinetätigkeiten, welche von Ärzt*innen durchgeführt werden**

Adressprüfung ausgeschlossen. Die Auswertung der Daten wurde mit SPSS 26.0 (IBM Corp.) durchgeführt.

bestätigten, dass ihr Arbeitgeber eine Form von reduziertem Arbeitspensum anbietet (siehe Tabelle 1).

Ergebnisse

Merkmale der Teilnehmer*innen

Insgesamt haben 422 Weiterbildungsassistent*innen an der Befragung teilgenommen. Davon werden 209 (49,5%) in Deutschland, 116 (27,5%) in der Schweiz und 97 (23%) in Österreich ausgebildet. 88,9% waren weiblich und das Durchschnittsalter lag bei 32 Jahren. Etwa drei Viertel der Studienteilnehmer*innen befanden sich im dritten Jahr der Weiterbildung oder weiter. 42% arbeiteten in einer Klinik der Maximalversorgung mit mindestens 500 Betten. 77% der Teilnehmer*innen arbeiteten in Vollzeit.

Teilzeitarbeit und Arbeitsteilung

Obwohl die meisten Teilnehmer*innen Vollzeit arbeiteten, stufte die Mehrheit (70%) ein Teilzeitpensum zwischen 80 und 95% als die attraktivste Arbeitsverpflichtung ein. Dies scheint jedoch nicht den allgemeinen Wunsch nach weniger Arbeit widerzuspiegeln, da Teilzeitarbeit mit weniger als 40 %- Wochenpensum von 82% der Teilnehmer*innen als „nicht oder überhaupt nicht attraktiv“ eingestuft wurde und 40-55%- Pensum von 45% der Teilnehmer*innen als deutlich weniger attraktiv empfunden wurden. Insgesamt scheinen Teilzeitarbeitsmodelle bereits weit verbreitet zu sein, denn 94% der Teilnehmer

Arbeitsbelastung

Insbesondere wurden deutliche länderspezifische Unterschiede bei der Durchführung medizinischer Verfahren durch ärztliches und nichtärztliches Personal festgestellt. Bestimmte Tätigkeiten werden in Österreich und der Schweiz nicht mehr ausschließlich von Ärzt*innen durchgeführt (siehe Abbildung 1). So gaben beispielsweise 98% der Weiterbildungsassistent*innen in der Schweiz an, dass sie „nie oder selten“ einen intravenösen Zugang legen, während 85% der deutschen Weiterbildungsassistent*innen diesen Eingriff „immer bis oft“ durchführten. Im Allgemeinen gaben die Teilnehmer*innen an, den größten Teil ihrer täglichen Arbeitszeit mit der Dokumentation zu verbringen. 27% empfanden dies als „nicht oder überhaupt nicht effizient“ und nur ein Viertel der Weiterbildungsassistent*innen gab an, eine Assistenz (z.B. Stationsassistentin) zur Verfügung zu haben, die sie bei Dokumentations- und Organisationsaufgaben unterstützt.

Weiterbildung von Subspezialisierungen in der OBGYN

Was die Weiterbildung in bestimmten Teilbereichen der OBGYN anbelangt, so bewerteten 76% der Teilnehmer*innen die Geburtshilfe in den betreffenden Ländern als „gut bis sehr gut“ vertreten (siehe Abbildung 2). Große Unterschiede zwischen den Ländern wurden in der gynä-

