

BDC|Assistentenumfrage 2005: Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland



Der Arztberuf besitzt in Deutschland wegen der ständig gestiegenen Arbeitsbelastung nicht mehr die Attraktivität wie noch vor 10 oder 20 Jahren [10]. Eine wachsende Zahl von jungen Ärzten sucht nach Alternativen im nichtkurativen Bereich [7,12,14,16,22,28]. 2001 waren in den USA erstmals Weiterbildungsplätze in der Chirurgie unbesetzt [8], ein Problem, das wir in Deutschland schon länger kennen. Im Dezember 2002 gab es nach einer Umfrage des BDC in 28 % der chirurgischen Kliniken unbesetzte Assistentenstellen (interne Umfrage BDC).

Wo sind die Gründe hierfür zu suchen? Was macht das Fach Chirurgie vermeintlich so unattraktiv? Aus der Sicht der Chirurgen gibt es auf diese Frage mehrere Antworten. Wenn man sich die Ergebnisse einer Umfrage unter Chirurgen vom Jahr 2003 anschaut [26], spielen lange Arbeitszeiten, kaum Ausgleich nach Bereitschaftsdiensten und fehlende Pausen eine Rolle. Auch die Zunahme arztfremder Tätigkeiten im Routineablauf führt zur Unzufriedenheit junger Assistenten, da diese Aufgaben regelhaft auf sie abgewälzt werden. Der tägliche Zeitaufwand für die Dokumentation in der Chirurgie wird auf 2:42 Stunden pro Arzt und Arbeitstag geschätzt [9]. Anstelle einer klar strukturierten und vor allem für den Assistenten planbaren klinischen Weiterbildung, werden die jungen Assistenten gerne dazu benutzt, personelle Lücken zu stopfen. Folge ist Frustration und die Verlängerung der Weiterbildungszeit. Negativen Einfluss auf die Gestaltung der Weiterbildung hat auch die zunehmende Ökonomisierung der Medizin im DRG-Zeitalter und der strukturelle Wandel in der Krankenhauslandschaft [27].

Schließlich wirken sich auch die Mindestmengenregelungen negativ oder zumindest bremsend auf die chirurgische Weiterbildung aus [13, 23]. In einer Umfrage unter deutschen Ärztinnen und Ärzten 2003 gaben bereits 21,3 % der befragten Chirurgen an, ihre Weiterbildung nicht in der vorgesehenen Zeit abschließen zu können [24]. Anstelle einer klar strukturierten Weiterbildung mit festgelegten Weiterbildungszielen und Guidelines, wie in den USA [15] und England [17], haben viele Assistenten das Gefühl, den Launen der Chef- und Oberärzte ausgeliefert zu sein [12]. 55,1 % der von Rohde et al. [25] Befragten gaben außerdem an, dass wissenschaftliche Tätigkeit und Lehre außerhalb der Regeldienstzeiten stattfindet. Auch der Besuch von Seminaren, Kongressen und Kursen ist aus Zeit- und Personalmangel nur im Urlaub möglich und wird viel zu selten aktiv unterstützt. So werden Dienstreisen nur selten genehmigt und Kosten müssen vorgestreckt oder selbst gezahlt werden [12].

Ziel der vorliegenden Umfrage unter Assistenten in chirurgischen Kliniken war eine Standortbestimmung der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland 2004. Auf Basis der Ergebnisse sollen Empfehlungen und Instrumente zur Verbesserung der chirurgischen Weiterbildungsqualität entwickelt und eingeführt werden, die Weiterbilder und Assistenten bei ihren Bemühungen um eine bessere Organisation unterstützen.

Methoden

Zur Erhebung der derzeitigen Weiterbildungssituation wurde von chirurgischen Assistenten, Aus- und Weiterbildern gemeinsam ein umfangreicher Fragebogen entwickelt und zwischen dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Lehrakademie Müller-Osten abgestimmt. Die Umfrage wurde in vom Juni 2003 bis Juni 2004, durchgeführt. Im Heft 11/2003 der Zeitschrift „Der Chirurg BDC“ wurden Hintergrund und Ziele der Umfrage in einem Artikel dargestellt und der Fragebogen abgedruckt [1]. Der genaue Aufbau und Wortlaut des Fragebogens sowie die detaillierte Auswertung kann auf der Homepage des BDC (www.bdc.de) eingesehen werden.

