BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

BDC|UMFRAGEN 01.12.2009

Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland

Entwicklungsanalyse von 2004 bis 2009

Einleitung

Die Deutsche Chirurgie hat hartnäckige Nachwuchssorgen. Die Ursache ist zweigeteilt. Einerseits sehen immer weniger Medizinstudenten in den chirurgischen Fächern eine lohnende Perspektive. Gleichzeitig werden die aktiven Chirurgen immer älter. Bis 2020 geht ca. die Hälfte der niedergelassenen Chirurgen und mehr als ein Drittel der Krankenhauschirurgen in den Ruhestand [1, 2]. Sollten alle vakanten Stellen wieder besetzt werden, müssten jährlich ca. 10-12 Prozent der Medizinstudierenden eine Karriere in der Chirurgie starten. Nach aktuellen Schätzungen wollen maximal nur 5 Prozent der Absolventen die chirurgische Laufbahn einschlagen [3].

Dabei hat das Berufsbild seine Faszination nicht verloren. So führt die Chirurgie bei Medizinstudenten in den ersten Semestern die Liste der beliebtesten Fächer klar an. Mehr als ein Drittel aller Studenten wollen beispielsweise nach einer Umfrage mit über 4.000 Teilnehmern im ersten Semester Chirurgin oder Chirurg werden, hinzu kommen nochmals über 10 Prozent, die sich für eine orthopädische Karriere interessieren.

Doch der reale Berufsalltag der jungen Kollegen entspricht so gar nicht den schönen, lebensrettenden, gut verdienenden und sozial integrierten Vorbildern aus Film und Fernsehen. Nach dem Praktischen Jahr in den letzten Semestern sind es nur noch knapp 16 Prozent, die sich eine chirurgische Tätigkeit vorstellen können [24]. Auf viele Studenten scheint das chirurgische Tertial im PJ eine nachhaltig negative Wirkung zu haben [9, 21].

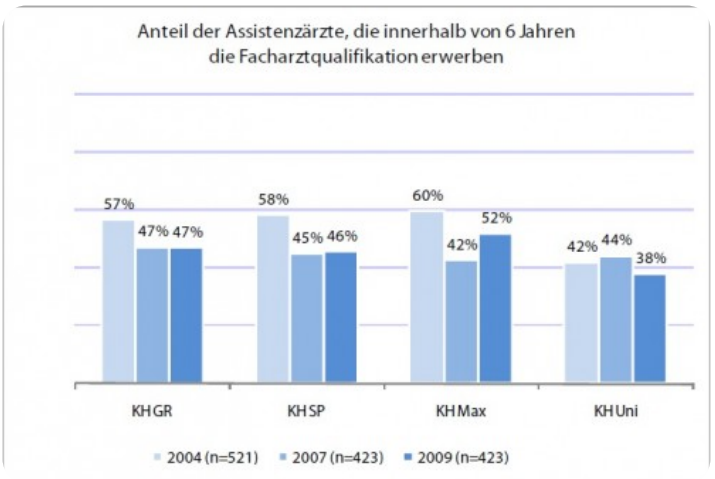


Abb1: Anteil der Umfrageteilnehmer, die in der empfohlenen Weiterbildungszeit von 6 Jahren die Facharztqualifikation Chirurgie erreichen

KH-GR = Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
KH-SP = Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
KH-Max = Krankenhaus der Maximalversorgung
KH-Uni = Universitätsklinik

Die Wirklichkeit in der deutschen Chirurgie ist immer noch von hoher Fremdarbeitsbelastung, einer dünkelhaften Hierarchie und einer im Vergleich zu anderen Fächern hauchdünnen Personaldecke geprägt.

Oft kann schon das krankheitsbedingte Fehlen von ein bis zwei Mitarbeitern nicht kompensiert werden.

Empfohlene Standards in der chirurgischen Weiterbildung

- Curriculum zur Strukturierung der chirurgischen Weiterbildung
- regelmäßige Weiterbildungsgespräche, mindestens 1 x p.a.
- Dokumentation der Weiterbildung in einem Logbuch
- Tägliche Indikationskonferenz mit Patientenvorstellung
- regelmäßige Komplikations- (M & M-) Konferenzen
- Rotationsprogramm, falls keine volle Weiterbildungsermächtigung vorliegt
- Anleitung und transparente Einteilung zu Operationen
- Finanzielle und ideelle Unterstützung bei Teilnahme anexternen Fortbildungsangeboten
- Feedbacksysteme zur kontinuierlichen Optimierung
- „Train-the-Trainer"-Programm für Weiterbilder

Kammerrecht!

Box 1

Chirurgische Berufsanfänger starten in Deutschland aber nicht nur in einen unattraktiven Arbeitsalltag. Der chirurgischen Weiterbildung fehlt trotz differenzierter Weiterbildungsordnung und dort verankerten Forderungen nach einem strukturierten Weiterbildungsgang die Qualität und Perspektive. Hierbei sind es gerade nicht die Rahmenbedingungen, die schlecht wären, sondern die mangelhafte Umsetzung in den Kliniken [23] sowie die nicht vorhandenen Sanktionen der Kammern.