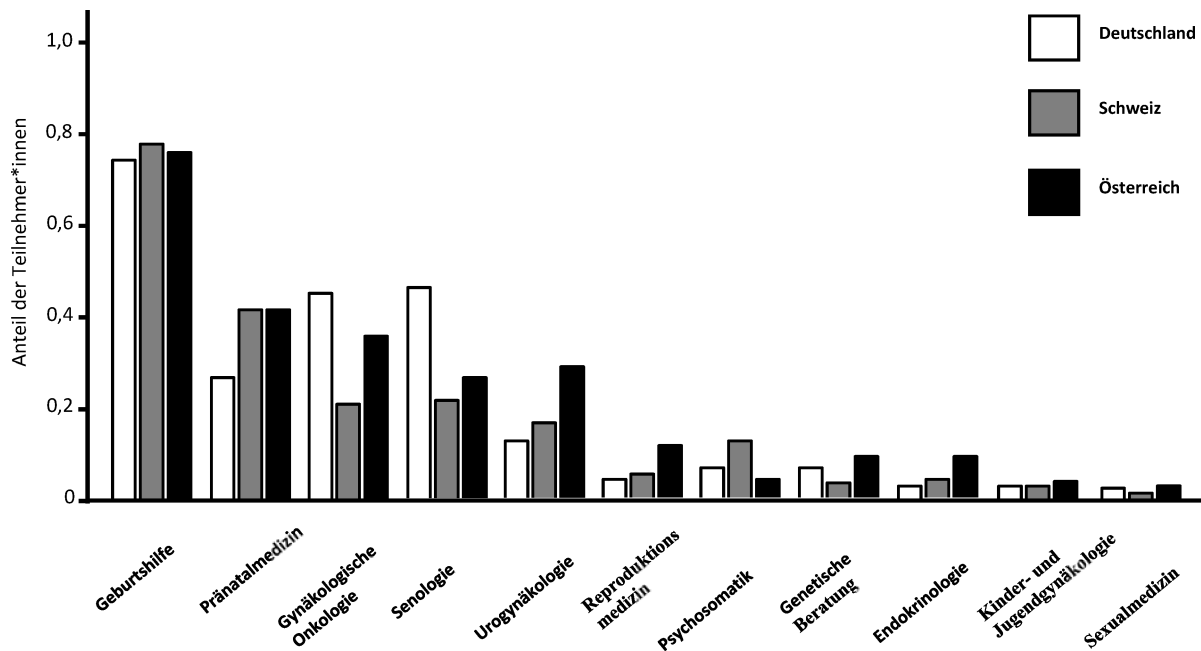


Abbildung 2: Als „gut“ und „sehr gut“ eingestufte Subspezialisierungen in der PGME in OBGYN in Deutschland, Österreich und der Schweiz

kologischen Onkologie und Senologie sowie in der Schwangerenvorsorge festgestellt. Interessanterweise gaben nur 5% der Teilnehmer*innen an, dass die Endokrinologie in ihren Curricula „gut oder sehr gut“ abgedeckt sei. Die Kinder- und Jugendgynäkologie, sowie die Sexualmedizin und die Reproduktionsmedizin wurden von der großen Mehrheit der Teilnehmer*innen als unterrepräsentierte Teilbereiche der OBGYN-Weiterbildung angesehen (siehe Anhang 2).

Bewertung und Umsetzung der geltenden Weiterbildungskatalog

Interessanterweise fühlten sich nur 22% der Teilnehmer*innen „gut bis sehr gut“ auf ihre Tätigkeit als Fachärzt*in im Krankenhaus und nur 11% „gut bis sehr gut“ auf die Arbeit in der Niederlassung/Ordination vorbereitet. Die Mehrheit der Weiterbildungsassistent*innen schätzte sich nur „mäßig“ auf die weitere Arbeit im Krankenhaus (66%) oder in der Niederlassung/Ordination (57%) vorbereitet ein. Dies steht im Zusammenhang mit der Aussage, dass nur 47% der Weiterbildungsassistent*innen angaben, die geforderte Pflichtzahl an selbst durchgeführten Eingriffen regelmäßig zu erfüllen (siehe Abbildung 3). 53% der Teilnehmer*innen gaben an, dass sie erhebliche Schwierigkeiten hatten, die geforderte Pflichtzahl an selbst durchgeführten und dokumentierten Eingriffen zu erfüllen.

