

Z Herz-Thorax-Gefäßchir 2008 · 22:170–176
DOI 10.1007/s00398-008-0632-6
Online publiziert: 6. Mai 2008
© Springer Medizin Verlag 2008

H. Görler¹ · C. Hagl¹ · A. Hoffmeier²

für die Kommission für Nachwuchsförderung sowie Weiter- und Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

¹ Abteilung für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie, Medizinische Hochschule Hannover, BRD

² Klinik und Poliklinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Münster, BRD

Vorgestellt bei: DGTHG 2008 Innsbruck

Fazit der Nachwuchsumfrage 2007: Weiterbildung verbessern – Zukunftsperspektiven schaffen!

Einleitung

Vom zunehmenden Nachwuchsmangel in vielen Bereichen der Medizin ist auch die Herzchirurgie nicht verschont geblieben. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Neben einem allgemeinen Attraktivitätsverlust des Arztberufs spielen finanzielle Erwägungen sowie ein Wertewandel bezüglich des Stellenwerts von Familie und Freizeit eine entscheidende Rolle. Veränderte Rahmenbedingungen, wie die zunehmende Ökonomisierung der Medizin, gesetzlich reglementierte Arbeitszeiten sowie begrenzte Karrieremöglichkeiten treiben viele ambitionierte Studenten in andere Bereiche.

Einer Umfrage des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) zufolge ist das Interesse für Chirurgie unter den Medizinstudenten derzeit eher gering. Interessieren sich zu Beginn des Studiums noch knapp 20 % für Chirurgie, sind es am Ende nur noch 5 %. Bezeichnenderweise ist das Interesse für Chirurgie umso geringer, je besser der Student ist [1]. Dabei ist die Chirurgie und insbesondere die Herzchirurgie ein Fachgebiet, das durchaus be-

sondere Ansprüche an jeden Arzt stellt. Neben handwerklichem Geschick und theoretischen Kenntnissen wird ein hohes Maß an Verantwortung gefordert. Die Zukunft der Herzchirurgie steht und fällt mit den Ärzten, die sich für diesen Fachbereich entscheiden. Daher ist es essenziell, diejenigen Faktoren aufzudecken und (so weit möglich) zu beheben, die für den Attraktivitätsverlust unseres Fachgebiets verantwortlich sind.

Vor diesem Hintergrund wurde im Herbst letzten Jahres erneut eine Nachwuchsumfrage der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) durchgeführt. Seit den letzten Umfragen in den Jahren 2003 und 2005 [2, 3] hat sich einiges getan: dazu zählt die Einführung der neuen Weiterbildungsordnung, die Abschaffung des AIP, die Umsetzung des EuGH-Urteils sowie die Unterzeichnung neuer Tarifabschlüsse. Ziel dieser Umfrage war es, einen aktuellen Überblick über die Situation der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie in Deutschland zu bekommen.

Methoden

An die Abteilungsleiter aller herzchirurgischer Kliniken in Deutschland wurden Fragebögen mit der Bitte um Weitergabe an die Assistenzärzte versandt. Eine direkte Adressierung der Assistenzärzte (per Post oder E-Mail) war aufgrund der fehlenden Erfassung nicht möglich. Die Bögen wurden in der Geschäftsstelle der DGTHG gesammelt und durch die Autoren erfasst und statistisch ausgewertet. Der fünfseitige Fragebogen umfasste demographische Daten, Angaben zu Weiterbildung, klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit, Arbeitszeit, Arbeitsklima und Attraktivität des Fachgebiets. Zu verschiedenen Fragen konnten auch freie Kommentare erfasst werden.

Ergebnisse

Demographische Daten

An der Umfrage haben sich insgesamt 230 herzchirurgische Assistenzärzte beteiligt. Nach einer Hochrechnung der DGTHG arbeiten zurzeit etwa 650 Assistenzärzte in

Tabelle 1

Demographische Daten

	n	%
Teilnehmer	230	
Geschlecht		
m	169	73,5
w	55	23,9
k.A.	6	2,6
Alter		
< 30	49	21,3
30–40	131	57,0
40–50	35	15,2
> 50	7	3,0
k.A.	8	3,5
Institution		
Universität	133	57,8
öffentlich	8	3,5
privat	38	16,5
konfessionell	20	8,7
kommunal	17	7,4
k.A.	14	6,1
Familienstand		
verheiratet	117	50,9
ledig	109	47,4
k.A.	4	1,7
Kinder		
ja	100	43,5
nein	126	54,8
k.A.	4	1,7
Position in der Klinik		
Assistenzarzt für Herzchirurgie	165	71,7
für Thoraxchirurgie	7	3,0
für Gefäßchirurgie	8	3,5
Rotand	9	3,9
FA für Herzchirurgie	34	15,2
FA anderer Bereiche	18	7,8
Wissenschaftler	11	4,8
Forschungsassistent	2	0,9
k.A.	3	3,0
Vertragsdauer		
befristet	162	70
unbefristet	52	23
k.A.	16	7
Angestrebte FA Qualifikation		
Herzchirurgie	163	70,9
Thoraxchirurgie	30	13,0
Gefäßchirurgie	20	8,7
Allgemeinchirurgie	6	2,6
WBSP Thorax	11	4,8
WBSP Gefäß	7	3,0
ZSB Intensiv	52	22,6
andere	14	6,1
Jahre in der Klinik¹	5,0	(1–26)
Wochenstunden¹	60,0	(32–110)
Arbeitsklima²		
Verhältnis zum Chef	2,1	
zu den Oberärzten	2,0	
zu den Kollegen	2,0	
zum Pflegepersonal	2,0	