Das Vertrauen in die Selbstverwaltung und den Föderalismus scheint gerade in der Weiterbildung so nachhaltig erschüttert zu sein, dass hier nicht nach mehr Kontrolle gerufen, sondern mit den Füßen abgestimmt wird. Beklagt also die deutsche Chirurgie einen erheblichen Nachwuchsmangel, ist sie und ihre Vertreter sowie jeder einzelne Chefarzt selbst gefordert und kann sich nicht auf mangelhafte Rahmenbedingungen berufen.

Die fortschreitende Ökonomisierung der Medizin und der damit verbundene strukturelle Wandel in der Krankenhauslandschaft sind nicht aufzuhalten. Es liegt auf der Hand, dass sich die chirurgische Weiterbildung diesen Entwicklungen anpassen muß. Umso wichtiger wird in Zukunft eine flexible und leicht anpassbare Weiterbildungsordnung sein, wie sie die chirurgische Gemeinschaft seit 2008 bei der Bundesärztekammer einfordert [25]. Nur so kann man in diesen Zeiten den ärztlichen Nachwuchs für das Gebiet Chirurgie begeistern.

Vorangegangene Erhebungen zur chirurgischen Weiterbildung in Deutschland ergaben 2004 und 2007 qualitative Mängel in über 50 Prozent der chirurgischen Abteilungen [4, 23]. Statt wie in den USA [5,6], England [7] oder Holland [8] einem klar strukturierten Curriculum mit festgelegten Weiterbildungszielen und Guidelines zu folgen, fühlten sich viele deutsche Assistenten den Launen der Chef- und Oberärzte ausgeliefert. Dies blieb auch den letzten PJ-Jahrgängen nicht verborgen, die nach aktuellen Umfragen vor allem im chirurgischen Pflicht-Tertial den letzten Rest an Interesse verlieren [9].

	2007		2009	
Weiterbildungsjahr	**Anzahl**	**Anteil**	**Anzahl**	**Anteil**
1.-2. Jahr	162	28%	222	21%
3.-6. Jahr	248	43%	346	32%
> 6. Jahr	66	12%	169	16%
keine Angabe oder Facharzt	95	17%	339	32%
Gesamt	**571**	**100%**	**1076**	**100%**

Tab1: Weiterbildungsstand

	2004		2007		2009	
Versorgungsstufe	**Anzahl**	**Anteil**	**Anzahl**	**Anteil**	**Anzahl**	**Anteil**
KH-GR	279	50%	235	41%	337	43%
KH-SP	138	25%	150	26%	189	24%
KH-Max	96	17%	96	17%	177	22%
KH-Uni	47	8%	79	14%	74	9%
sonstige			11	2%	14	2%
Gesamte Antworten zu dieser Frage	560	100%	571	100%	791	100%

KH-GR = Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
KH-SP = Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
KH-Max = Krankenhaus der Maximalversorgung
KH-Uni = Universitätsklinik

Tab2: Heimatkrankenhaus

In Konsequenz der desolaten Ergebnisse der Jahre 2003 bis 2004 wurden von chirurgischen Berufsverbänden und Fachgesellschaften Empfehlungen zur Gestaltung der chirurgischen Weiterbildung aufgestellt [10], siehe »Box 1. Einige dieser Empfehlungen konnten in die neue Weiterbildungsordnung für das Gebiet Chirurgie integriert werden [11]. Sie sind seit 2006 Pflicht jedes Weiterbilders. Gleichzeitig wurden mit dem obligaten Logbuch und der Dokumentation von Weiterbildungsgesprächen pragmatische Instrumente vorgeschlagen, die Assistenzärzten und Weiterbildern die Organisation und Transparenz der Weiterbildung erleichtern [12].

Ziel der regelmäßigen Erhebungen des BDC und der hier präsentierten Umfrage des Jahres 2009 ist es, die Umsetzung der aufgestellten Kriterien sowie der in der Weiterbildungsordnung verankerten Instrumente zu überprüfen. Gleichzeitig soll die Entwicklung begleitet und neue Probleme und Herausforderungen identifiziert werden, um zukünftige Empfehlungen für die Steigerung der Weiterbildungsqualität zu formulieren.

Methoden

Auf Basis der Umfragen von 2004 und 2007 wurde in Zusammenarbeit chirurgischer Assistenten und Weiterbilder eine modifizierte Folgeumfrage entwickelt. In bewährter Weise wurde der Fragebogen zwischen Vertretern des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) abgestimmt.

Die Umfrage wurde in der Mitgliederzeitschrift des BDC sowie auf dessen Internetseite publiziert. Alle im BDC organisierten Assistenzärzte wurden zusätzlich im Mai und August 2009 per E-Mail zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen.

Zielgruppe waren dabei sowohl die Assistenten in Weiterbildung, als auch Fachärzte, deren Facharztprüfung nicht länger als 3 Jahre zurücklag. Aufbau und Wortlaut der Umfrage können auf der Homepage des BDC (www.bdc.de, Rubrik Themen|Weiterbildung|WB-Struktur) eingesehen werden.

