

11.03.2016 Aus-, Weiter- & Fortbildung

Chirurgische Weiterbildung in Deutschland

M. Krüger, J. Seifert



Ergebnisse der BDC- Assistentenumfrage 2014/15

Die chirurgische Weiterbildung stellt die Basis für alle jungen Chirurgen und Chirurgen dar. Neben persönlichen Merkmalen eines Weiterbildungsassistenten entscheidet sie maßgeblich über die zukünftige Versorgungsqualität derjenigen Generation, welche die Arbeit innovativ gestalten und qualitativ hochwertig fortführen soll.

Die Güte der Weiterbildung ist ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Wahl einer Facharztweiterbildung und somit ein sog. Attraktivitätskriterium für oder wider einer kurativen bzw. nicht kurativen Laufbahn.

In den letzten Jahren wurde die Bedeutung der chirurgischen Weiterbildung für das Fach Chirurgie herausgearbeitet. Dennoch – so die Ergebnisse der Umfrage – scheint die Weiterbildung in vielen Krankenhäusern nicht zur Unternehmensstrategie zu zählen. Dies mag sehr verwundern, da gerade hier das Fundament zur Mitarbeiterbindung und zukünftigen Sicherung der ärztlichen Fachkräfte gelegt werden kann.

In einer veröffentlichten Studie in Zusammenarbeit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR rechnet man im Jahre 2030 mit einer ärztlichen Fachkräftelücke von 106.000 Ärzten (pessimistisches Szenario). Für den Bereich der Chirurgie errechneten die Autoren eine Lücke von 23 % unbesetzter Facharztstellen. Diese Lücke wird man nicht durch Zuwanderung, Mobilisierung inländischen Erwerbstätigenpotentials oder Effizienzgewinne decken können. [1]

Umfragedesign

Auf der Grundlage der Umfragen 2004, 2007, 2009 und 2011 wurde eine leicht modifizierte Folgeumfrage entwickelt. Die Zielgruppe dieser Umfrage setzte sich aus Assistenten in Weiterbildung sowie „jungen Fachärzten“ zusammen, deren Facharztprüfung nicht länger als drei Jahre zurücklag. Die Fragebögen konnten anonym via Internet beantwortet werden. Für die Datensammlung und primäre Auswertung wurde ein angepasstes online-Umfrageportal eingesetzt. Die Auswertung erfolgte mit den Statistikfunktionen von Microsoft Excel.

Das Design der Umfrage war darauf angelegt, möglichst viele chirurgische Assistenten und Assistentinnen zu erreichen und dabei die volle Anonymität zu gewährleisten. Auf eine Nachfassaktion sowie eine Non-Responder-Analyse wurde deshalb verzichtet.

Ergebnisse

Teilnehmerstruktur

Insgesamt konnten 1100 Fragebögen ausgewertet werden. Dies entspricht einer Quote von fast 23 % der gesamten Zielgruppe.

Insgesamt zeigt sich ein leichter Anstieg der Teilnehmerzahlen gegenüber den Vorerhebungen. Das Interesse ist also ungebrochen. Die überwiegende Teilnehmerzahl stammt mit 46,6 % aus Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, gefolgt von 22,3 % aus der Maximalversorgung. 20,5 % der Teilnehmer sind in Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung tätig. Die Universitätsklinika sind mit 8,7 % vertreten. (Tab. 1)

Die chirurgische Weiterbildung erfolgt derzeit hälftig in den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie den Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung. Im Geschlechterverhältnis zeigt sich eine in den letzten Jahren begonnene Zunahme der Frauen mit 54 % gegenüber den Männern mit 46 %. (Abb. 1) In der basischirurgischen Weiterbildung befanden sich zum Zeitpunkt der Umfrage 23,7 %. Der überwiegende Anteil der Teilnehmer befand sich in der Weiterbildung zum Viszeralchirurgen (32,3 %), zum Unfallchirurgen/Orthopäden (23,7%) und zum Facharzt für Allgemeine Chirurgie (22,8%).