Zwei Drittel der Teilnehmer*innen waren sich einig, dass ein elektronisch geführtes Logbuch bei der Dokumentation der verpflichtenden Eingriffe sinnvoll ist. Allerdings zeigte die Umfrage erhebliche, länderspezifische Unterschiede in der tatsächlichen Umsetzung eines elektronisch geführten Logbuchs. Während 86% der Teilnehmer*innen aus der Schweiz antworteten, dass ihr Logbuch elektronisch geführt wird, führten zum Zeitpunkt

der Umfrage nur 5% aus Deutschland und 1% aus Österreich ihr Logbuch elektronisch.

Außerdem wurde nur 48% der Teilnehmer*innen ein jährliches und in schriftlicher Form dokumentiertes Beurteilungsgespräch angeboten. 54% der Weiterbildungsassistent*innen gaben an, einen Vorgesetzten zu haben, der sie bei Fragen zu medizinischen Inhalten oder zur Karriereplanung berät.

Intrinsisches Sicherheitsgefühl während der Intervention

Um festzustellen, ob das Fehlen von selbst durchgeführten Eingriffen und die entsprechende Dokumentation einen Einfluss auf das Sicherheitsgefühl der Weiterbildungsassistent*innen haben, wurden die Teilnehmer*innen gefragt, wie sicher sie sich in Standardsituationen und -eingriffen der OBGYN fühlen. Dabei ist das intrinsische Sicherheitsgefühl bei der Durchführung von Standardeingriffen ein wichtiger Parameter zur Bestimmung der Qualität der Weiterbildung. Interessanterweise fühlten sich rund zwei Drittel der Weiterbildungsassistent*innen bei Standardeingriffen wie Kürettage, Kaiserschnitt und Hysteroskopie „sicher bis sehr sicher“. Bei anderen Eingriffen wie der einfachen Laparoskopie und der Vakuumextraktion, sowie bei der Behandlung von geburtshilflichen Notfällen wie Postpartaler Blutung oder Schulterdystokie fühlte sich mehr als die Hälfte der Teilnehmer*innen nur „mäßig“ sicher. Wenn es um seltene Situationen wie Steißgeburten oder Zangengeburt geht, fühlten sich die meisten Teilnehmer*innen „nicht“ oder „überhaupt nicht“ sicher (siehe Anhang 3).

Unter Berücksichtigung der Jahre der Facharztweiterbildung nahm das Sicherheitsgefühl bei häufig durchgeführ-

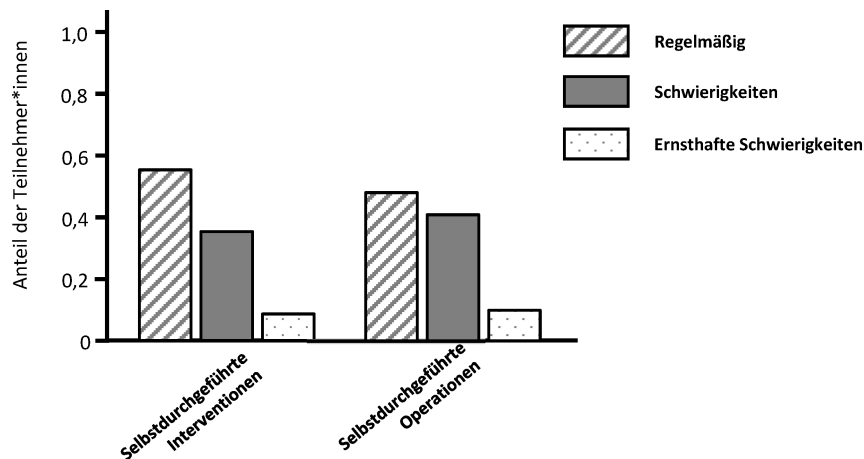


Abbildung 3: Erfüllungsrate der selbst durchgeführten Interventionen, die für die PGME obligatorisch sind

ten Eingriffen wie Kürettage, Hysteroskopie und Kaiserschnitt mit der Zeit zu.