Die Fragebögen konnten anonym per Post oder Fax an den BDC zurückgesendet oder im Internet bei BDC|Online beantwortet werden. Für die Datensammlung und primäre Auswertung wurde mit BDC|Poll ein an die Anforderungen des BDC angepasstes Online-Umfragetool auf Grundlage des internetbasierten, kommerziellen Marktforschungsinstrumentes „Zoomerang" (MarketTools, 150 Spear Street, Suite 600, San Francisco, CA, 94105, USA) eingesetzt. Die per Post und Fax eingegangenen Antwortformulare wurden manuell in BDC|Poll übertragen. Für weitere Fragestellungen wurden die Rohdaten mit den Statistikfunktionen von Microsoft Excel ausgewertet.

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

	KH-GR	KH-SP	KH-Max	KH-Uni	gesamt
	66	57	58	32	218
Ja	19%	30%	32%	43%	27%
	273	131	123	43	579
Nein	81%	70%	68%	57%	73%
gesamt	339	188	181	75	797

KH-GR = Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
KH-SP = Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
KH-Max = Krankenhaus der Maximalversorgung
KH-Uni = Universitätsklinik

Tab3: Gibt es eine grobe Struktur für den Weiterbildungsgang in Ihrer Klinik, z. B. ein Curriculum oder Weiterbildungsplan?

Im Durchschnitt standen für die Auswertung pro Frage 800-900 Antworten zur Verfügung, da nicht jede/r Umfrageteilnehmer/in alle Fragen beantwortete. Die Ergebnispräsentation führt deshalb immer die Anzahl der bei jeder Fragestellung ausgewerteten Antworten auf

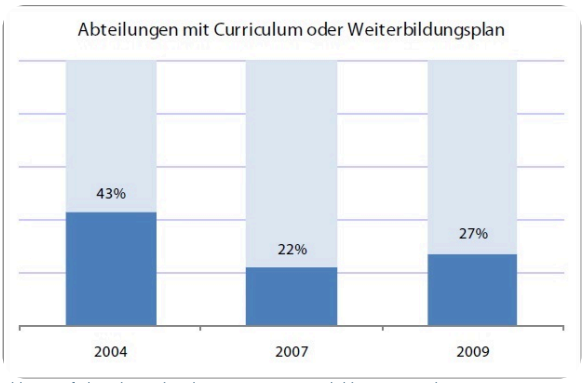


Abb2: Häufigkeit des Vorhandenseins eines Weiterbildungs-Curiculums

Ergebnisse

Teilnehmerstruktur

Insgesamt konnten 1076 Fragebögen ausgewertet werden. Das entspricht einem Gesamtrücklauf von 23 Prozent bei insgesamt 4.852 Assistenzärzten, die Mitglied im BDC sind. 38 Prozent (n=771) aller im BDC organisierten Assistenten in Weiterbildung (gesamt 2.035) sowie 11 Prozent (n=305) aller Assistenten mit Facharztqualifikation im BDC antworteten. Die Beteiligung an dieser Umfrage in absoluten Zahlen ist besser als in früheren Jahren.

487 Umfrageteilnehmer haben eine basischirurgische Weiterbildung durchlaufen, das entspricht 45 Prozent der Gesamtteilnehmer.

20,6 Prozent der eingegangenen Antworten stammen von Kollegen am Beginn der chirurgischen Weiterbildung (222 Teilnehmer in den ersten 2 Jahren), 47,9 Prozent der Antworten kommen von erfahrenen chirurgischen Assistenten ab dem 3. Weiterbildungsjahr zum Facharzt für Chirurgie (515 Teilnehmer). 31,5 Prozent der Antworten kamen von Fachärzten der Chirurgie oder machten keine Angaben zum Weiterbildungsstand (»Tab. 1).

43 Prozent der antwortenden Kolleginnen und Kollegen arbeiteten zur Zeit der Befragung in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, 24 Prozent in der Schwerpunktversorgung, 22 Prozent in Häusern der Maximalversorgung und 9 Prozent in Universitätskliniken (»Tab. 2).

Weiterbildungszeit

Durchschnittlich erreichen 45 Prozent der chirurgischen Assistenten die Facharztqualifikation in dem durch die Weiterbildungsordnung vorgegebenen Mindestzeitraum von 6 Jahren. In Maximalversorgungshäusern gelingt es der Hälfte der Assistenzärzte nach 6 Jahren, die Facharztqualifikation zu erwerben, in Universitätskliniken nur 38 Prozent (»Abb. 1).

Weiterbildungsstruktur

Nur 27 Prozent aller Teilnehmer geben an, es existiere in der eigenen Klinik eine grobe Struktur zur Organisation der Weiterbildung (z.B. Curriculum). Im Vergleich zu 2004 (43 Prozent) ist das eine deutliche Verschlechterung (»Abb. 2), jedoch eine leichte Verbesserung im Vergleich zum Jahr 2007 (22 Prozent). Zwischen den einzelnen Versorgungsstufen besteht ein deutliches Gefälle. Während es Häusern der Grund- und Regelversorgung nur in 19 Prozent gelingt, eine strukturierte Weiterbildung anzubieten, existiert diese immerhin bei ca. einem Dritteln der Schwerpunkt- und Maximalversorger und 43 Prozent der Universitätskliniken (»Tab. 3).