Tab. 1: Heimatkrankenhaus

	2004	2007	2009	2014/15
Versorgungsstufe				
KH-GR	50%	41%	43%	47%
KH-SP	25%	26%	24%	20%
KH-Max	17%	17%	22%	22%
KH-Uni	8%	8%	9%	9%
sonstige		2%	2%	2%

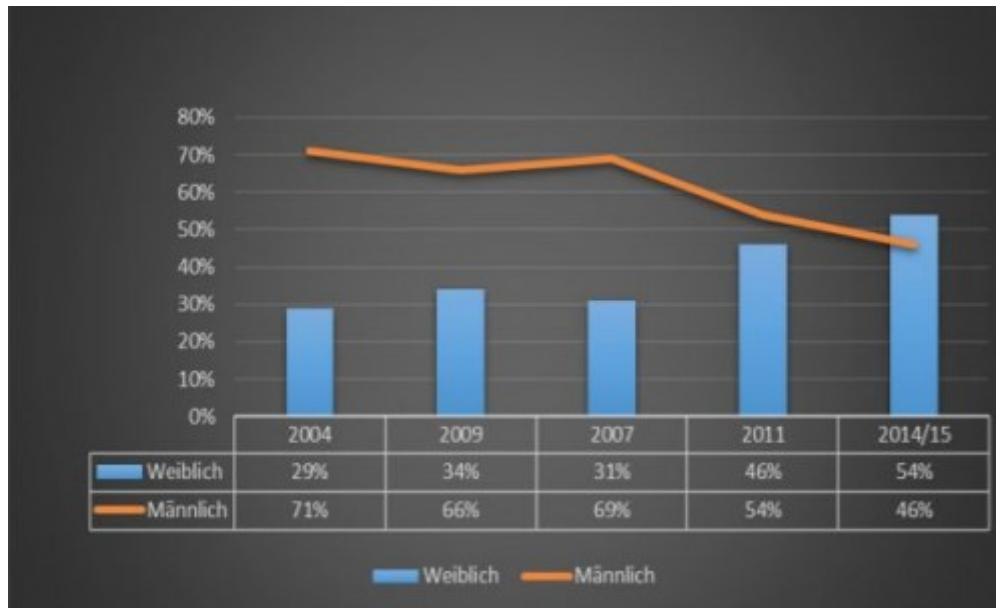
KH-SR: Krankenhaus der Grund – und Regelversorgung

KH-SP: Krankenhaus der Schwerpunktversorgung

KH-Max: Krankenhaus der Maximalversorgung

KH-Uni: Universitätsklinik

Abb. 1: Geschlechterentwicklung



Die Ära der Kurzverträge mit jährlicher Befristung ist zu Ende: Immerhin bei 28,5 % liegt ein sogenannter Kettenvertrag vor. 49,1 % haben einen bis zum Ende der Facharztausbildung befristeten Arbeitsvertrag und 22,4 % einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Der Weiterbildungsverbund ist mit 19,8 % eher die Ausnahme.

Weiterbildung als Unternehmensziel

Nur 30 % der Befragten beantwortet die Frage mit Ja, ob das Krankenhaus auf die Länge der Weiterbildungszeit achtet. Knapp ein Viertel der Befragten gibt an, dass das Unternehmen/Krankenhaus sich für den Fortschritt der Weiterbildung und die Weiterbildungszeit interessiert und ebenfalls knapp ein Viertel bejaht, dass das Krankenhaus Fort- und Weiterbildung in die Unternehmensstrategie einbindet (Tab. 2). Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hat bei 73 % der Teilnehmer eine Auswirkung auf die Weiterbildung. 73 % bewerten diese Auswirkungen als eher negativ. (Abb. 2)

Tab. 2: Weiter- und Fortbildung als Unternehmensstrategie/-philosophie

(1 niedrigste Priorität – 9 höchste Priorität)

Priorität	
9 (Höchste)	Strukturierte Weiterbildung mit realistischen Weiterbildungszielen
8	Transparente Einteilungen zu Operationen mit operativen Zielvereinbarungen
7	Teilnahme und Finanzierung externer Weiterbildungsveranstaltungen
6	Work-life-Balance

5	Planbare Arbeitszeiten
4	Familienfreundlicher Arbeitgeber
3	Regelmäßig qualitativ hochwertige interner Weiterbildungsveranstaltungen
2	Flache interklinische Hierarchien
1 (niedrigste)	Entlastung durch chirurgisches Assistenzpersonal