Zusätzlich wurden die Fragebogen auf allen Facharztseminaren des BDC verteilt und in Vorträgen auf die Bedeutung der Umfrage sowie mögliche Konsequenzen hingewiesen. Ergänzend wurde allen 750 Seminarteilnehmern des Jahres 2003 der Fragebogen im Dezember 2003 per Post zugesandt. Im Januar 2004 wurden alle chirurgischen Assistenten, die zu diesem Zeitpunkt Mitglied des BDC waren, erneut per E-Mail auf die Umfrage hingewiesen und um Teilnahme gebeten. Weiterhin wurde im gesamten Zeitraum auf den Internetseiten des BDC auf die Umfrage hingewiesen und ein Link zum Antwortformular geschaltet. Die Fragebogen konnten anonym per Post oder Fax an den BDC zurück gesendet werden oder im Internet bei BDC|Online (www.bdc.de) anonym beantwortet werden. Für die Datensammlung und primäre Auswertung wurde BDC|Poll, ein an die Anforderungen des BDC angepasstes Online-Umfragetool auf Basis des internetbasierten, kommerziellen Marktforschungsinstrumentes „zoomerang“ 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. Deshalb wurde die Zielgruppe über verschiedene Kanäle und mehrfach angesprochen, und die Antworten wurden anonym behandelt. Die Nachteile dieser

Herangehensweise wurden bewusst in Kauf genommen, auch wenn die Aussagekraft der Ergebnisse dadurch limitiert ist. Es ist nicht bekannt, wie viele chirurgische Assistenten den Fragebogen tatsächlich erhalten haben. Deshalb kann keine NonResponder-Analyse durchgeführt und die Antwort-Rate nur geschätzt werden. Einen ungefähren Anhalt für die Berechnung der Antwort-Rate bietet die Mitgliederstruktur des BDC, da alle Umfrageaktivitäten vom BDC ausgingen und somit vornehmlich BDC-Mitglieder erreicht wurden. Zum 31.12.2004 waren 1597 chirurgische Weiterbildungsassistenten Mitglied des BDC.

Die über den gesamten Umfrage Zeitraum eingegangenen und ausgewerteten 584 Antworten würden einer Rücklaufquote von 36,6 % in Bezug auf die Mitglieder des BDC entsprechen; abzüglich der Antworten von Fachärzten für Chirurgie wäre dies eine Rücklaufquote von 30,7 %. Nicht jeder Teilnehmer beantwortete alle 55 Fragen des Fragebogens. Im Durchschnitt standen für die Auswertung jeder Frage jedoch mehr als 500 Antworten zur Verfügung. Zur besseren Übersicht werden bei der Darstellung der Ergebnisse deshalb auch die Anzahl der ausgewerteten Antworten für jede Fragestellung angegeben.

Ergebnisse

Teilnehmerstruktur

Der größte Anteil an Antworten (44 %) kam von erfahrenen chirurgischen Assistenten, die sich im 5. oder 6. Weiterbildungsjahr zum Facharzt für Chirurgie befanden. Jeweils 20 % der Teilnehmer waren jüngere Assistenten im 1. – 4. Jahr der Weiterbildung bzw. Kollegen, welche die empfohlene Weiterbildungszeit von 6 Jahren bereits überschritten hatten. 16 % der Antworten kamen von Fachärzten für Chirurgie. 50 % der antwortenden Kollegen arbeiten in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, die andere Hälfte der Antworten wurde von Kollegen aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen eingereicht (25 % Schwerpunktversorgung, 17 % Maximalversorgung, 8 % Universitätskliniken).

Weiterbildungszeit

Durchschnittlich gaben 58 % der chirurgischen Assistenten an, die Facharztqualifikation in dem durch die Weiterbildungsordnung vorgegebenen Mindestzeitraum von 6 Jahren zu erreichen. In Versorgungskrankenhäusern waren dies ca. 60 % der Assistenten, in Universitätskliniken nur 43 % (Abb. 1).

Weiterbildungsstruktur

Die Umfrageteilnehmer wurden befragt, ob es in ihrer Klinik eine grobe organisatorische Struktur für die chirurgische Weiterbildung, z. B. ein Rotationsprogramm, gibt. Dies wurde nur von 43 % der Antwortenden bejaht. Zwischen den einzelnen Versorgungsstufen besteht ein deutliches Gefälle. Während es Häusern der Grund- und Regelversorgung nur in 38 % gelingt, eine strukturierte Weiterbildung anzubieten, existiert diese in 58 % der Universitätskliniken (Tabelle 1).