Weiterbildungskultur und Personalentwicklung

Die Frage, ob Standard-Operationen theoretisch erklärt oder besprochen werden, bejahen nur ca. die Hälfte der Umfrageteilnehmer (»Tab. 4). Hier war kein Unterschied zwischen Versorgungshäusern und Universitätskliniken sowie zwischen den Jahren 2004 bis 2009 zu erkennen. Durchschnittlich 63 Prozent der antwortenden Assistenten sind mit den Lehrassistenzen durch Ober- und Chefärzte in ihrer Klinik unzufrieden, in Maximalversorgungshäusern geht es in dieser Beziehung Assistenzärzten am besten (42 Prozent zufrieden).

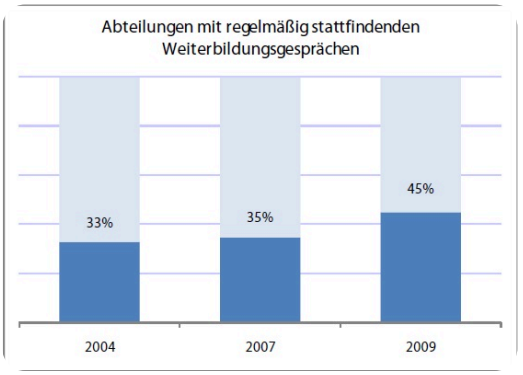


Abb 3: Häufigkeit von regelmäßigen Weiterbildungsgesprächen

	2004			2007			2009		
Frage	Ja	Nein	Antw.	Ja	Nein	Antw.	Ja	Nein	Antw.
Werden bei Ihnen Operationen theoretisch erklärt oder besprochen?	47%	53%	552	48%	52%	468	52%	48%	801
Sind Sie mit Art und Häufigkeit der Lehrassistenzen in Ihrer Weiterbildungsstätte zufrieden?	39%	61%	550	31%	69%	464	37%	63%	798
Gibt es bei Ihnen Operationen, die nur bestimmte Oberärzte oder der Chef selbst ausführen, die für Ihre WB aber wichtig wären?	67%	33%	547	72%	28%	465	73%	27%	800
Führt Ihr Chef mit Ihnen regelmäßig ein Gespräch über Ziele und Fortgang Ihrer Weiterbildung?	33%	67%	549	35%	65%	466	45%	55%	801
Ich habe das Gefühl, mein Krankenhausträger interessiert sich für die Weiterbildung seiner Mitarbeiter.	18%	82%	568	18%	82%	480	18%	82%	830
Der Träger interessiert sich für den Fortschritt meiner Weiterbildung.	10%	90%	515	13%	87%	483	20%	80%	842
Der Träger bindet die Weiter- und Fortbildung seiner Mitarbeiter in die eigene Unternehmensstrategie ein.	9%	91%	548	9%	91%	484	13%	87%	847

Tab 4: Weiterbildungskultur und Personalentwicklung

Die Einteilung zu Weiterbildungsoperationen empfinden nur 38 Prozent der teilnehmenden Assistenzärzte als fair und transparent. Hier ergaben sich wie oben keine nennenswerten Änderungen zu den Vorjahren.

Deutlich häufiger als früher werden Weiterbildungsgespräche geführt. 45 Prozent der Umfrageteilnehmer kennen regelmäßige Weiterbildungsgespräche als Instrument der Personalführung (»Tab. 4), wobei diese Gespräche in Maximalversorgungshäusern und Universitätskliniken bei jedem Zweiten stattfinden (je 51 Prozent) im Vergleich zu 46 Prozent in Schwerpunkt- sowie 40 Prozent in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung.

Das Interesse der Krankenhausträger an der Weiterbildung seiner jungen ärztlichen Mitarbeiter scheint konstant niedrig zu sein. Nur 18 Prozent geben an, dass sich ihr Arbeitgeber für die Weiterbildung der eigenen Mitarbeiter interessiert, und lediglich 20 Prozent meinen, dass beim Arbeitgeber Interesse an einem Fortschritt der Weiterbildung besteht. Entsprechend selten wird die Weiter- und Fortbildung von Mitarbeitern als Teil der Unternehmensstrategie des Unternehmens Krankenhaus verstanden (13 Prozent).

Einsatz von Logbüchern

Weiterbildungsgespräche können durch die Nutzung von Weiterbildungs- und Logbüchern optimiert werden. Heute setzen bereits 77 Prozent der Assistenzärzte in Weiterbildung Logbücher zur Dokumentation ein, wobei bei einem Drittel der Arbeitgeber das Logbuch stellt (»Abb. 4). Das ist eine erfreuliche Entwicklung, laut Berufsverband der Deutschen Chirurgen sind bundesweit mehr als 6.000 Logbücher im Einsatz.