Arbeitszeit und Weiterbildung

Die Mehrheit der Befragten arbeitet 50 bis 60 Stunden pro Woche. Wobei diese Mehrarbeit überwiegend bezahlt und in Freizeit ausgeglichen wird. 45,8 % geben an, dass die Mehrarbeitsstunden in Freizeit ausgeglichen werden. Hinsichtlich der Bereitschaftsdienste zeigt sich, dass im Durchschnitt ca. fünf bis sechs Bereitschaftsdienste pro Monat geleistet werden. Die Vergütung dieser erfolgt in 36,1 % durch eine volle Bezahlung, in 53,8 % in einer anteiligen Bezahlung bis zu einem Höchststundensatz und in nur 3 % in Freizeit. Das 24-Stunden-Bereitschaftsdienstsystem geben 64 % an, gefolgt von einem 2-Schichtsystem mit Bereitschaftsdienstzeit mit 28 %. Insgesamt wirkt sich laut 60 % der Umfrageteilnehmer das „neue“ Arbeitszeitgesetz nicht negativ auf die Weiterbildungszeit im Sinne einer Verlängerung aus.

Demgegenüber steht die Einschätzung von ebenfalls 60 % der Teilnehmer, dass die Präsenz im OP durch das „neue“ Arbeitszeitgesetz verringert wurde.

Wege in die Chirurgie

Was hat die Teilnehmer zur Facharztweiterbildung in der Chirurgie bewogen? An erster Stelle stand mit 34 % das allgemeine Berufsbild des Chirurgen, gefolgt von der Berufung mit 22 %, mit 18 % durch die Tätigkeit im PJ und mit 13,9 % die chirurgischen Vorbilder/Lehrer. Freie Stellen, Anerkennung in der Bevölkerung, Karrieremöglichkeiten sowie Verdienstmöglichkeiten spielen keine oder eine untergeordnete Rolle bei der Wahl des Berufs. Diesbezüglich haben sich in den letzten Umfragepanelen keine großen Veränderungen ergeben. (Abb. 3)