FA Facharzt, WBSP Weiterbildungsschwerpunkt, ZSB Zusatzbezeichnung

¹ Median (Bereich)

² 1 (sehr zufrieden) – 5 (nicht akzeptabel)

Abb. 1 ► Weiterbildungsjahr der Teilnehmer

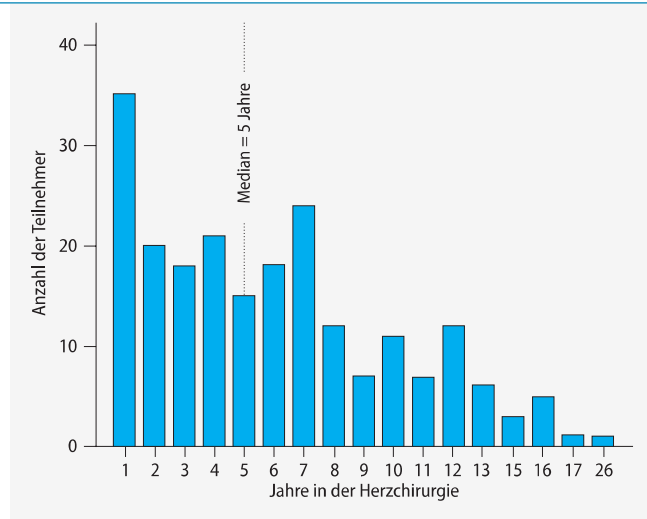
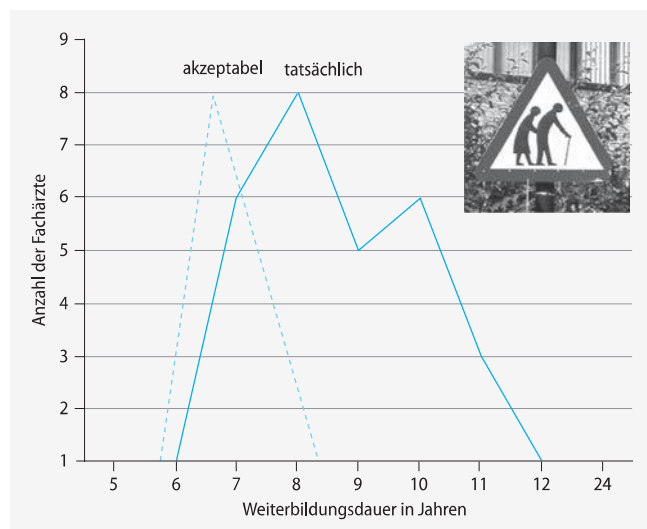


Abb. 2 ► Akzeptable und tatsächliche Weiterbildungsdauer



allen herzchirurgischen Kliniken in Deutschland, daraus ergibt sich eine Beteiligung von ca. 35 %. Die demographischen Daten sind in **■ Tabelle 1** zusammengefasst. Die überwiegende Anzahl der Teilnehmer war männlich (75 %). Das durchschnittliche Alter lag bei 30 bis 40 Jahren. Bezüglich der Institutionen fällt eine Universitätslastigkeit auf, so kamen 58 % der Antworten aus Universitätskliniken, der Rest verteilte sich auf private (17 %), konfessionelle (9 %), kommunale (7 %) und öffentliche Häuser (3 %). 51 % der Teilnehmer waren verheiratet, 43 % hatten Kinder. Dabei fiel im Vergleich der männlichen und weiblichen Ärzte auf, dass 58 % der männlichen Kollegen verheiratet waren und 50 % Kinder hatten. Während unter den weiblichen Kollegen nur 29 % verheiratet waren und 24 % Kinder hatten.

Unter den Teilnehmern waren 165 Assistenten in Weiterbildung zum Herzchi-

rurgen, 34 waren bereits FA für Herzchirurgie, die übrigen verteilten sich auf die Bereiche Thorax- und Gefäßchirurgie sowie Forschung. Auch 9 Rotanden beteiligten sich an der Umfrage. Insgesamt hatten 92 % der Befragten einen (Weiterbildungs-)Vertrag für Herzchirurgie. Thorax- und Gefäßchirurgie waren jeweils mit 4 % vertreten. Die durchschnittliche Vertragsdauer belief sich auf 2 Jahre. Lediglich 23 % der Kollegen hatten einen unbefristeten Vertrag. Die angestrebte Facharztqualifikation war bei 163 Assistenten der Facharzt für Herzchirurgie, 30 Kollegen haben sich für Thoraxchirurgie entschieden und 20 für Gefäßchirurgie. Bemerkenswert war der hohe Anteil der Teilnehmer, welche die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin anstrebten (n = 52). Durchschnittlich waren die Teilnehmer seit $6 \pm 4,3$ Jahren in der Klinik tätig (Median 5 Jahre, Bereich 1–26 Jahre). (**■ Abb. 1**). Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit inklusive Dienste

betrug $62 \pm 13,1$ Stunden (Median 60 Stunden). Dabei erstreckte sich der Bereich von 32 (Halbtagsstelle) bis hin zu 110 Stunden. Mit dem Arbeitsklima innerhalb ihrer Abteilung waren die meisten Befragten zufrieden. So wurde das persönliche Verhältnis zum Chef, den Oberärzten, unter den Kollegen und zum Pflegepersonal durchschnittlich mit 2 bewertet (Skala 1 für sehr zufrieden bis 5 für nicht akzeptabel).