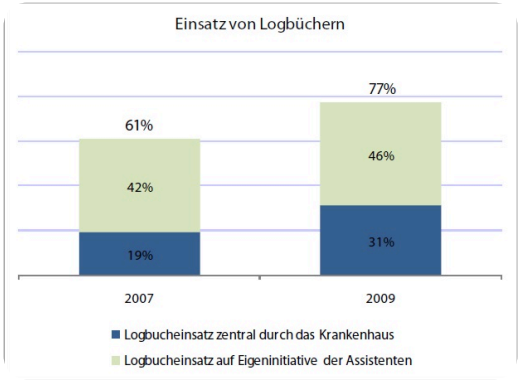


Abb 4: Einsatz von Logbüchern zur Dokumentation der Weiterbildung

Weiterbildungspotential der Klinik

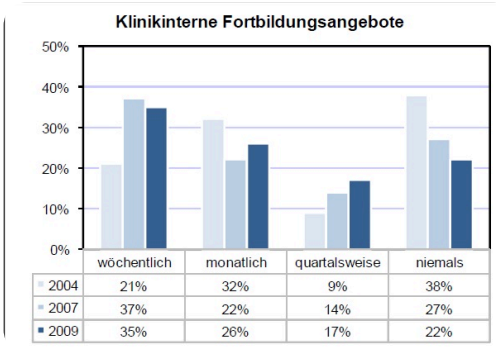
Nur bei 57 Prozent der Umfrageteilnehmer werden alle am Folgetag zu operierenden Patienten hinsichtlich Operationsindikation und Eingriffsplanung in einer täglichen Indikationskonferenz diskutiert. Regelmäßige Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen existieren mittlerweile bei jedem Zweiten, in 20 Prozent der Kliniken wird ein Fehlermeldesystem (z.B. CIRS) genutzt. Nur in 23 Prozent der Kliniken werden alle verstorbenen Patienten regelmäßig besprochen (»Tab. 5).

	2004			2007			2009		
Frage	Ja	Nein	Antw.	Ja	Nein	Antw.	Ja	Nein	Antw.
Gibt es eine tägliche Indikationskonferenz, auf der die zu operierenden Patienten nach Indikation und OP-Methode besprochen werden?	52%	48%	515	51%	49%	461	57%	43%	806
Gibt es eine Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz?	20%	80%	535	43%	57%	466	50%	50%	809
Werden alle verstorbenen Patienten besprochen?	23%	77%	535	20%	80%	464	23%	77%	807
Gibt es regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen an Ihrer Weiterbildungsstätte?	62%	38%	533	73%	27%	465	78%	22%	808
Erhalten Sie für externe Fortbildung finanzielle Unterstützung?	39%	61%	529	65%	35%	463	71%	29%	797
Müssen Sie für Fortbildungen Urlaub nehmen?	36%	64%	533	30%	70%	465	8%	92%	802

Tab. 5: Klinikinternes Weiterbildungspotential und Fortbildung

Fortbildung, Kongresse und Seminare

Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen innerhalb der Klinik finden bei 78 Prozent der Befragten statt (»Abb. 5), wobei hier Maximalversorger und Universitätskliniken ihren Mitarbeitern deutlich mehr bieten (86 Prozent bzw. 90 Prozent).



	wöchentlich	monatlich	quartalsweise	niemals
2004	21%	32%	9%	38%
2007	37%	22%	14%	27%
2009	35%	26%	17%	22%

Abb 5: Angebot klinikinterner Fortbildung

Etwas mehr als die Hälfte der Umfrageteilnehmer (52 Prozent) gibt an, wenigstens einmal jährlich eine externe Fortbildungsveranstaltung besuchen zu dürfen (»Abb. 6). 71 Prozent der befragten Kollegen erhalten für den Besuch externer Seminare oder Kongresse finanzielle Unterstützung und nur noch 8 Prozent der Antwortenden müssen dafür ihren Urlaub einsetzen (»Tab. 5).

Diskussion

Die Qualität von Weiterbildungsprogrammen ist international sowohl in der Chirurgie als auch in anderen Fachdisziplinen aus verschiedenen Gründen Thema der Diskussion [6, 13, 14, 15]. Sowohl in Westeuropa als auch in den USA sind dabei, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau, ökonomische und gesundheitspolitische Zwänge [16] sowie arbeitsrechtliche Fragen die entscheidenden Auslöser [17, 18, 19, 20].

Analyse der Entwicklung von 2004 bis 2009

Vorliegende Analysen zur Weiterbildung in Deutschland zeigten qualitative Defizite in Weiterbildungsprogrammen auf und skizzierten eine weit verbreitete Unzufriedenheit der betroffenen Ausbildungsassistenten [21, 4].

Mit der vorliegenden Umfrage soll die Qualitätsentwicklung der Weiterbildung in der deutschen Chirurgie begleitet und analysiert werden. In die Auswertung gingen 1076 Antworten ein, was aus methodischen Gründen (mehrkanalige Ansprache, anonyme Umfrage) einem geschätzten Rücklauf von ca. 30 Prozent entspricht.