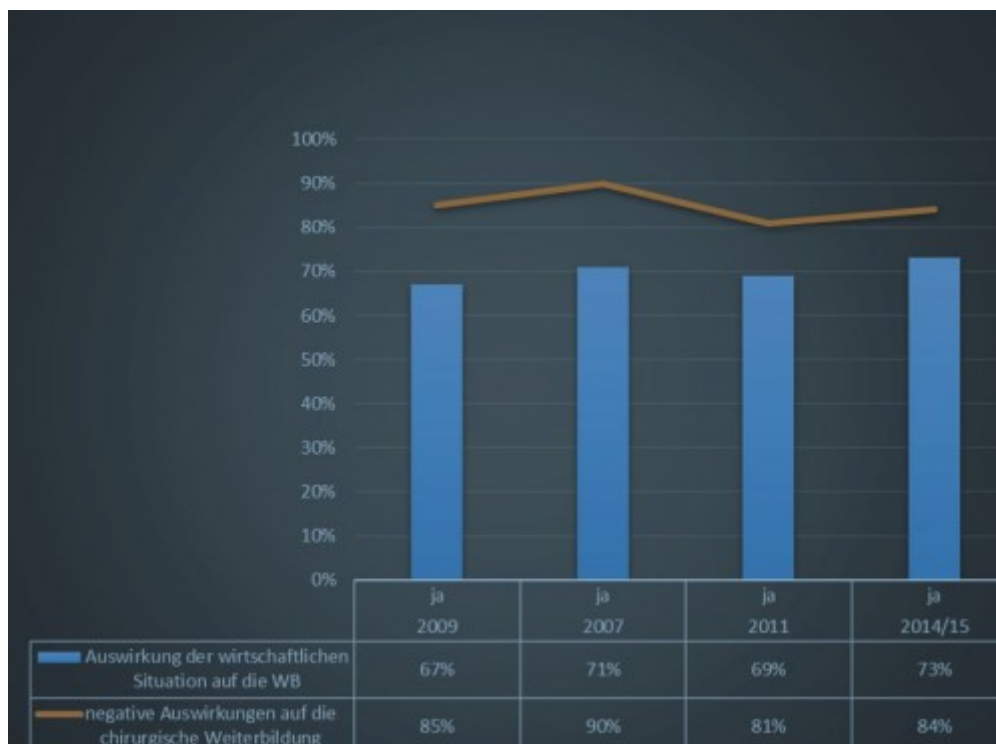
Weiterbildungsstruktur

Die Teilnehmer der Umfrage gaben in 69 % an, dass der Oberarzt federführend für die Weiterbildung ist. Nur in 23 % übernimmt dies der Chefarzt und in 8 % ist es der erfahrene Facharzt. Dies ist über die Jahre hinweg stabil geblieben. Die Hauptlast der Weiterbildung trägt somit der Oberarzt der Klinik. 71 % der Teilnehmer erachten die Implementierung eines speziell für die Weiterbildung verantwortlichen Ansprechpartners oder eines Mentorensystems zur Verbesserung der Weiterbildungsqualität als sinnvoll. In immerhin 27 % existiert ein solches bereits.

Gut 67 % der Umfrageteilnehmer geben an, dass es an ihrer Klinik keine „grobe Struktur“ der Weiterbildung gibt. Sogar 86 % geben an, kein Weiterbildungscurriculum zu Beginn der Weiterbildung erhalten zu haben. Hier hat sich im Vergleich zu den Vorjahren praktisch nichts geändert. Dies verwundert sehr, da laut Kammerrecht zur Beantragung

einer Weiterbildungsbefugnis ein solches Curriculum zwingend zu erstellen ist. Wie wichtig dem Nachwuchs aber eine strukturierte Weiterbildung ist, verdeutlichen folgende Zahlen: Die Mehrzahl der Umfrageteilnehmer sieht die strukturierte Weiterbildung mit realistischen Weiterbildungszielen sowie eine transparente Einteilung zu den Operationen mit operativen Zielvereinbarungen als Schlüssel einer erfolgreichen chirurgischen Weiterbildung. Die Qualität des Weiterbilders wird im Durchschnitt mit befriedigend bewertet. In gut 93 % der Umfrageteilnehmer sind didaktische Grundkenntnisse des Weiterbilders wichtig. In 54 % werden dem Weiterbilder diese didaktischen Grundkenntnisse in der Vermittlung von praktischen wie theoretischen Weiterbildungsinhalten bescheinigt. Entgegen dem Kammerrecht, das dem Weiterbilder und den Weiterzubildenden verpflichtet, jährlich mindestens ein Weiterbildungsgespräch zu führen, erfolgt dies nur bei 56 % der Teilnehmer. Hier zeigt sich gegenüber den letzten Erhebungen zwar eine Tendenz zur Verbesserung, aber ein zufriedenstellendes Ergebnis ist dies nicht. Denn immerhin mehr als 40 % erhalten gar kein strukturiertes Feedback.

Abb. 2: Auswirkungen der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses auf die Weiterbildung



Vermittlung der operativen Fertigkeiten

Die Erlangung operativer Expertise ist eine sehr komplexe Entwicklung eines jeden Chirurgen. Sie ist geprägt von Erfolgen aber auch von Niederlagen. Eine strukturierte Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten mit möglichst großer und somit notwendiger Redundanz in kurzen Zeitintervallen sind Erfolgsgaranten dieser Entwicklung.

Eine Überbewertung von manuellem Geschick im Sinne eines „chirurgischen Gens“ verkennt die Komplexität derartiger Prozesse. Vor diesem Hintergrund verwundert es, dass moderne Prinzipien der Vermittlung und Training von Fertigkeiten in der operativen Medizin bisher kaum Anwendung finden. 47 % der Umfrageteilnehmer geben an, dass Operationsverfahren und -techniken nicht theoretisch erklärt und Vor- und Nachteile besprochen werden. Nur in 26,6 % der Fälle werden regelmäßig Teilschritte von Operationen durch den Weiterbildungsassistenten übernommen. (Abb. 4) 63,7 % der Umfrageteilnehmer erachten die Einteilung zu Weiterbildungsoperationen als intransparent und unfair. Grundsätzlich wird dabei wohl vorzugsweise nach subjektiv geschätzten Operationsbedarf (60 %) oder nach dem Günstlingsprinzip (30 %) verfahren. In gut 60 % sind die Teilnehmer der Umfrage mit den Lehrassistenzen unzufrieden. Dies hat sich seit 2004 nicht wesentlich verändert. Im Mittel darf der Weiterbildungsassistent in unserer Umfrage drei selbständige Operationen pro Woche durchführen, wobei 74,8 % angeben, dass für die Weiterbildung wichtige Operationen nur bestimmte Oberärzte oder der Chefarzt an ihren Kliniken durchführen würden.