Forschung

Eine Habilitation strebten 52 % der Befragten an. Dieser Befund resultiert aus dem hohen Anteil der Teilnehmer aus Universitätskliniken. 62 % der Befragten gaben an, durchschnittlich 5 Stunden pro Woche zu forschen. 35 % forschten hingegen gar nicht. Eine Mehrheit von 92 % übte diese Forschungstätigkeit zumindest teilweise in der Freizeit aus: 40 % gaben an, ausschließlich in der Freizeit zu forschen, mit „teils Freizeit/teils Arbeitszeit“ antworteten 52 % der Teilnehmer. Lediglich eine Minderheit von 18 % der forschenden Kollegen gab an, für die Forschung freigestellt zu werden. 36 % der Assistenten plante einen Auslandsaufenthalt oder hatte diesen bereits absolviert. Immerhin 87 der 230 Kollegen konnten bereits auf eine oder mehrere Erstautorenschaften verweisen. Im Median wurden zwei Artikel veröffentlicht (■ **Tabelle 2**).

Weiterbildung

Zum Kernbereich der Weiterbildung wurde zunächst nach der akzeptierten und der tatsächlichen Weiterbildungsdauer gefragt. Dabei lag die tatsächliche Weiterbildungsdauer bis zum Facharzt bei durchschnittlich $9 \pm 3,2$ Jahren (Median 8,5 Jahre, Bereich 5 bis 24 Jahre). Als durchschnittliche Weiterbildungsdauer, die als noch akzeptabel empfunden wurde, gaben die Teilnehmer 6,5 Jahre an (■ **Abb. 2**).

Auf die Frage nach eigenständig durchgeführten Eingriffen mit Herz-Lungen-Maschine (HLM) gaben 115 Assistenten, also etwa die Hälfte der Teilnehmer, an, noch keine einzige Operation durchgeführt zu haben! Wie oben bereits ausgeführt, befanden sich die Kollegen im Median im 5. Jahr ihrer Weiterbildung, also

Z Herz-Thorax- Gefäßschir 2008 · 22:170–176
DOI 10.1007/s00398-008-0632-6
© Springer Medizin Verlag 2008

H. Görler · C. Hagl · A. Hoffmeier

Fazit der Nachwuchsfrage 2007: Weiterbildung verbessern – Zukunftsperspektiven schaffen!

Zusammenfassung

Vom zunehmenden Nachwuchsmangel ist auch die Herzchirurgie nicht verschont geblieben. Das Interesse für Chirurgie ist bei den Medizinstudenten derzeit eher gering. Um die Faktoren für den Attraktivitätsverlust unseres Fachgebiets aufzudecken, wurde eine aktuelle Befragung der herzchirurgischen Assistenzärzte durchgeführt. Verglichen mit vorherigen Umfragen haben sich die demographischen Daten des herzchirurgischen Nachwuchses in den letzten Jahren kaum verändert. Auch die wissenschaftliche Ausbildung ist im Wesentlichen gleich geblieben. Wie bereits in der Vergangenheit war die lange unstrukturierte und als willkürlich wahrgenommene Weiterbildung der Hauptkritikpunkt

der Befragten. Diese Situation hat sich trotz einiger Neuerungen nicht verbessert. Im Gegenteil, die Zahl der innerhalb der Weiterbildung absolvierten Operationen ist eher noch weiter gesunken. Als weiterer Grund für den Attraktivitätsverlust der Herzchirurgie wurde der Mangel an Zukunftsperspektiven genannt. Um zukünftig wieder mehr ambitionierte Kollegen für unser Fachgebiet zu gewinnen, sind innovative Verbesserungen, vor allem im Bereich der Weiterbildung, dringend erforderlich.

Schlüsselwörter

Nachwuchsmangel · Nachwuchsfrage · herzchirurgische(s) Weiterbildung/Weiterbildungskonzept · Zukunftsperspektive

Results of the residents survey 2007: Improved surgical training and career perspectives are required!

Abstract

The increasing shortage of surgical residents now also affects the field of cardiothoracic surgery. Relatively few medical students apply for a surgical residency. In order to identify the factors that contribute to the declining attractiveness of our specialty, a current survey was performed among all residents in cardiothoracic surgery in Germany. Compared to the previous surveys demographic data were more or less the same, so were the scientific activities of the participants. The major point of criticism was still the long and unstructured surgical training, despite several changes having

already been made. In contrast, the number of surgical procedures per resident have even decreased. Another reason for the declining attractiveness of cardiothoracic surgery was the lack of career perspectives. In order to attract young and talented trainees fundamental improvements are required particularly with regard to surgical training.