Tabelle 1

Existiert eine grobe Struktur für Weiterbildung in Ihrer Klinik, z. B. ein Rotationssystem? Oder ist anderweitig geregelt, in welchem Jahr Sie an welche Fähigkeiten (Operationen) herangeführt werden?					
	KH-GR	KH-SP	KH-Max	KH-Uni	gesamt
Ja	98	55	46	25	224
	38 %	42 %	53 %	58 %	43 %
Nein	157	77	40	18	292
	62 %	58 %	47 %	42 %	57 %
Gesamt	255	132	86	43	516
KH-GR = Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, KH-SP = Krankenhaus der Schwerpunktversorgung KH-Max = Krankenhaus der Maximalversorgung KH-Uni = Universitätsklinik					

Weiterbildungskultur und Personalentwicklung

Weitere Fragen betrafen die praktische Tätigkeit junger Chirurgen und die Rolle des verantwortlichen Arztes als Weiterbilde (Tabelle 2). Die Frage, ob Standard-Operationen vor dem Eingriff theoretisch erklärt oder besprochen werden, beantworteten 46 % der Umfrageteilnehmer mit „Ja“, wobei hier kein Unterschied zwischen Versorgungshäusern und Universitätskliniken zu erkennen war. Durchschnittlich 61 % der Befragten waren mit den Lehrassistenzen durch Ober- und Chefärzte in ihrer Klinik unzufrieden, wobei die Unzufriedenheit in Universitätskliniken mit 77% am größten war. In 41 % der Kliniken führte der Chef selbst gar keine Lehrassistenzen durch, wobei hier die Personalstärke eine wesentliche Rolle spielt. In großen Maximalversorgungshäusern und Universitätskliniken führte der Chefarzt nach Angaben der Teilnehmer noch seltener Lehrassistenzen durch („nein“ bei 60 % bzw. 56 %). Bei 67 % der Umfrageteilnehmer wurden Operationen, die für den Ausbildungskatalog des Assistenten wichtig wären, durch Oberärzte oder den Chef durchgeführt. Das spiegelt sich auch in den Operationszahlen der Assistenten wider. Eine Zusammenstellung der selbstständig durchgeführten Operationen wesentlicher Eingriffe des Weiterbildungskataloges ist in Abb. 2 zusammengefasst. Nur 33 % der Umfrageteilnehmer kennen regelmäßige Weiterbildungsgespräche als Instrument der Personalführung aus ihrer Klinik, wobei diese in kleinen Häusern noch häufiger stattfinden als in Maximalversorgungshäusern und Universitätskliniken (36 % im Vergleich zu 27 % bzw. 28 %).

Tabelle 2

Weiterbildungskultur und Personalentwicklung			
Frage	Ja	Nein	Antworten
Werden bei Ihnen Operationen theoretisch erklärt oder besprochen?	47 %	53 %	552
Sind Sie mit Art und Häufigkeit der Lehrassistenzen in Ihrer Weiterbildungsstätte zufrieden?	39 %	61 %	550
Führt Ihr Chef selbst Lehrassistenzen durch?	59 %	41 %	526
Gibt es bei Ihnen Operationen, die nur bestimmte Oberärzte oder der Chef selbst ausführen, die für Ihre WB aber wichtig wären?	67 %	33 %	547

Führt Ihr Chef mit Ihnen regelmäßig ein Gespräch über Ziele und Fortgang Ihrer Weiterbildung?	33 %	67 %	549
Ich habe das Gefühl, mein Krankenhausträger interessiert sich für die Weiterbildung seiner Mitarbeiter.	18 %	82 %	568
Der Träger interessiert sich für den Fortschritt meiner Weiterbildung.	10 %	90 %	515
Der Träger bindet die Weiter- und Fortbildung seiner Mitarbeiter in die eigene Unternehmensstrategie ein.	9 %	91 %	548

Nur 18 % der Befragten gaben an, dass sich ihr Arbeitgeber für die Weiterbildung seiner Mitarbeiter interessiere, lediglich 10 % meinten, dass beim Arbeitgeber Interesse am Fortschritt der Weiterbildung besteht. Entsprechend selten wird die Weiter- und Fortbildung von Mitarbeitern als Teil der Unternehmensstrategie des Unternehmens Krankenhaus verstanden (9 %), wobei der Anteil bei privaten Trägern mit 15 % etwas höher ist.