Abb. 3: Wege in die Chirurgie

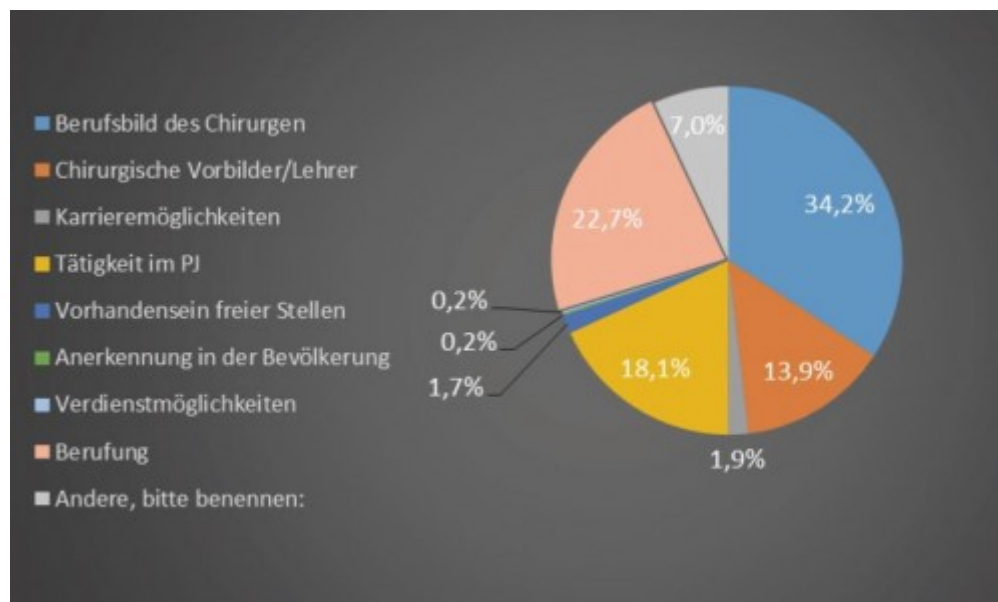
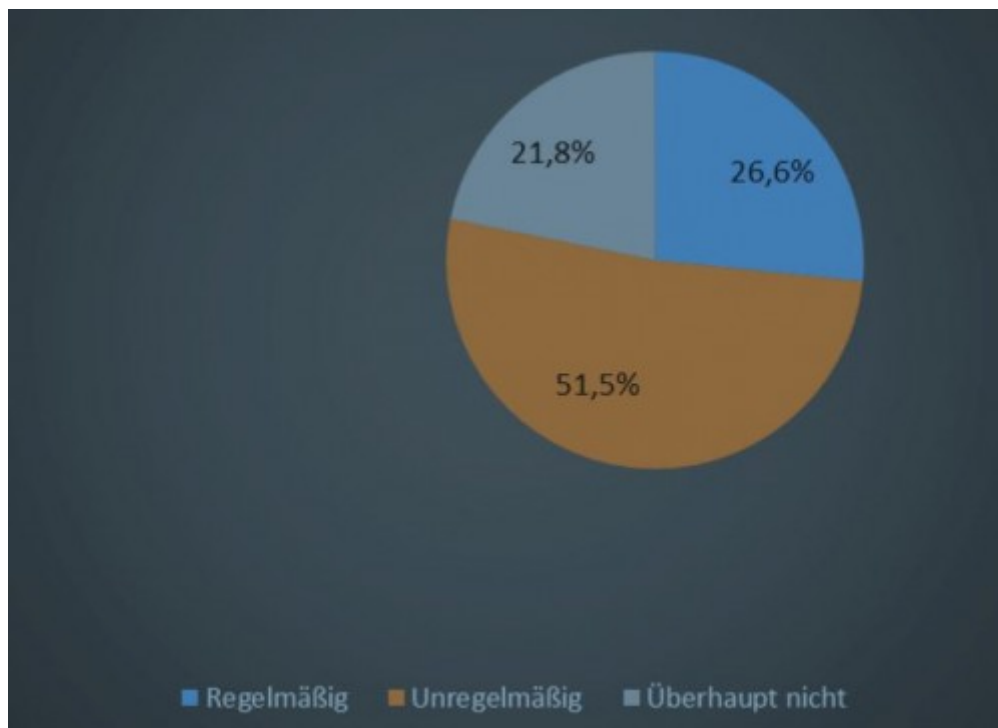