Keywords

surgical training · shortage of residents · resident survey · declining attractiveness · career perspectives

Tabelle 2

Forschung		
	n	%
Angestrebte Habilitation		
ja	120	52,2
nein	99	43,0
k. A.	11	4,8
Forschungstätigkeit		
ja	143	62,2
nein	80	34,8
k. A.	7	3,0
Forschung in der Arbeitszeit		
Arbeitszeit	4	2,8
Freizeit	58	40,6
teils Arbeitszeit/teils Freizeit	77	53,9
k. A.	4	2,8
Freistellung		
ja	42	18,3
nein	179	77,8
k. A.	9	3,9
Geplanter Auslandsaufenthalt		
ja	82	35,7
nein	140	60,9
k. A.	8	3,5
Erstautorenschaften¹	1,9	(0–55)

¹ Mittelwert (Bereich)

nominell ein Jahr vor Erreichen der Facharztstufe. Innerhalb der ersten sechs Jahre der Weiterbildungszeit wurden durchschnittlich 8 (!) Operationen mit HLM durchgeführt (Median 0, Bereich 0 bis 249). **Abbildung 3** zeigt die mediane Anzahl der HLM-Eingriffe in Abhängigkeit zum Weiterbildungsjahr. Die Schwelle der innerhalb der Weiterbildungsordnung geforderten 120 „Maschinen“ wurde hier erst im 10. (!) Weiterbildungsjahr überschritten. **Abbildung 4** zeigt die Streubreiten der Operationsaktivitäten der Teilnehmer. Selbst in der Gruppe der herzchirurgischen Fachärzte lag die Anzahl der operierten Patienten bei 5 von 34 Kollegen unterhalb der geforderten Mindestanzahl von 120.

Die Zufriedenheit mit dem Weiterbildungskonzept in der Klinik wurde auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (nicht akzeptabel) mit durchschnittlich 3 bewertet, wobei lediglich 6,5% der Kollegen „sehr zufrieden“ waren und 16,5% das Weiterbildungskonzept ihrer Klinik als „nicht akzeptabel“ bewerteten (**Abbildung 3**). Auf die Frage, woran es bei der Weiterbildung mangle, wurden als vorrangige Probleme das fehlende Ausbildungs-

Abb. 3 ► **Mediane Operationszahl nach Weiterbildungsjahr**

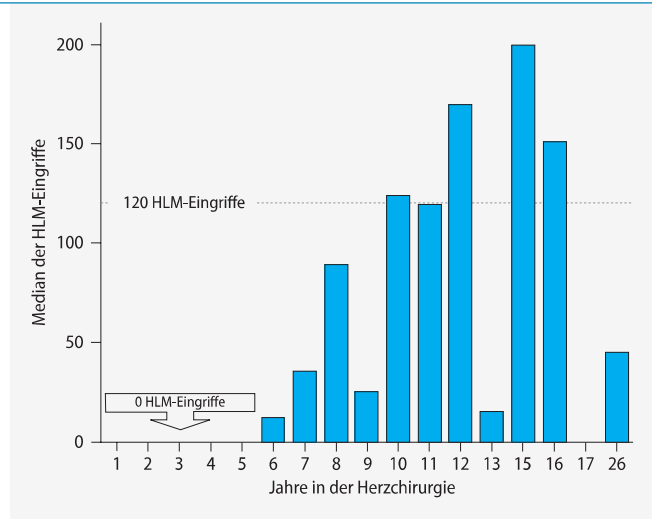
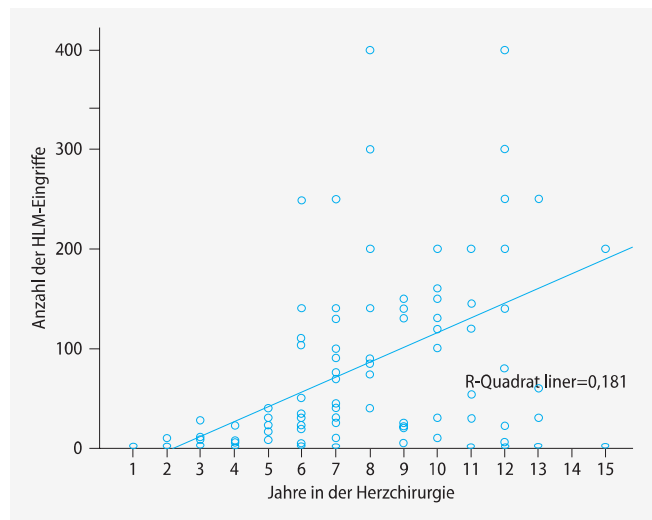


Abb. 4 ► **Einzelne Operationszahlen nach Weiterbildungsjahr**



konzept und die zu geringe Anzahl an Ausbildungsoperationen angegeben. Darüber hinaus bemängelten die Teilnehmer die hohe Arbeitsbelastung. Bereitschaft zur Mobilität zu Gunsten der Weiterbildungsqualität zeigten insgesamt 74% der Befragten. Die Förderung durch den Abteilungsleiter bewertete der Durchschnitt der Teilnehmer mit 2,8 im klinischen Bereich und 2,9 im wissenschaftlichen Bereich. Bei den Altassistenten fiel die Bewertung etwas schlechter aus mit 3,0 sowohl im klinischen als auch im wissenschaftlichen Bereich. Die Mehrheit der Befragten sah ihren Schwerpunkt im klinischen (56%), nur ein geringer Anteil ausschließlich im wissenschaftlichen Bereich (2%).