Weiterbildungspotential der Klinik

Nur bei 52 % werden alle am Folgetag zu operierenden Patienten hinsichtlich Operationsindikation und Eingriffsplanung in einer täglichen Indikationskonferenz diskutiert. Regelmäßige Mortalitäts- und Morbiditäts(M & M)-Konferenzen existieren bei lediglich 20 % der Umfrageteilnehmer, und nur bei 23 % werden alle verstorbenen Patienten klinikintern regelmäßig besprochen (Tabelle 3).

Tabelle 3

Klinikinternes Weiterbildungspotential und Fortbildung			
Frage	Ja	Nein	Antworten
Gibt es eine tägliche Indikationskonferenz, auf der die zu operierenden Patienten nach Indikation und OP-Methode besprochen werden?	52 %	48 %	515
Gibt es eine Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz?	20 %	80 %	535
Werden alle verstorbenen Patienten besprochen?	23 %	77 %	535
Gibt es regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen an Ihrer Weiterbildungsstätte?	62 %	38 %	533
Ich habe das Gefühl, mein Krankenhausträger interessiert sich für die Weiterbildung seiner Mitarbeiter.	18 %	82 %	568
Erhalten Sie für externe Fortbildung finanzielle Unterstützung?	39 %	61 %	529
Müssen Sie für Fortbildungen Urlaub nehmen?	36 %	64 %	533

Fortbildung, Kongresse und Seminare

Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen innerhalb der Klinik gaben nur 62 % der antwortenden Assistenten an (Maximalversorger und Universitätskliniken 74 % bzw. 93 %). Mehr als die Hälfte (54 %) wurden nie oder nur selten zum Besuch externer Veranstaltungen (nationale und regionale Chirurgenkongresse, Seminarveranstaltungen des BDC etc.) angehalten. 61 % der befragten Kollegen erhielten für den Besuch externer Seminare oder Kongresse keine finanzielle Unterstützung, und 36 % mussten für diese Veranstaltungen Erholungsurlaub einreichen.

Diskussion

Analysen zur Facharztweiterbildung in Deutschland zeigten qualitative Defizite in Weiterbildungsprogrammen auf und skizzierten eine weit verbreitete Unzufriedenheit der betroffenen Ausbildungsassistenten [12,19,20,24]. Verbesserungen der bestehenden Weiterbildungsstrukturen und eine Anpassung an die Erfordernisse eines modernen Krankenhauses sind jedoch nur in Kenntnis des Status quo möglich. Die vorliegende Studie sollte hierfür eine Standortbestimmung bieten. In die Auswertung der umfangreichen Fragebogenaktion gingen 584 anonyme Antworten von chirurgischen Assistenten ein. Dies entspricht ca. einem Drittel der im BDC organisierten Weiterbildungsassistenten. Die statistischen Einschränkungen der Studie wurden zugunsten einer höheren Antwortrate durch konsequentes Anonymisieren in Kauf genommen. Rücklauf sowie Verteilung der Antworten nach Versorgungsstufen des Heimatkrankenhauses entsprechen einer ähnlichen Erhebung des BDC aus dem Jahr 1997 [20].

80 % der Befragten waren zum Zeitpunkt der Umfrage chirurgische Assistenten mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung oder junge Fachärzte für Chirurgie. Trotz der relativen Minderpräsenz von Antworten aus Universitätskliniken kann man nach Meinung der Autoren die erhobenen Ergebnisse als weitestgehend repräsentativ für eine Standortbestimmung der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland erachten. Das Umfrageergebnis zur Weiterbildungsdauer muss differenziert gewertet werden. In Hochschulkliniken verlängert sich die Zeit bis zur Erlangung der Facharztqualifikation unter anderem durch die Tätigkeit in Forschung und Lehre. Allerdings scheint sicher, dass es dort ebenso wie in den Versorgungskrankenhäusern organisatorische Defizite gibt, die für die Verlängerung der Weiterbildungszeit verantwortlich sind.