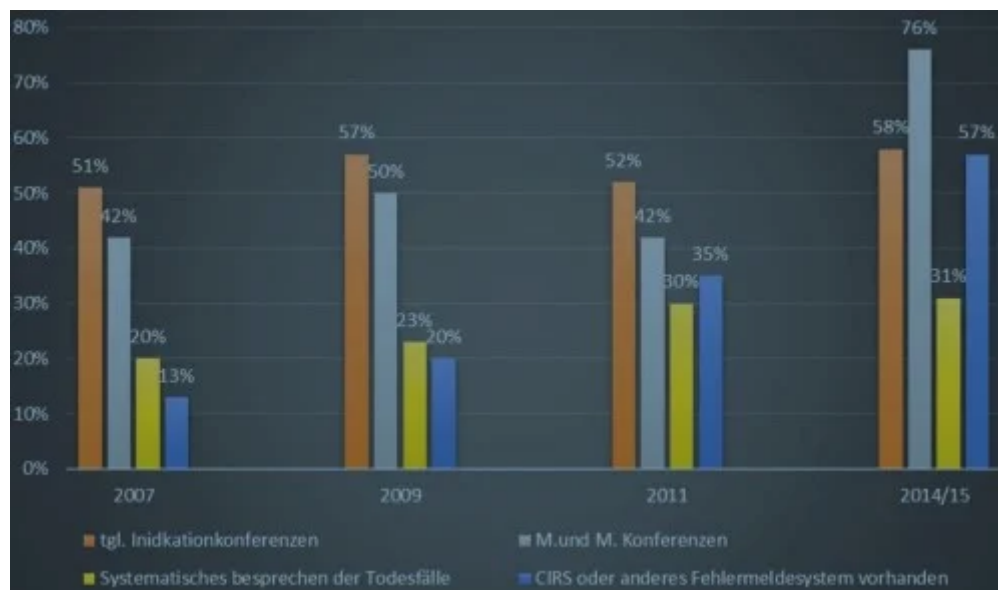
Abb. 4: Ist es bei Ihnen üblich, anfangs Teilschritte von Operationen zu übernehmen?



Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen

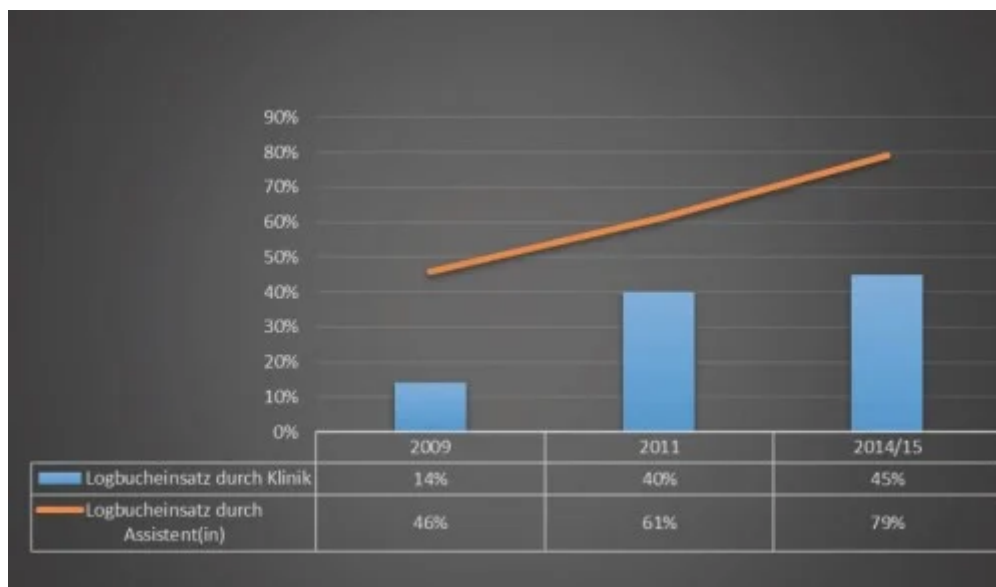
In den Kliniken der Umfrageteilnehmer sind 58,9 % unzufrieden mit dem Angebot, der Häufigkeit und der Qualität der internen Fortbildungsveranstaltungen. Nur in 14,5 % der Fälle werden gar keine Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Eine erfreuliche Tendenz zeigt sich bei den Indikationskonferenzen, den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie bei der Einführung des CIRS bzw. anderer Fehlermeldesystemen. Hier ist eine entsprechende Häufigkeitszunahme zu konstatieren (Abb. 5)