Wurde in den betreffenden Kliniken der Teilnehmer*innen ein Simulationstraining in der Geburtshilfe (44% mit Simulationstraining) oder Gynäkologie (20%) angeboten, resultierte dies in einer deutlichen Steigerung der Sicherheit bei all jenen Weiterbildungsassistent*innen, die das Simulationstraining für ihre Weiterbildung nutzen konnten. Insbesondere bei jenen Eingriffen (einfache Laparoskopie, Management von Nachblutungen oder Schulterdystokie und Vakuumextraktion), die in jedem Krankenhaus jederzeit auftreten können, fühlen sich die Weiterbildungsassistent*innen mit Simulationstraining bis zu 12% sicherer als die Teilnehmer*innen ohne (siehe Abbildung 4; Kasten mit gestrichelter Linie: deutliche Unterschiede zwischen „mit“ und „ohne“ Simulationstraining).

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, die aktuelle Situation der OBGYN-Weiterbildung sowie adaptierbare Stärken der verschiedenen Weiterbildungssysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu identifizieren. Anonyme Umfragen zur „Kundenzufriedenheit“ mit ihrer Weiterbildung und Arbeitssituation, aber auch die Einschätzung der Leiter*innen der Einrichtungen, werden in einigen Ländern zentral erfasst. Seit 1996 führt das Schweizerische Institut für ärztliche Fortbildung (SIWF) jährlich eine Umfrage unter Schweizer Weiterbildungsassistent*innen durch, die als Vorbild für diese hier vorliegende internationale Umfrage diente. Die Ergebnisse der SIWF-Befragung dienen seit Jahrzehnten als Feedback, um erfolgreiche Konzepte zu erkennen und zu fördern oder um Schwachstellen frühzeitig aufzudecken. Die Ergebnisse der Umfrage werden jährlich online veröffentlicht und bieten jungen Ärzt*innen damit eine Beurteilungsgrundlage für die Wahl einer attraktiven Arbeits- und Ausbildungsstelle. Zugleich liefern die Daten ein jährliches Benchmarking der institutionellen Ausbildungsqualität [3]. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bietet eine große Chance, von anderen Ausbildungssystemen zu lernen und zu profitieren. PGME ist Teamarbeit, die

gemeinsames Engagement für Innovation, gemeinsame Verantwortung, unterstützende Rahmenbedingungen und eine Lehr-Kultur erfordert [4]. Neben einigen regionalen und interdisziplinären Evaluationsprojekten [5], [6] ist diese Umfrage unseres Wissens nach das erste grenzüberschreitende Projekt mit besonderem Fokus auf OBGYN als spezifisches Fachgebiet. Diese Daten dienen als wertvolle Grundlage für die weitere Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet der supranationalen PGME in OBGYN.

Um die länderspezifischen Unterschiede in der Weiterbildung zu überwinden, wurden große Anstrengungen unternommen, die Weiterbildungsstandards in OBGYN zu harmonisieren. Die Tendenz zur europaweiten Harmonisierung ist das Ergebnis der zunehmenden Mobilität von Fachärzt*innen und Patient*innen und der Notwendigkeit einer Qualitätssicherung der Weiterbildung in ganz Europa [7], [8], [9]. Innerhalb der Europäischen Union verfügen jedoch alle Länder über gegenseitig anerkannte Ausbildungsabschlüsse für das Medizinstudium und die Zeit der Weiterbildung. Diese gegenseitige Anerkennung ist meist nicht inhaltsbezogen, sondern basiert auf Mindestanforderungen, einschließlich der Qualität der Weiterbildungsstätte (anerkannte Lehrkrankenhäuser) und der Dauer der Weiterbildung [1], [10], [11]. Ein Vorstoß in Richtung eines gemeinsamen, harmonisierten, europäischen Curriculums für die Weiterbildung in OBGYN ist das Project for Achieving Consensus in Training (PACT) des European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) [12]. Das Curriculum definiert Inhalte und Kompetenzen während einer dreijährigen Grundausbildung (sog. „core“), die für alle Gynäkolog*innen gleich ist. Daran schließt sich eine zweijährige Weiterbildungsphase mit Wahlmodulen an, die je nach gewünschtem Profil gewählt werden können (sog. „electives“). EBCOG PACT bietet also genügend Möglichkeiten, um länderspezifische Bürden der PGME zu überwinden. Innerhalb unserer Studiengruppe hat Österreich die EBCOG PACT Struktur in der Weiterbildung bereits umgesetzt.

Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung und Aufrechterhaltung einer hohen Qualität der PGME ist es, die begrenzten zeitlichen Ressourcen so gut wie möglich zu verteilen und

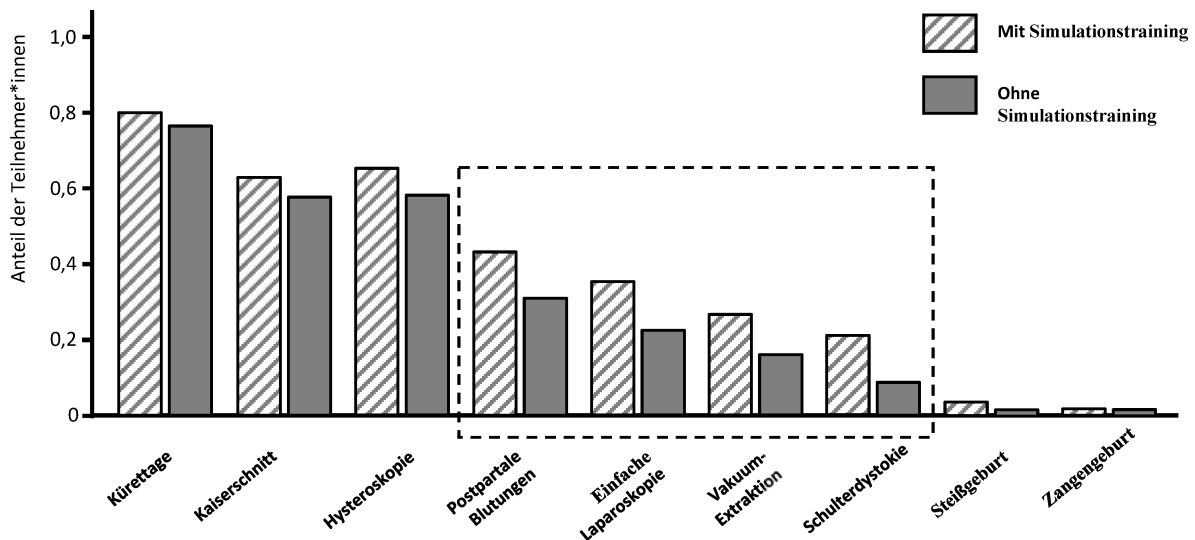


Abbildung 4: Auswirkungen des Simulationstrainings auf das intrinsische Sicherheitsgefühl der Weiterbildungsassistent*innen in Standardsituationen und bei Interventionen

nicht-medizinische Aufgaben umzustrukturieren oder bürokratische Prozesse zu evaluieren [6]. Laut einer aktuellen Studie von Trezzini et al. verbringt ein Weiterbildungsassistent*innen 167 Minuten pro Tag mit der Dokumentation von Patientenakten. Dies entspricht 27% ihrer Arbeitszeit. Anstatt abzubauen, hat die medizinische Bürokratie in den letzten Jahren erheblich zugenommen [13]. Auch in der vorliegenden Umfrage beklagten die Teilnehmer*innen, dass die Bürokratie einen großen Teil ihrer täglichen Arbeitszeit in Anspruch nimmt. Medizinische Dokumentation und Organisation von Standardabläufen werden als ineffizient empfunden und mindern die Zufriedenheit der Weiterbildungsassistent*innen drastisch [13]. Wenn zusätzliche Aufgaben wie die Blutentnahme oder das Legen eines intravenösen Zugangs von Weiterbildungsassistent*innen durchgeführt werden, hat dies erhebliche Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die Qualität der Weiterbildung. Einfache Hilfsmittel wie digitalisierte Diktiergeräte mit Spracherkennung, aber auch größere strukturelle Veränderungen, wie die Übernahme von Aufgaben der klinischen Routine durch Pflegepersonal oder Arzthelfer*innen könnten die Arbeitsbelastung erheblich verringern und die Zeit vorgesehen für PGME erhöhen.