Hierzu gehören Engpässe in der Rotation durch die verschiedenen Abteilungen und Organisationsmängel in der Weiterbildung (57 %) ebenso wie ein zu geringes oder zu spezialisiertes OP-Aufkommen [13]. Dies führt dazu, dass häufig Weiterbildungsengriffe von Chef- und Oberärzten durchgeführt werden (bei 67 %) oder am eigenen Haus gar nicht angeboten werden. Durch Zentrenbildung und High-Volume-Hospitäler wird dieser Trend in den kommenden Jahren weiter verstärkt [29]. Ein wichtiger Ansatz zur Lösung dieses Problems sind Assistenten-Austauschprogramme, wie in Krankenhausverbünden bereits heute praktiziert, oder die Assistentenaustauschbörse des BDC [21]. Eine weitere Möglichkeit wäre die obligate Rotation durch Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen, z.B. zwischen Universität und Häusern der Grund- und Regelversorgung, wie sie die Schweizer Weiterbildungsordnung vorschreibt [11]. Erfahrungsgemäß verhalten sich die Defizite in der Organisation der Weiterbildung umgekehrt proportional zur Versorgungsstufe der Krankenhäuser [20].

Trotzdem erreichen 60 % der Assistenten in Versorgungshäusern die Facharztqualifikation in der empfohlenen Zeit, was lediglich 43 % ihrer Kollegen aus der Universität gelingt. Die Ergebnisse der Umfrage von Rohde et al. zeichnen 2003 für die Chirurgie ein noch etwas besseres Bild, da dort nur 21 % der Befragten angaben, nicht in der vorgegebenen Zeit den Facharzt ablegen zu können [24]. Über die Qualität der chirurgischen Weiterbildung gibt der Zeitraum bis zum Erreichen der Facharztqualifikation allein keine Auskunft. Die theoretische Besprechung operativer Eingriffe sowie das Angebot an Lehrassistenzen sind bessere Qualitätsindikatoren, ebenso das Angebot an klinikinternen Fortbildungen.

Während operative Eingriffe unabhängig von der Versorgungsstufe in weniger als der Hälfte der Häuser theoretisch erläutert werden, ist das Angebot an Lehrassistenzen in Universitätskliniken noch schlechter, als es in Krankenhäusern der anderen Versorgungsstufen bereits ist. Die praktischen und operativen Fähigkeiten junger Chirurgen werden während der Weiterbildung zum Facharzt offenbar nur suboptimal entwickelt, was sich auch in der geringen Anzahl selbstständig durchgeführter Eingriffe niederschlägt. Zu einem guten Weiterbildungsklima gehören regelmäßige Feedback-Gespräche zwischen Weiterbilder und Assistent. Hier soll Erreichtes kritisch reflektiert und Ziele für künftige Weiterbildungsabschnitte fixiert werden. Junge Mitarbeiter erfahren durch diese Gespräche eine Wertschätzung und können trotz

Arbeitszeitgesetz und ökonomischen Zwängen positiv motiviert werden. Dieses einfache Instrument der Personalführung und Mitarbeitermotivation wird seit vielen Jahren in einigen chirurgischen Kliniken genutzt: Weiterbildungsassistenten der Universitätsklinik Mannheim haben zur Zeit der Klinikleitung durch Prof. Trede bereits ein „Logbuch“ geführt, auf dessen Grundlage regelmäßige Zielvereinbarungen und Standortbestimmungen stattfanden.

Das Interesse des Arbeitgebers an der Entwicklung des eigenen Personals scheint gering zu sein. Offenbar erkennen erst wenige Krankenhausträger, dass gut qualifizierte und hoch motivierte ärztliche Mitarbeiter zum Stammkapital eines erfolgreichen „Gesundheitsbetriebes“ gehören. Ein Umdenken scheint sich lediglich bei privat geführten Kliniken abzuzeichnen, die die Weiter- und Fortbildung ihrer Mitarbeiter bereits zu 15 % zum Teil der Unternehmensstrategie erklären (Durchschnitt aller Häuser: 9 %). Arbeitsrechtliche und ökonomische Zwänge beschränken häufig die Möglichkeiten von Chefarzten und Abteilungen zur Verbesserung des Weiterbildungsangebotes. Dieses Faktum lässt sich nicht leugnen und nur bedingt durch engagierte Chefarzte ändern. So ist es verständlich, dass ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung oft kein Rotationssystem anbieten kann und allein das Spektrum der Klinik keine allumfassende Weiterbildung gewährleistet. Allerdings bietet gerade der Routinebetrieb chirurgischer Abteilungen eine Fülle von Möglichkeiten für eine fachlich und qualitativ hochwertige, praxisorientierte Weiterbildung. Insofern waren auch die Umfrageergebnisse enttäuschend, die eine unzureichende Nutzung des klinikinternen Weiterbildungspotentials dokumentieren.