Rücklauf und Verteilung nach Versorgungsstufen entsprechen vorangegangenen Erhebungen des BDC aus den Jahren 1997 [22], 2004 [4] und 2007 [23]. Die Umfrageergebnisse bieten damit ein valides Stimmungsbild hinsichtlich der gefühlten Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland.

Weiterbildungszeit

Hinsichtlich der Weiterbildungszeit ergaben sich im Vergleich zu 2007 kaum Verbesserungen. Lediglich in Häusern der Maximalversorgung kam es zu einer leichten Verbesserung, die Hälfte der Assistenten schafft die Facharztqualifikation in 6 Jahren. In Universitätskliniken schaffen dies nur 38 Prozent.

Die Ursachen für dieses schlechte Ergebnis sind sicher vielschichtig, hier spielt das Arbeitszeitgesetz ebenso eine Rolle wie die zusätzliche Belastung durch Forschung und Lehre in den Universitäten.

Weiterbildungsstruktur

Die zentrale Forderung der neuen Weiterbildungsordnung, in den Kliniken eine strukturierte Weiterbildung einzuführen, ist nicht umgesetzt worden. Voraussetzung für die Vergabe einer Weiterbildungsermächtigung ist die Vorlage eines Curriculums bei der zuständigen Ärztekammer. Es soll den Weiterbildungsgang skizzieren und adaptiert an die lokalen Möglichkeiten darstellen, wann ein Assistenzarzt an welche Prozeduren und Operationen herangeführt wird.

Die Ergebnisse der aktuellen Umfrage sind wie in 2007 ernüchternd. Nur 27 Prozent der Assistenzärzte erkennen eine Struktur in ihrer Weiterbildung. 2004 waren es immerhin noch 43 Prozent der Umfrageteilnehmer. Insbesondere kleinere Häuser scheinen hier den verpflichtenden Vorgaben der WBO organisatorisch oder ökonomisch

nicht folgen zu können.

Berufsverbände und Fachgesellschaften könnten diese Lücke schließen und die betroffenen Kliniken mit der Erstellung von Muster-Curricula unterstützen.

Weiterbildungskultur

Als Indikatoren für die Weiterbildungskultur von Kliniken bieten sich Feedbackgespräche sowie die theoretische Besprechung operativer Eingriffe, das Angebot an Lehrassistenzen und klinikinterne Fortbildungen an.

Während sich die Zufriedenheit über Lehrassistenzen nur gering verbessert hat (»Tab. 4), sind bei anderen Indikatoren durchaus Verbesserungen zu erkennen. So finden Weiterbildungsgespräche heute bei knapp der Hälfte der Assistenzärzte statt (»Abb. 3), Logbücher werden bei drei viertel der Antwortenden zur Dokumentation der Weiterbildung eingesetzt.

Auch das Angebot klinikinterner Fortbildungen hat sich verbessert, nur noch ein Fünftel kennt keine regelmäßigen Fortbildungen (»Abb. 5). Auch die externe Fortbildung wird von den Abteilungen und Krankenhausträgern unterstützt. So klagt nur noch ein Fünftel der Antwortenden über mangelnde Teilnahmemöglichkeiten (»Abb. 6). Drei viertel aller Assistenzärzte erhalten heute finanzielle Unterstützung für den Besuch von Seminaren und Kongressen, nahezu jeder erhält jährlich 3 bis 5 freie Tage für die Fortbildung (»Tab. 5).

Klinikinternes Weiterbildungspotential

Jeder Klinikbetrieb bietet im Arbeits-alltag eine Vielzahl von Weiterbildungsmöglichkeiten. (Röntgen-)Besprechungen, Indikationskonferenzen und Tumorboards ermöglichen es gerade jungen Kollegen, Patienten und Fallgeschichten zu präsentieren und die interkollegiale Zusammenarbeit zu vertiefen.

Tägliche Indikationskonferenzen finden jedoch nur bei etwas mehr als der Hälfte der Kollegen statt. Die Rate an klinikinternen Komplikationskonferenzen (M&M-Konferenzen) hat dagegen mit 50 Prozent der Umfrageteilnehmer deutlich zugenommen. Tumorboards gibt es sogar bei ca. 73 Prozent der befragten Kollegen, ebenfalls eine deutliche Zunahme im Vergleich zu den Vorjahren.

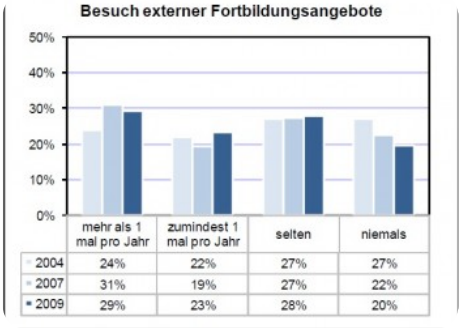


Abb 6: Teilnahmemöglichkeit bei externen Fortbildungen

Die aktive Einbindung von Assistenzärzten in diese Konferenzen schult nicht nur die interkollegiale und interdisziplinäre Zusammenarbeit, sondern auch die Fehlerkultur. Sie sind deshalb auch für die Herausbildung einer kritischen Selbstreflexion ebenso unentbehrlich wie Fehlermeldesysteme, die bereits in 20 Prozent der Kliniken genutzt werden.