Angesichts zunehmender Arbeitsbelastung und Bürokratie ist es nicht verwunderlich, dass die geforderte Pflichtanzahl an Interventionen in der Regelausbildungszeit kaum zu erfüllen ist. Anstatt jedoch die Anzahl oder die Struktur anzupassen, legen die Ergebnisse nahe, dass fehlende Interventionen einfach nachträglich bescheinigt und dokumentiert wurden. Es stellt sich die Frage, ob die geforderten Fallzahlen für die realen Behandlungen in den Kliniken zu hoch angesetzt sind und ob bestimmte geforderte Eingriffe und diagnostische Maßnahmen nur in spezialisierten Zentren durchgeführt werden. Desweiteren muss kritisch hinterfragt werden, ob die heutige klinische Routinebelastung und der bürokratische Aufwand noch vergleichbar mit denen früherer Generationen von Weiterbildungsassistent*innen sind.

Vergleicht man die Logbücher der drei teilnehmenden Länder hinsichtlich der geforderten Anzahl von Eingriffen und diagnostischen Maßnahmen, so sind gravierende Unterschiede festzustellen. Während in Österreich und der Schweiz insgesamt 85 bzw. 80 geburtshilfliche Eingriffe ausgeführt durch den Weiterbildungsassistent*innen erforderlich sind, benötigen deutsche Weiterbildungsassistent*innen nur 25 Kaiserschnitte und „Mitwirkung“ bei weiteren geburtshilflichen Eingriffen. In Deutschland und der Schweiz werden 50 Kolposkopien verlangt, in Österreich hingegen nur 20. Insgesamt werden in Österreich 275 gynäkologische Operationen verlangt, in der Schweiz 255 und in Deutschland nur 200. Wir müssen neue Wege beschreiten, um sicherzustellen, dass nicht Zahlen, sondern praktische Nachweise Fertigkeiten und Kompetenzen das Niveau der Weiterbildung in der OBGYN belegen. Sogenannte „Entrustable Professional Activities“ (EPAs) können die Beziehung zwischen Ausbilder*in und Weiterbildungsassistent*innen im Rahmen einer kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung unterstützen. Eine EPA ist eine detaillierte Beschreibung einer medizinischen Tätigkeit, z. B. eines Kaiserschnitts, in der die für dieses Verfahren erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen zusammengefasst sind. In Ländern wie den Niederlanden und Kanada haben EPAs bereits Eingang in die ärztliche Weiterbildung in verschiedenen Fachgebieten gefunden ([14] Einleitung, [15]). Sie unterstützen den Wandel in der PGME, weg von einer „knowledge-based“ Prüfung am Ende der Weiterbildung, hin zu einem modernen, praxisangepassten und kompetenzorientierten Weiterbildungskonzept. Die Weiterbildungsassistent*innen erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihren Tätigkeiten und es können Jahresziele definiert und evaluiert werden. Die EPAs bilden somit auch eine wertvolle Grundlage für jährliche Evaluationsgespräche. Für die Erfassung solcher Weiterbildungskompetenzen und zielgerichteter Evaluationsgespräche ist auch ein elektronisch geführtes Logbuch unverzichtbar. Die digitale Form ermöglicht neben der schriftlichen Do-

kumentation auch eine zeitnahe Bewertung des Ausbildungsstandes und sollte ein wesentlicher Bestandteil eines modernen Weiterbildungsprogramms sein.