Die kritische Reflexion der eigenen Leistung und der offene Umgang mit Fehlern im Team ist eine wesentliche Eigenschaft des kompetenten und professionell agierenden Chirurgen. Sie fördert die Qualität der ärztlichen Leistung und schafft Vertrauen in der Öffentlichkeit [18]. Diese selbstreflektierende Haltung kann durch kontinuierliche professionelle Entwicklung (CPD – continuing professional development) ausgebildet werden und sollte in Kliniken von allen Mitarbeitern praktiziert werden [3]. Der kontinuierliche und professionelle Austausch mit erfahrenen Kollegen in der täglichen Routinearbeit ist die Grundlage für eine effektive Facharztweiterbildung. Für chirurgische Assistenten bedeuten Indikations- sowie M&M-Konferenzen konzentrierte Weiterbildung. Sie dienen gleichzeitig der Schulung einer professionellen Haltung sowie von Kommunikationsfähigkeiten und Qualitätsmanagement. Angesichts der Verantwortung gegenüber unseren Patienten ist die Integration von Indikations- und M&M-Konferenzen in den Routinebetrieb jeder chirurgischen Abteilung zu fordern.

Ebenso liegt es in der Verantwortung der chirurgischen Abteilungsleiter und des Krankenhausträgers, klinikinterne Weiter- und Fortbildungsangebote zu schaffen. Große Häuser können durch ihre Personalkräfte und finanzielle Mittel mehr Angebote generieren als kleine Abteilungen. Allerdings ist es auch kleineren Krankenhäusern mit geringem finanziellem Budget möglich, ihren Mitarbeitern qualitativ hochwertige interne Fortbildung anzubieten. Klinikinterne kurze Weiterbildungen in Form von Vorträgen erfahrener Kollegen zur Durchführung von Standardeingriffen sind nur eine Möglichkeit. Hinzu kommen die Chancen der Nutzung von moderner Informationstechnologie und neuen Medien [2,5]. Die Studie kritisch reflektierend muss festgestellt werden, dass die Ergebnisse ausschließlich die Sicht der chirurgischen Weiterbildungsassistenten sowie junger Fachärzte in Deutschland widerspiegeln.

Die Antworten geben nur eine Stichprobe wieder und lassen aufgrund der Anonymität eine statistische Auswertung in letzter Konsequenz nur bedingt zu. Dass auch auf Assistentsseite Mängel bestehen, 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, da im Zweifelsfall der Stellenwechsel dem „Ausharren“ vorzuziehen ist und das offene Gespräch mit dem Weiterbilder gesucht werden muss. Hinzu kommt, dass sich der Assistent aufgrund des steigenden Spezialisierungsdruckes, der bereits in der Weiterbildungsordnung 2003 seinen Niederschlag gefunden hat, frühzeitig über seine beruflichen und persönlichen Ziele klar werden und diese im Sinne einer stringenten Karriereplanung mit seinem Weiterbilder kommunizieren muss. Nur so haben beide Seiten eine Grundlage für Zielvereinbarungen und stringente Personalentwicklung.

Folgerungen

Die chirurgische Weiterbildung in Deutschland weist deutliche qualitative und strukturelle Mängel auf. Diese liegen zum einen im sich wandelnden Gesundheitssystem, der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin und den Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes begründet. Zu einem großen Teil handelt es sich jedoch auch um „hausgemachte“ Probleme, die auch „im Haus“ abgestellt werden können. Weiterbilder und Assistenten gleichermaßen sind angehalten, den Wandel zu einer besseren Weiterbildungskultur in die eigenen Hände zu nehmen. Hierzu gehören regelmäßige Weiterbildungsgespräche mit Feedback in beide Richtungen ebenso wie die konsequente Nutzung des klinikinternen Weiterbildungspotentials, z.B. Indikationsbesprechungen und M&M-Konferenzen. Ebenso selbstverständlich sollten regelmäßige Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen in den Kliniken angeboten werden, unter Einbeziehung klinikinterner Kompetenz und der neuen Medien [6]. Die chirurgische Weiterbildung in vielen Kliniken bedarf einer curricularen Strukturierung unter Einbeziehung von Rotationsprogrammen. Die neue Weiterbildungsordnung für das Gebiet Chirurgie und die im GMG fixierte Fortbildungspflicht bieten eine gemeinsame Basis, die wir als Chance für eine Modernisierung der chirurgischen Weiter- und Fortbildung sehen [4].