Das Logbuch Herzchirurgie wurde lediglich von 31% der Befragten zur Dokumentation der Weiterbildung verwendet. Der relative große Anteil von 14% der Befragten, der diese Frage nicht beantwortet

hat, umfasst vor allem auch diejenigen, die das Logbuch noch gar nicht kannten. Die Beschäftigung von nichtärztlichem Personal im OP, den so genannten „Surgical Assistants“, befürworteten 38% der Kollegen, eine Mehrheit von 54% lehnte diese ab. Die Umsetzung des EuGH Urteils zur Regelung der Arbeitszeit hat, laut Angaben der Befragten, hauptsächlich zu Einkommensverlust und Problemen mit der Weiterbildung geführt. Der positive Aspekt des Freizeitgewinns wurde überraschenderweise lediglich von 54 Teilnehmern genannt. Ebenso waren Neueinstellungen offensichtlich nur selten die Konsequenz.

Attraktivitätsverlust der Herzchirurgie

Wesentliche genannte Gründe für den Attraktivitätsverlust unseres Fachgebietes sind insbesondere die schlechte Weiterbildungsstruktur und fehlende Zukunfts-

Tabelle 3

Weiterbildung		
	n	%
Mängel der Weiterbildung¹		
zu wenig Ausbildungsoperationen	2,2	
fehlende Motivation zur Ausbildung	2,8	
zu viele administrative Aufgaben	2,3	
kein fixiertes Ausbildungskonzept	2,0	
unzureichende theoretische Ausbildung	2,7	
Arbeitsbelastung	2,4	
Mobilität für Weiterbildung		
ja	87	37,8
nein	45	20,8
eventuell	84	36,5
k. A.	14	6,1
Förderung durch Chefs²		
klinisch	2,8	
wissenschaftlich	2,9	
Schwerpunkt		
klinisch	131	57,0
experimentell	4	1,7
beides	80	34,8
k. A.	15	6,5
Anwendung des Logbuchs		
ja	72	31,3
nein	126	54,8
k. A.	32	13,9
Befürwortung von Surgical Assistants		
ja	88	38,3
nein	123	53,5
k. A.	19	8,3
Auswirkungen des EuGH Urteils³		
Schichtdienst	58	25,2
finanzielle Einbußen	105	45,7
Probleme mit der Weiterbildung	85	37,0
mit der Wissenschaft	39	17,0
Freizeitgewinn	54	23,5
Neueinstellungen	37	16,1

¹ 1 (stimme zu) – 5 (stimme nicht zu)

² 1 (sehr zufrieden) – 5 (nicht akzeptabel)

³ Mehrfachnennungen möglich

perspektiven (■ Abb. 5). Eine zunehmende Freizeitorientierung scheint in diesem Zusammenhang jedoch nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Als mögliche Maßnahme gegen den Nachwuchsmangel wurde an erster Stelle eine verbesserte Weiterbildung genannt. Die Delegation von nichtärztlichen Aufgaben, wie z. B. Dokumentationstätigkeiten, sowie die Einstellung von Allgemeinmediziner für die Stationsarbeit befürworteten die Teilnehmer. Als weniger geeignete Maß-