Das Simulationstraining umfasst ein breites Spektrum von Trainingsmöglichkeiten, das von Hightech-Teamsimulationstraining und Skill-drills bis hin zu Low-Fidelity-Trainingseinheiten reicht. Jede dieser Methoden hat ihre Berechtigung, da sie völlig unterschiedliche Fähigkeiten trainieren. Während es beim Team-Simulationstraining, das sich in der Geburtshilfe zunehmend etabliert, vor allem um die Festigung und das Training der Behandlungs-koordination geht, helfen Low-Fidelity-Modelle, Konzepte anhand einfacher technischer Wiederholungen zu verstehen. Obwohl Simulationseinheiten oft mit hohen Kosten verbunden sind, verdeutlicht die vorliegende Umfrage die positiven Auswirkungen dieser Zusatzausbildung. In unserer Umfrage fühlten sich die Weiterbildungsassistent*innen, die die Teilnahme an einem Simulationstraining bestätigten, sicherer, insbesondere in Situationen und Eingriffen, die zur Grundausbildung in OBGYN gehören, wie z. B. einfache Laparoskopie oder postpartale Blutungen. Das Simulationstraining bietet einen großen Nutzen für die moderne Weiterbildung in OBGYN, da es zeitsparend und kontrolliert zu einem erhöhten Erfahrungsschatz führt und somit die Sicherheit der Patienten verbessert. Wie die SIWF-Erhebung kann auch diese Studie nicht alle Aspekte der aktuellen Weiterbildungssituation in den drei teilnehmenden Ländern abdecken. Die Studiengruppe hat sich auf bestimmte Themen konzentriert, die den Arbeitsalltag der Weiterbildungsassistent*innen prägen. Die Auswahl der Themen und Daten erfolgte nach bestem Wissen und Gewissen, stellt jedoch eine Einschränkung der Studie dar. Sicherlich sind weitere Studien erforderlich, die mehr Aspekte der Grundausbildung in OBGYN abdecken, um ein breiteres Bild der aktuellen Situation der Weiterbildung in OBGYN in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu erhalten.

Schlussfolgerung

Die derzeitige Facharztweiterbildung für OBGYN ist in Deutschland, Österreich und der Schweiz bereits auf einem sehr hohen Niveau. Ziel ist es, diese Weiterbildung gemeinsam zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Mit Hilfe der vorliegenden Umfrage können aktuelle Schwachstellen identifiziert werden. Projekte und Ideen wie EBCOG PACT, EPAs, Bürokratieabbau durch Digitalisierung und Kompetenzvertiefung durch Simulationstraining leisten einen wertvollen Beitrag, um diese Defizite auszugleichen und sich auf zukünftige Anforderungen einzustellen. Auf diese Weise kann das hohe Niveau der europäischen Facharztweiterbildung in OBGYN auch für zukünftige Generationen gesichert werden.

Danksagung

Wir danken Larissa Luchsinger und Jeanine Ammann, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der ETH Zürich, für die hilfreichen Auswertungen, Diskussionen und Ergänzungen zu dieser Umfrage.

Wir danken allen, die an der Studie teilgenommen haben. Die Studie wurde mit Unterstützung der DGGG, der OEGGG und der SGGG finanziert, wobei die Gesellschaften außer der finanziellen Unterstützung keine weitere Beteiligung hatten.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001562>

1. Anhang_1.pdf (125 KB)
Ergänzendes Material – Fragebogen
2. Anhang_2.pdf (110 KB)
In der PGME vertretene Subspezialisierungen in OBGYN in Deutschland, Österreich und der Schweiz
3. Anhang_3.pdf (72 KB)
Intrinsisches Sicherheitsgefühl der Weiterbildungsassistent*innen bei Standardsituationen und -eingriffen