Abb. 5: Zeitlicher Verlauf der Durchführung von Indikations-, Morbiditäts- und Mortaliätskonferenzen sowie der Einführung von CIRS/Fehlermeldesystemen



Hinsichtlich der externen Weiterbildungsveranstaltungen wird die Tendenz der letzten Jahre positiv fortgesetzt. So erhalten fast 95 % freie Tage vom Arbeitgeber zur Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. In 82 % wird sogar eine finanzielle Unterstützung gewährt. Im Durchschnitt hat der Weiterbildungsassistent fünf Tage dafür zur Verfügung. In der klinischen Organisation ist es aber nach wie vor schwierig, dies zu integrieren.

Abb. 6: Logbucheinsatz im klinischen Weiterbildungsalltag



Dokumentation der chirurgischen Weiterbildung

Zu den Pflichten des Weiterbildungsassistenten gehört es, die Weiterbildung zu dokumentieren. Dieses muss in den sogenannten Logbüchern erfolgen. In 55,5 % der Umfrageteilnehmer setzt das Krankenhaus keine Logbücher zur Dokumentation ein. Leider benutzen zum Zeitpunkt der Umfrage auch 21,1 % der Assistenten persönlich keine Logbücher. Hier zeichnet sich aber eine deutliche Verbesserung des Einsatzes ab. (Abb. 6) Werden Logbücher eingesetzt, so sind es in 55 % der Fälle Logbücher der Landesärztekammern.

Limitierung der Umfrageergebnisse

Natürlich unterliegt diese Umfrage einer gewissen Limitierung. Es ist nicht ganz auszuschließen, dass sich im Sinne einer negativen Selektion, nur unzufriedene Assistenten bzw. junge Fachärzte an dieser Umfrage beteiligt haben. Weiterhin spiegelt dies die alleinige Sicht der chirurgischen Weiterbildungsassistenten wieder. Diese Sicht kann sich im weiteren Berufsleben ändern und ggf. auch relativieren.

Diskussion

Die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen stehen immer wieder im Fokus einer berufspolitischen Nachwuchsdebatte. Land auf, Land ab wird in den deutschen Krankenhäusern und Praxen eine hohe medizinische Versorgungsqualität durch gut weitergebildete Ärztinnen und Ärzte gesichert. Damit dies auch in Zukunft so bleibt, benötigen wir eine zielgerichtete Förderung des Nachwuchses.

Leider ergibt sich anhand unserer Umfrage in den wichtigen Kriterien der Qualität der chirurgischen Weiterbildung kein Trend zur Besserung der Situation der Assistenzärzte. Es ist scheinbar immer noch so, dass die Qualität der chirurgischen Weiterbildung kein Unternehmensziel ist. Die Einbindung dieser in eine Strategie zur Sicherung und Qualifizierung der Fachkräfte ist noch zu selten zu beobachten. Die chirurgische Weiterbildung wird scheinbar immer noch an vielen deutschen Krankenhäusern als Nebenprodukt der täglichen Arbeit betrachtet. Die Assistenzärzte finden sich noch immer zu wenig im OP.

Dabei liegt der Gedanke nahe, dass – bei aktuell politisch gewollter OP-Zahlreduktion – möglicherweise ein Überangebot an Chirurginnen und Chirurgen geschaffen wird.