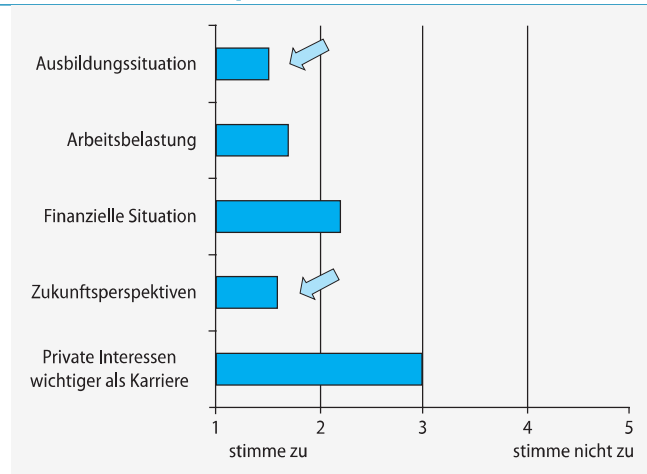


Abb. 5 ◀ Gründe für den Attraktivitätsverlust der Herzchirurgie

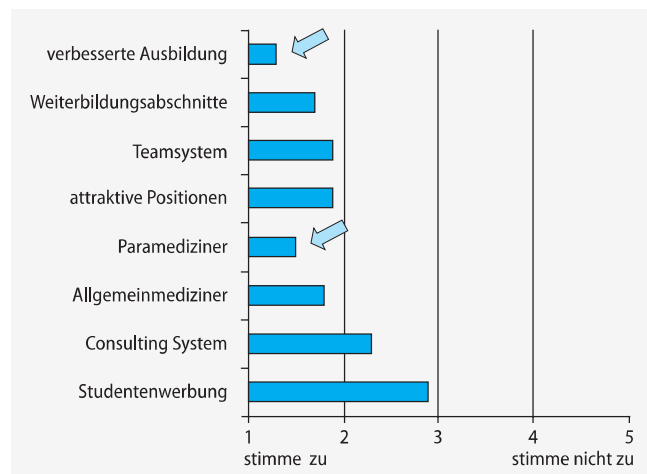


Abb. 6 ◀ Maßnahmen gegen den Nachwuchsmangel

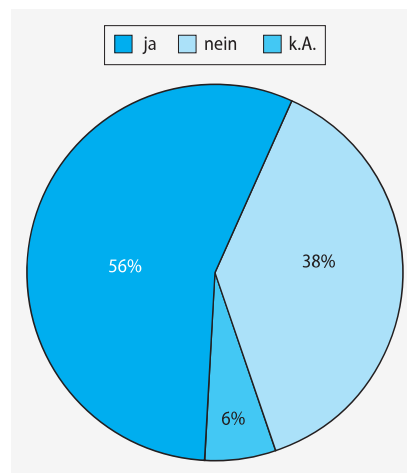


Abb. 7 ▲ Kernfrage: Alles noch einmal?

nahmen wurden die Einführung eines Consultant Systems nach angloamerikanischem Vorbild und die aktive Werbung für das Fachgebiet unter der Studentenschaft eingeschätzt (■ Abb. 6).

Auf die Frage, ob sie den eingeschlagenen Karriereweg noch einmal wählen würden, antworteten immerhin noch 56 %

der Kollegen mit „Ja“. Allerdings würden sich heute bereits 38 % der Teilnehmer gegen die Herzchirurgie entscheiden, und das bereits im durchschnittlich fünften Berufsjahr (■ Abb. 7).

Diskussion

Demographische Daten

Bei den demographischen Daten des herzchirurgischen Nachwuchses hat sich bis auf einen leicht steigenden Anteil weiblicher Kollegen (2003: 21 %, 2007: 24 %) in den vergangenen Jahren nicht viel geändert. Die antwortenden Kollegen waren etwa im selben Alter und befanden sich durchschnittlich (wie auch in den Vorumfragen) im fünften Ausbildungsjahr. Auch die Arbeitszeiten scheinen mit durchschnittlich 60 Stunden/Woche trotz des Arbeitszeitgesetzes konstant geblieben zu sein. Mit dem Arbeitsklima in ihren Abteilungen sind die meisten Kollegen nach wie vor zufrieden.

Forschung

Die wissenschaftliche Ausbildung scheint ebenfalls im Wesentlichen unverändert. Hier unterscheiden sich naturgemäß die universitären von den nichtuniversitären Einrichtungen. Forschung erfolgt weiterhin weitgehend in der Freizeit. Auch die durchschnittliche Anzahl der Erstautoren-schaften ist im Vergleich zu 2003 unverändert.

Weiterbildung

Bereits in den vorherigen Umfragen war die lange unstrukturierte und als willkürlich wahrgenommene Weiterbildung zum herzchirurgischen Facharzt der Hauptkritikpunkt. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Auch die Einführung der neuen Weiterbildungsordnung und des Logbuchs Herzchirurgie konnten die Qualität der Weiterbildung bisher jedenfalls noch nicht verbessern. Im Gegenteil: neue Reglementierungen der Arbeitszeit (EuGH Urteil) wirken sich nach Angaben der Teilnehmer zusätzlich negativ auf die Weiterbildungsqualität aus.

„Weiterbildung ist der wichtigste Punkt. Ohne eine Verbesserung der Weiterbildung wird es in Zukunft keine Bewerber mehr geben. 10 Jahre (und mehr) Weiterbildungszeit wird keinen Assistenten motivieren.“ (Aussage eines Teilnehmers)

Den Operationszahlen zufolge ist die bereits damals kritisierte klinische Ausbildung im Vergleich zu 2003 (noch) schlechter geworden: hat damals ein Assistent bis zum 6. Jahr kumulativ durchschnittlich noch 24 Eingriffe mit HLM durchgeführt, sind es aktuell noch ganze 8 Eingriffe. Die Schere zwischen der nominellen und tatsächlichen Weiterbildungszeit scheint immer mehr auseinander zu gehen. Die durchschnittliche Dauer bis zum Facharzt ist ebenfalls im Vergleich mit der letzten Umfrage von 8 auf 9 Jahre angestiegen. Wie die nach der neuen Weiterbildungsordnung gleichzeitig sogar noch gestiegenen Anforderungen des Operationskatalogs erfüllt werden sollen, erscheint vor dem Hintergrund dieser Zahlen mehr als fraglich.

Dabei scheint die fehlende Motivation zur Weiterbildung in den einzelnen Kliniken nicht der entscheidende Faktor zu sein, sondern das fehlende Weiterbildungskonzept. Möglicherweise spielen auch zunehmend ökonomische Rahmenbedingungen, wie die optimale Ausnutzung der Operationskapazitäten eine Rolle. Der Profi ist nun mal schneller als der Anfänger. Das war übrigens schon immer so, woran sich viele Profis jedoch heute nur noch ungern erinnern. (Frei nach dem Motto: Außer mir muss das jeder lernen!) Auch die zunehmende Transparenz operativer Ergebnisse der einzelnen Kliniken mag manchen Profi davon abhalten, eine Operation zu assistieren. Wobei eine gut assistierte Operation, die durch den Anfänger ausgeführt wird, zweifellos nicht zwangsläufig mit einer erhöhten Komplikationsrate einhergeht.