Literatur

1. Council of the European Union. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 Sep 2005 on the recognition of professional qualifications. Off J Eur Union. 2005;255:22-142.
2. Rodríguez D, Christopoulos P, Martins N, Pärsmäe P, Werner HM. Working conditions survey and trainees situation: New approach to auditing the situation of European trainees in obstetrics and gynaecology ten years later. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;147(2):130-134. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2009.09.020
3. Sütterlin B, Burgermeister L, Siegrist M, Bauer W. Erfreulich hoch eingeschätzt: Der Stellenwert der Weiterbildung an den Spitalern. Schweiz Arzteztg. 2017;98(48):1600-1602. DOI: 10.4414/saez.2017.06064
4. Bank L, Jippes M, van Rossum TR, den Rooyen C, Scherpbier AJ, Scheele F. How clinical teaching teams deal with educational change: 'We just do it'. BMC Med Educ. 2019;19(1):377. DOI: 10.1186/s12909-019-1815-4
5. Vogel S, Leffmann C, Bruns-Matthiessen B, Orlow P, Siegrist M, Krystofiak T, Fotuhi P. Evaluation der Weiterbildung: Gute Weiterbildung ist kein Zufall. Dtsch Arztebl. 2009;106(46):2306-2308. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/66753/Evaluation-der-Weiterbildung-Gute-Weiterbildung-ist-kein-Zufall>
6. Hilienhoff A, Osterloh F. Assistenzärzte: Zu wenig Zeit für die Patienten. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(14):A-671/B-550/C-541.

7. García-Pérez MA, Amaya C, Otero Á. Physicians' migration in Europe: An overview of the current situation. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:201. DOI: 10.1186/1472-6963-7-201
8. Herfs PG. Aspects of medical migration with particular reference to the United Kingdom and the Netherlands. *Hum Resour Health.* 2014;12:59. DOI: 10.1186/1478-4491-12-59
9. Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Hum Resour Health.* 2004;2(1):12. DOI: 10.1186/1478-4491-2-12
10. Peeters M. Free movement of medical doctors in the EU. *Med Law.* 2007;26(2):231-243.
11. Costigliola V. Mobility of medical doctors in cross-border healthcare. *EPMA J.* 2011;2(4):333-339. DOI: 10.1007/s13167-011-0133-7
12. Scheele F, Novak Z, Vetter K, Caccia N, Goverde A. Obstetrics and gynaecology training in Europe needs a next step. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;180:130-132. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.04.014
13. Trezzini B, Meyer B, Ivankovic M, Jans C, Golder L. Der administrative Aufwand der Ärzteschaft nimmt weiter zu. *Schweiz Ärztsztg.* 2020;101(0102):4-6. DOI: 10.4414/saez.2020.18482
14. Breckwoldt J, Beckers S, Breuer G, Marty A. "Entrustable professional activities". Zukunftsweisendes Konzept für die ärztliche Weiterbildung. *Anaesthesist.* 2018;67:452-457. DOI: 10.1007/s00101-018-0420-y
15. ten Cate O. Trust, competence, and the supervisor's role in postgraduate training. *Br Med J.* 2006;333(7571):748-751. DOI: 10.1136/bmj.38938.407569.94

Korrespondenzadresse:

Franziska M. Winder
Kantonsspital St. Gallen, Frauenklinik, Rorschacher Str.
95, CH-9007 St. Gallen, Schweiz
franziska.winder@kssg.ch

Bitte zitieren als

Winder FM, Breuer G, Favero M, Foessleitner P, Friemann M, Krischer B, Windsperger K, Weiss M. Postgraduate medical education in obstetrics and gynaecology: Where are we now and what do we need for the future? A study on postgraduate training in obstetrics and gynaecology in Germany, Austria and Switzerland. *GMS J Med Educ.* 2022;39(4):Doc41.
DOI: 10.3205/zma001562, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015622

Artikel online frei zugänglich unter
<https://doi.org/10.3205/zma001562>

Eingereicht: 04.11.2021

Überarbeitet: 01.05.2022

Angenommen: 05.07.2022

Veröffentlicht: 15.09.2022

Copyright

©2022 Winder et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.