Arbeitszeit

Die Einführung und strikte Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes hat in vielen Kliniken zu Neueinstellungen geführt. Trotzdem ist die Personaldecke dünn und der Ausfall eines oder zweier Kollegen kann oft nicht mehr kompensiert werden.

Chirurgische Assistenzärzte arbeiten heute nach den 820 ausgewerteten Antworten dieser Frage im Durchschnitt 61,5 Stunden pro Woche (»Abb. 7). Dies deckt sich bis auf wenige Stunden mit der erhobenen durchschnittlichen Wunsch-Arbeitszeit von knapp 59 Stunden. 53 Prozent der befragten Assistenzärzte nehmen an einer Opt-out-Regelung teil.

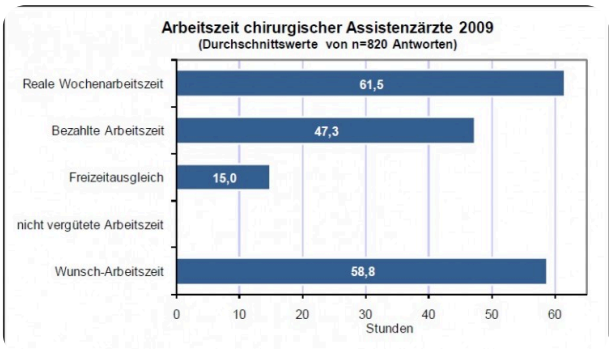


Abb 7: Arbeitszeiten chirurgischer Assistenzärzte

Erfreulich ist, dass dieser Aufwand vollständig in Gehalt oder Freizeit abgegolten wird. Das war 2007 noch deutlich anders, im Schnitt 4,4 Arbeitsstunden pro Woche wurden nicht vergütet.

Limitierung der Umfrageergebnisse

Die Studie kritisch reflektierend muss festgestellt werden, dass die erhaltenen Ergebnisse ausschließlich die Sicht der chirurgischen Weiterbildungsassistenten sowie junger Fachärzte in Deutschland widerspiegeln. Dass auch auf Assistentenseite Mängel bestehen können, ist bekannt und soll hier nicht verschwiegen werden. So können engagierte und flexible chirurgische Assistenten auch heute eine exzellente Weiterbildung erhalten. Dazu gehören Konsequenz und Mut, im Zweifelsfall ist auch ein Stellenwechsel zu erwägen.

Schließlich zwingt uns die gewählte Umfragemethodik dazu, die Aussagen zu relativieren und darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse primär ausschließlich in der Population der Umfrageteilnehmer korrekt sind.

Schlussfolgerungen

Im Vergleich zu früheren Erhebungen zeigen sich erste Fortschritte in der Qualität der chirurgischen Weiterbildung. Leidiglich ein strukturierter Weiterbildungsgang findet sich nach wie vor nur in einem Viertel der Kliniken.

Auch wenn nur die knappe Hälfte der Assistenzärzte innerhalb der Mindestzeit von 6 Jahren die Facharztqualifikation erwirbt, schafft es der überwiegende Teil zwischen dem 6. und 7. Weiterbildungsjahr (Durchschnitt sind 75 Monate).

Gleichzeitig unterstützen die Abteilungen und Träger die Weiterbildung durch klinikinterne Fortbildungsmaßnahmen und die bessere Ausnutzung des vorhandenen Weiterbildungspotentials. In über 70 Prozent der Kliniken gibt es interdisziplinäre Konferenzen und Tumorbords, in knapp 80 Prozent der Häuser regelmäßige Fortbildungen.

Der Besuch externer Fortbildungen wird unterstützt, sowohl finanziell, als auch durch bezahlte Fortbildungstage. Hier setzt sich der bereits 2007 erkannte Trend fort. Weiter- und Fortbildung lohnt sich nicht nur für den einzelnen Arzt, sondern auch für den Arbeitgeber.

Die strikte Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes zeigt in vielen Kliniken erhebliche Wirkung. Erfreulich aus Assistentensicht ist, daß jede geleistete Arbeitsstunde mittlerweile bezahlt oder in Freizeit ausgeglichen wird. In der Chirurgie ist eine 60-Stundenwoche immer noch Realität und wird es wohl auch bleiben. Dies wünscht sich auch die Mehrheit der Assistenzärzte.

Die registrierten Fortschritte sind jedoch weder Anlaß zu Euphorie, noch zum Nachlassen der Bemühungen um eine hohe Weiterbildungsqualität. In über der Hälfte der Klinken werden vom Chefarzt oder seinem Vertreter regelmäßig Weiterbildungsgespräche geführt, nur in einem Viertel der Abteilungen existiert ein Weiterbildungscurriculum. Der breite Einsatz von Logbüchern ist erfreulich, aber weder ein Garant für eine gute Weiterbildung, noch der Ersatz für eine neue Führungskultur, deren wesentlicher Teil die Weiter- und Fortbildung als Kern der Personalentwicklung ist.