„Man sollte so früh wie möglich zeigen können, ob man für diesen Beruf geeignet ist. Nach einer Hinhaltenaktik von mehreren Jahren wird einem evtl. gesagt, dass man nicht zum Herzchirurgen geeignet ist.“ (Aussage eines Teilnehmers)

Als Folge dieser langen unstrukturierten und als willkürlich wahrgenommenen Weiterbildung stellen einige Kollegen erst (zu) spät fest, dass die Herzchirurgie nicht das richtige Fachgebiet für sie ist. Dabei sind gerade in einem derart spezialisierten Bereich Ausweichmöglichkeiten und Alternativen rar. Gefordert wurde daher eine klare Stellungnahme des Abteilungsleiters spätestens nach zwei Jahren, ob der jeweilige Assistenzarzt in einer absehbaren Zeit tatsächlich zum Herzchirurgen ausgebildet wird. Bezeichnenderweise haben 38 % der befragten Kollegen, die sich im Durchschnitt erst in ihrem 5. Weiterbildungsjahr befanden, angegeben, dass sie sich nicht noch ein zweites Mal für die Herzchirurgie entscheiden würden. Welch ernüchternde Bilanz für unser Fachgebiet!

„Die berufliche/persönliche Entwicklung in der Klinik ist in einem unerträglichen Maße ausschließlich vom Verhältnis zum Chefarzt abhängig (ohne Regeln und verbindliche Absprachen). Es fehlt ein konkreter Anspruch auf Ausbildung.“ (Aussage eines Teilnehmers)

Ein Hauptkritikpunkt an der derzeitigen Weiterbildung ist die fehlende Kontrollinstanz, die zur weitgehenden Abhängigkeit vom jeweiligen Abteilungsleiter führt. Viele Kollegen fordern daher eine unabhängige regelmäßige Kontrolle der Weiterbildungsaktivitäten der einzelnen Kliniken (nach angloamerikanischem Vorbild). Dabei wurde sowohl eine Kontrolle durch die DGTHG, als auch durch die Ärztekammer oder durch staatliche Institutionen in Erwägung gezogen. Hauptaugenmerk ist hierbei, dass die etablierte Kontrolle unabhängig von der jeweiligen Abteilung ist. Ebenso wird ein bindendes Ausbildungscurriculum befürwortet, dessen Nichteinhaltung zum Entzug der Weiterbildungsermächtigung führt.

Als ersten Schritt in diese Richtung wird eine größere Transparenz bezüglich der Weiterbildung gefordert. Vorgeschlagen wurden sowohl die Veröffentlichung der Weiterbildungsaktivitäten der einzelnen Kliniken (z. B. im Internet) als auch die Vergabe eines Zertifikates der DGTHG für besonders weiterbildungsfreundliche Einrichtungen. Beide Maßnahmen könnten von der jeweiligen Klinik bei entsprechend guter Bewertung der Weiterbildung auch zu Werbezwecken beim Nachwuchs verwendet werden. Eine generelle Kontrolle der Weiterbildungsaktivitäten mit entsprechenden Sanktionen ist in Deutschland bisher noch nicht geplant (wohl aber bereits im Gespräch). Wenn es dazu kommen sollte, ist eine selbst bestimmte Kontrollinstanz (z. B. durch die DGTHG) sicherlich einer fremdbestimmten Instanz vorzuziehen.

Zukunftsperspektive

Wie sich schon in den vorangegangenen Umfragen gezeigt hat, ist die Frage der Zukunftsperspektive ein wichtiger Attraktivitätsfaktor. Derzeit gibt es in Deutschland nach Angaben der Bundesärztekammer 615 berufstätige Fachärzte für Herzchirurgie, dazu kommen nochmals 86 Ärzte mit der (alten) Teilgebietsbezeichnung Kardiovaskularchirurgie. Damit verteilen sich bereits heute 700 herzchirurgische Fachärzte auf die 78 Herzzentren in Deutschland. Jährlich kommen etwa 65 weitere Fachärzte hinzu (2006: 56, 2005: 69, 2004: 62) [4]. Die Karrieremöglich-

keiten für diese Fachärzte sind jedoch begrenzt. Die Niederlassung ist innerhalb der Herzchirurgie im Gegensatz zu anderen chirurgischen Fächern eine Rarität: lediglich insgesamt 18 herzchirurgische Fachärzte (knapp 3 %) arbeiten in Deutschland im niedergelassenen Bereich [4].

Demzufolge sind alternative Karrierewege gefragt. Von entscheidender Bedeutung sind dabei die Teilbereiche der Herzchirurgie, darunter vor allem die Intensivmedizin, die Kinderherzchirurgie, die Rhythmuschirurgie und die Transplantationsmedizin. Auch bestehen in einigen Kliniken Ausweichmöglichkeiten in die Bereiche Gefäß- und Thoraxchirurgie. Diese Teilbereiche ermöglichen die Schaffung von attraktiven Positionen unterhalb der Chefarzdebene und bieten so eine zusätzliche Perspektive. Auch die Einrichtung attraktiver Nichtweiterbildungsstellen (angemessene Bezahlung, flexible Arbeitszeiten) wurde von Teilnehmern der Umfrage befürwortet, wenn diese von vornherein als solche deklariert sind.