Eine Bedarfsanalyse und ggf. Zugangsbeschränkung existiert in Deutschland bisher nicht und ist von Seiten des Berufsverbandes auch nicht gewollt. Die staatliche Steuerung solcher Kapazitäten hängt in der Regel dem Bedarf hinterher, da sie nur reaktiv gestaltet werden kann, weshalb der freie Zugang zum gewünschten Facharzt als ein sich selbst regulierendes System, welches durchaus auch marktwirtschaftlichen Kriterien unterlegen ist, beibehalten werden sollte.

Die strukturierte Vermittlung von operativen Techniken und Fertigkeiten ist zu selten vorhanden. Aber auch die Einteilung zu selbstständig durchgeführten Eingriffen erfolgt nicht strukturiert. Es ist verständlich, dass Assistenzärzte damit unzufrieden sind. Die strukturierte Weiterbildungsplanung und -organisation scheint eine Ausnahme zu sein. Externe Weiterbildungsveranstaltungen nehmen einen größeren Stellenwert ein, wofür man auch bereit ist, zu investieren.

Die Qualität der Weiterbildung wird als befriedigend eingestuft. Dies reicht nicht aus und sollte uns auf keinen Fall zufrieden stellen, zumal es in einem Widerspruch mit der im Ausland von Kollegen und Patienten wahrgenommenen Qualität steht.

Die anhaltenden Bemühungen des Europaparlamentes, auch medizinische Dienstleistung zu normieren, haben uns vor Augen geführt, wie qualitativ hochwertig das deutsche Weiterbildungs- und Facharztsystem im europäischen Ländervergleich ist. Eine „Anpassung“ an einen europäischen Durchschnitt würde unser System auf ein erheblich niedrigeres Niveau setzen.

Die Kriterien zur Vergabe der abgestuften Weiterbildungsbefugnisse durch die Ärztekammern der Länder sind bisher vielfach nicht transparent. Klare Kriterienkataloge mit gewichteten Faktoren, in die Weiterbildungsstätten und -befugte ihre Daten eingeben müssen, existieren nur vereinzelt.

Die Evaluation der Weiterbildung durch die Ärztekammern ist ein stumpfes Schwert, da offensichtlich keine Konsequenzen daraus gezogen werden. Weder von den Weiterzubildenden, die sich noch in der günstigen Situation befinden „mit den Füßen abstimmen zu können“, noch von einem größeren Teil der Krankenhäuser, die sich scheuen, in Weiterbildung und Weiterbildungsassistenten mehr zu investieren.

Zum ersten Mal hat der Anteil der weiblichen Teilnehmer die 50 %-Hürde geknackt. Ein im Medizinstudium bereits etablierter Trend setzt sich bei den Assistenzärzten jetzt fort. Die Chirurgie wird weiblicher. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen wurden hierdurch vermehrt unter familienfreundlichen Arbeitnehmerspekten verändert, was mittlerweile auch bei den jungen männlichen Assistenzärzten besonders geschätzt wird.

Positiv muss erwähnt werden, dass sich in den letzten Jahren eine deutliche Tendenz zu einem mehr an Indikationskonferenzen und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen abzeichnet. Auch die Patientensicherheit in Form von CIRS Systemen nimmt einen zunehmend größeren Raum in den Kliniken ein.

Für die Autoren ergeben sich letztlich folgende Fragen, die vermehrt in den Fokus der Weiterbildungsdebatte zu rücken wären:

- Sind die Ärztekammern der Länder möglicherweise mit der Organisation und der Kontrolle der Weiterbildungsqualität überfordert?
- Sollten über die Inhalte der fachspezifischen Weiterbildung die wissenschaftlichen Fachgesellschaften entscheiden und nicht nur angehört werden?
- Benötigen wir eine Zertifizierung der chirurgischen Weiterbildungsqualität als Anreiz für eine adressatengerechte Verteilung finanzieller Mittel?
- Soll Weiterbildung zentralisiert und Weiterbildungsstellen budgetiert werden, um die Qualität zu erhöhen?
- Benötigen wir einen Verbund aus ambulanter und stationärer Weiterbildung?

Literatur

[1] M. Burkhart, D. A. Ostwald, T. Erhard: 112 – und niemand hilft. Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann. Hrsg.: pwc in Kooperation mit WifOR. 2012.S. 11-22.

Krüger M. / Seifert J. Chirurgische Weiterbildung in Deutschland. Passion Chirurgie. 2016 März, 6(03): Artikel 02_01.