Ein Umdenken ist auch bei den Krankenhausträgern erforderlich. Die finanzielle und materielle Unterstützung von Weiter- und Fortbildung dient nicht nur der Entwicklung des eigenen Personals, sondern stärkt die Leistungsfähigkeit und die Qualität des Unternehmens Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund ist Weiter- und Fortbildung in Zeiten zunehmenden Konkurrenzdruckes ein Wettbewerbsfaktor, und hat einen festen Platz in der Unternehmensstrategie des modernen Krankenhauses.

Autorenerklärung

Die gesamte Erhebung wurde durch die BDC Service GmbH, eine Tochter des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, finanziert.

Literatur

1. Ansorg J, Krones C. J, Schröder W, Leschber G, Ochel U-A (2008): Auftakt der Kam-pagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“, Der Chirurg BDC 2008, Bd. 2: M 52-53
2. Nur Mut! Kein Durchschnittsjob:ChirurgIn. Pressemitteilung des BDC, 15.01.2008
3. Polonius M.-J (2007): Personalentwicklung gewinnt an Bedeutung. Chirurg BDC 2007, Bd. 5: M 146
4. Ansorg J, Fendrich V, Polonius M-J, Rothmund M, Langer P (2005): Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland. Dtsch med Wochenschr 130: 508-513
5. Grillo HC (1999): To impart this art: The development of graduate surgical education in the United States. Surgery 1999; 125:1-14
6. Kaiser LR, Mullen JL (2004): Surgical education in the new millennium: the university perspective Surg Clin North Am 2004; 84:1425–39
7. Joint Committee on Higher Surgical Training (JCHST, 2003): A Manual of Higher Surgical Training in the UK and Ireland. 8th report 2003, http://www.jchst.org/
8. Wijnhoven B, Watson D, van den Ende E (2008): Current Status and Furtre Perspective of General Surgical Trainees in the Netherlands. World J Surg 32: 119-124
9. Lehrjahre sind keine Herrenjahre: PJ-Umfrage 2007. http://www.thieme.de/viamedici/medizinstudium/pj/umfrage07.htm
10. Ansorg J (2006): Logbuch und Leistungsdokumentation in der chirurgischen Weiterbildung in Meßmer K, Jähne J, Neuhaus P (Hrsg.): Was gibt es Neues in der Chirurgie? ecomed Verlag Landberg; Bd 2006: XXVII, 1-16
11. Ansorg J, Krones CJ, Schröder W (2006): Logbuch und Leistungsdokumentation in der chirurgischen Weiterbildung. Der Chirurg BDC 10, 2006, M314-315
12. Ansorg J, Krones CJ, Schröder W (2007): Strukturierte Weiterbildung und Einsatz von Logbüchern. Der Chirurg BDC 11, 2007, M124-127
13. Bestmann B, Rohde V, Wellmann A, Küchler T (2004): Berufsreport 2003 – Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. Dtsch Arztebl 2004; 101:A 28–32
14. Dumon KR, Traynor O, Broos P, Gruwez JA, Darzi AW, Williams NN, Surgical education in the new millennium: the European perspective Surg Clin North Am 2004; 84:1471–91
15. Morris JB Graduate Surgical Education: A New Beginning. Surg Clin North Am 2004; 84:xv–xv
16. Mayer H, Wehrmann U (2003): Perspektiven ärztlich-chirurgischer Weiterbildung in einer sich wandelnden Gesundheitslandschaft. Der Chirurg BDC 2003; Bd. 5: M150-3
17. Ihse I, Hagelund U (2003): The Swedish 40-hour workweek: How does it affect surgical care? Surgery 2003;134: 17-18
18. Killelea BK, Chao L, Scarpinato V, Wallack MK. The 80-hour workweek. Surg Clin North Am 84 2004; 84:1557–72
19. chrem H, Mahlke L, Machtens S, Hagl C (2002): 48-Stunden-Woche im Krankenhaus – Bedrohliche Konsequenzen in den chirurgischen Fächern. Dtsch Ärztebl. 2002; 99:1268-72
20. Todd BA, Resnick AD, Stuhlemmer R, Morris JB, Mullen J (2004): Challenges of the 80-hour resident work rules: collaboration between surgeons and nonphysician practitioners. Surg Clin North Am 2004; 84:1573-86
21. Fendrich V. Weichenstellung im Studium. Chirurg BDC 2004; Bd. 8: M 232-4
22. Mayer H, Ansorg J, Scholz O (1998): Auswertung der Fragebogenaktion an chirurgische Assistenten des BDC. Der Chirurg BDC 1998; Bd. 3: 93-4
23. Ansorg J., Schröder W., Krones C.J., Krüger M., Hennes N., Langer P., Lindhorst E. (2008): Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland. Der Chirurg BDC 2008, Bd. 8: 292 – 297
24. Osenberg D., Rusche H., Huenges B., Klock M., Weismann N., Huenges J., Tillmann Th. (2009): Zukunftsplanung der Kollegen von morgen. Vortrag gehalten auf dem 23. Chirurgentag 2009
25. Bauer H. (2009): Neue Impulse für die chirurgische Weiterbildung. Der Chirurg BDC 2009, Bd. 12, im Druck.