In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass trotz des Nachwuchsmanagements 70 % der Kollegen dennoch auf durchschnittlich zwei Jahre befristete Arbeitsverträge haben. Unbefristete Verträge sind nach wie vor die Ausnahme. Für Kollegen mit Familie und Kindern in einem durchschnittlichen Alter von 30 bis 40 Jahren trägt ein befristeter Vertrag jedoch nicht zur Zukunftssicherung bei.

Limitationen der Umfrage

Einige Teilnehmer haben zu Recht bemängelt, dass die Verteilung der Bögen und oft auch die Rücksendung an die Geschäftsstelle der DGTHG über die jeweiligen Chefsekretariate erfolgte. Damit ist keine Anonymität garantiert. Dieser Weg wurde gewählt, da bisher noch keine Erfassung aller in der Herzchirurgie tätigen Assistenzärzte in Deutschland existiert. Eine E-Mail-Adresse ist bisher nur von denjenigen Kollegen vorhanden, die Mitglieder in der Gesellschaft sind. Auch ein Assistentensprecher als Ansprechpartner ist durchaus nicht in allen Kliniken vorhanden. Eine weitere Limitation der Umfrage ist die geringe Beteiligung von etwa nur 35 % der herzchirurgischen Assistenzärzte. Trotz mehrfachen telefonischen und

persönlichen Nachfragen war jedoch kein höherer Rücklauf zu erreichen. Der Vergleich der Ergebnisse mit den vorangegangenen Umfragen zeigt jedoch, dass es sich offensichtlich um eine repräsentative Auswahl handelt.

Schlussfolgerung

„Wir bitten auch um Konsequenzen aus solchen Umfragen. Bitte nicht bei Gesprächen belassen. Handeln!“ (Aussage eines Teilnehmers)

Die Attraktivität unseres Fachgebiets steht und fällt mit der dringend verbesserungswürdigen Weiterbildung. Dies sollte auch ohne Kontrollinstanzen und Sanktionen möglich sein. Die oben erwähnte freiwillige Offenlegung der Ausbildungsaktivitäten und die Zertifizierung weiterbildungsfreundlicher Kliniken könnten in Zukunft entscheidend für den Bewerberzulauf der einzelnen Kliniken sein.

„Die Herzchirurgie ist innovativ in ihrer Medizin, warum nicht auch in ihrer Ausbildung?“ (Aussage eines Teilnehmers)

Im Folgenden sind die Vorschläge der befragten Kollegen zur Verbesserung der derzeitigen Weiterbildungssituation zusammengefasst:

- strukturiertes Weiterbildungscurriculum: Erstellung durch die Nachwuchskommission der DGTHG
- Transparenz und Kontrolle der Weiterbildung: Veröffentlichung der Ausbildungsaktivitäten der einzelnen herzchirurgischen Kliniken; Zertifizierung besonders weiterbildungsfreundlicher Einrichtungen; Kontrolle

der Weiterbildung durch die Gesellschaft oder eine unabhängige Instanz

- außerklinische Weiterbildungsangebote: modulares Kursangebot begleitend zur Weiterbildung (ähnlich dem Facharztkurs)
- Perspektiven: Stärkung der Bereiche, Schaffen von attraktiven Positionen unterhalb der Chefarzdebene

Joseph Miller sagte im Rahmen eines chirurgischen Kongresses anlässlich seiner „Presidential Address“ über das Berufsbild des Herzchirurgen:

“I still believe the field of cardiothoracic surgery is a grand and glorious profession. Surgery is still fun. It is the staff of life. I think we will continue to attract the best and the brightest students as long as we educate them in the Hippocratic saying that “Life is short – but the art is long.” (Florida 2003) [5]

Mit Hilfe einiger innovativer Veränderungen, insbesondere bezüglich der Weiterbildung, können wir uns hoffentlich spätestens nach Auswertung der nächsten Nachwuchsumfrage dieser optimistischen Einschätzung anschließen.

Literatur

1. Bauer H (2007) Chirurgie in neuen Strukturen. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen 4/2007:338–347
2. Deiwick M (2005) Umfrage zur Situation des Nachwuchses an den herzchirurgischen Kliniken in Deutschland. Thorac Cardiovasc Surg;53:17–24
3. Hoffmeier A, Hagl C, Baraki H et al (2006) Zur Situation des herzchirurgischen Nachwuchses in Deutschland. Der Chirurg (BDC) 5/2006:142–144
4. Bundesärztekammer (2006) Ärztestatistik. www.bundesaerztekammer.de
5. JI Miller (2004) The complete cardiothoracic surgeon: Qualities of excellence. Ann Thorac Surg; 78:2–8

Korrespondierende Autorin



Dr. med Heidi Görler

Abt. für HTTG Chirurgie, Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, BRD
E-Mail: goerler.adelheid@mh-hannover.de

Dr. med Heidi Görler, Jahrgang 1972, studierte in Köln, Heidelberg und München Humanmedizin. Seit 1998 ist sie in der Abteilung für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover mit dem Schwerpunkt Kinderherzchirurgie tätig. Sie ist Mitglied der Nachwuchskommission der DGTHG.

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.