Sie geben lediglich das Ziel vor, es liegt in der Hand der chirurgischen Fachgesellschaften und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, den Weg zum Erreichen dieses Zieles mit konkreten Empfehlungen und Instrumenten zu gestalten. Hierzu gehört die gemeinsame Entwicklung von Logbüchern, die gleichzeitig Grundlage für Weiterbildungsgespräche und Zielvereinbarungen sein sollen. Ein Umdenken ist auch bei Krankenhausträgern erforderlich. Die finanzielle und materielle Unterstützung von Weiter- und Fortbildung dient nicht nur der Entwicklung des eigenen Personals, sondern stärkt Leistungsfähigkeit und Qualität des Unternehmens Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund wird Weiter- und Fortbildung in Zeiten zunehmenden Konkurrenzdruckes zum Wettbewerbsfaktor und erhält einen festen Platz in der Unternehmensstrategie des modernen Krankenhauses.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- In der Hälfte der deutschen Kliniken bestehen organisatorische und strukturelle Probleme in der chirurgischen Weiterbildung.
- Durch Ausnutzung des klinikinternen Weiterbildungspotentials und die Einführung von Logbüchern kann die Qualität der chirurgischen Weiterbildung gesteigert werden.
- Weiterbilder und Krankenhausträger sollten verstärkt Interesse für die Weiterbildung ihrer Mitarbeiter entwickeln und diese aktiv fördern.
- Zur Entwicklung einer neuen Weiterbildungskultur sollten regelmäßig Feedback-Gespräche zwischen Weiterbilder und Assistent geführt werden.

Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. Ursachen für eine zunehmende Abwanderung junger Ärzte in den nichtkurativen Bereich und ins Ausland sind unter anderem in qualitativ defizitärer Weiterbildung zu suchen. Ziel dieser Studie war eine Evaluation des Ist-Zustandes der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland aus der Sicht der Weiterbildungsassistenten.

Methoden. Von Assistenten und chirurgischen Weiterbildern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) wurde ein umfangreicher Fragebogen erarbeitet und zwischen Juni 2003 und Juni 2004 an chirurgische Assistenten verschickt, in den Mitteilungen des BDC publiziert sowie auf Facharztseminaren des BDC verteilt. Die Fragebogen konnten anonym an den BDC zurückgesandt oder im Internet beantwortet werden.

Ergebnisse. Die Rücklaufquote der Umfrage (n=584) wurde auf 30 % geschätzt. 58 % der chirurgischen Assistenten gaben an, die Facharztreihe in der Regelzeit von 6 Jahren zu erreichen. Eine Struktur für die Weiterbildung, z. B. ein Rotationsprogramm, gab es nur bei 43 % der Umfrageteilnehmer. Standard-Operationen wurden vor dem Eingriff bei 46 % der Teilnehmer erklärt. 61 % der jungen Chirurgen waren mit den Lehrassistenten durch Weiterbilder unzufrieden, wobei die Unzufriedenheit in Universitätskliniken mit 77 % am größten war. Nur bei 33 % der Umfrageteilnehmer fanden regelmäßig Weiterbildungsgespräche statt. 18 % gaben an, dass sich ihr Arbeitgeber für die Weiterbildung seiner Mitarbeiter interessiert. Tägliche Indikationskonferenzen fanden nur bei 52 % statt, regelmäßige Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen lediglich bei 20 %. Fortbildungsveranstaltungen innerhalb der Klinik fanden bei 62 % der Umfrageteilnehmer statt. 61 % erhielten für den Besuch externer Seminare oder Kongresse keine finanzielle Unterstützung, und 36 % mussten dafür zusätzlich Erholungsurlaub einreichen.

Schlussfolgerungen. In mindestens 50 % der Kliniken, aus denen uns Antworten erreichten, existieren unzureichende Weiterbildungsstrukturen. Eine dringliche gemeinsame Aufgabe ist die Entwicklung von Empfehlungen zur Gestaltung und Strukturierung der chirurgischen Weiterbildung, die Einführung von Logbüchern und die Nutzung von Feedback- und Rotationsprogrammen.

Literatur via passion_chirurgie@bdc.de



Peter Langer

Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Klinikum der Philipps-Universität
Baldingerstraße
35043 Marburg