

Umfrage der „Jungen HNO“ zur aktuellen Situation der Weiterbildung von HNO-Ärzten

Survey on current situation in otolaryngology residency

Autoren

Ann-Kathrin Rauch¹, Katharina Heuermann², David Leffers³, Franziska Kriesche⁴, Nils Abrams⁵, Murat Yilmaz⁶, Kilian Dahlem⁷, Thomas Deitmer⁸, Andreas Dietz², Kathrin Möllenhoff⁹, Sami Shabli^{10, 11}

Institute

- 1 Klinik für Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg
- 2 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig
- 3 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck
- 4 AMEOS-Klinikum Halberstadt, Halberstadt
- 5 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck
- 6 Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim, Gemeinnützige GmbH, Rüsselsheim
- 7 Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Johanniter GmbH Waldkrankenhaus, Bonn
- 8 Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie e. V., Bonn
- 9 Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln (Geb. 55), Köln
- 10 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und plastische Kopf- und Halschirurgie, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University, Universitätsklinikum Aachen, AöR, Aachen
- 11 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

Schlüsselwörter

Weiterbildung, Fortbildung, Assistenzarzt, HNO, Feedback, Supervision

Key words

residency, further education, resident, otolaryngology, feedback, supervision

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1161-1658>

Online-Publikation: 29.4.2020

Laryngo-Rhino-Otol 2020; 99: 391–399

© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York

ISSN 0935-8943

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ann-Kathrin Rauch

HNO-Universitätsklinik Freiburg, Killianstr. 5, 79106 Freiburg
ann-kathrin.rauch@uniklinik-freiburg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Es wurden die Weiterbildungsassistenten im Fach HNO zur Situation der Weiterbildung und den Arbeitsbedingungen befragt. Die Weiterbildung ist der Schlüssel zur Ausbildung des Nachwuchses im Fachbereich.

Methoden Vom 25.04.–01.08.2019 wurden alle 691 bei der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO-KHC) registrierten Ärzte in Weiterbildung in der HNO zur anonymen Teilnahme an einer Online-Umfrage mittels SurveyMonkey® zur Situation der Weiterbildung in der HNO und den Arbeitsbedingungen eingeladen. 25 von 80 Fragen wurden zu dem Themenfeld Weiterbildungsstruktur und -qualität gestellt.

Ergebnisse Die Rücklaufquote betrug 36 % (n = 249). Die Teilnehmer attestierten ihrer Weiterbildung ein durchschnittliches Ergebnis. Hauptsächlich sehen sie Defizite in der Weiter- und Ausbildungsstruktur und -kultur mit Wunsch nach verbessertem Feedback und besserer operativer Ausbildung. Mit fortgeschrittener Weiterbildungszeit waren die Teilnehmer unzufriedener, unabhängig von Trägerschaft und Versorgungstyp.

Schlussfolgerungen Die Befragung der Weiterbildungsassistenten regt konkrete Verbesserungen der HNO-ärztlichen Weiterbildung an. Hierbei werden vorrangig die Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft zur Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildungsstruktur, strukturiertes Feedback und Supervision, transparente Rotationspläne und verlässliche Arbeitsbedingungen genannt.

ABSTRACT

Background Residents of ENT were asked about their situation in residency. A good and well structured training is the key for an attractive residency.

Methods Between April 25–August 1, 2019, 691 residents registered with the German Society of Otorhinolaryngology, Head- and Neck Surgery ENT society were invited to anonymously participate in an online survey using SurveyMonkey® on the situation of the education in ENT and their working conditions. 25 of 80 questions were asked on the topics of structure and quality of the education in residency.

Results The response rate was 36 % (n = 249). The participants attested their further training an average result. Mainly they see deficits in the further education and training struc-

ture and culture with a desire for improved feedback and improved surgical training. Participants were more dissatisfied with advanced further training time, regardless of ownership of the institution and level of care.

Conclusions The survey proposes concrete advice for improvement of ENT medical training in Germany. Suggestions

for improvement are further development of the associated training and continuing education programs in cooperation with professional associations, structured feedback and supervision as well as transparent rotation plans and reliable working conditions.

Einleitung

Ziel der vorliegenden Umfrage war es, einen aktuellen Stand zur Weiterbildungssituation und -qualität von Assistenz- und Fachärzten der HNO in Deutschland zu erfassen. Mit dieser Thematik befindet sich die Umfrage in dem Spannungsfeld zwischen Ökonomie, patientenorientierter Medizin, hochschulmedizinischen Ansprüchen und der Fort- und Weiterbildung der aktuellen Generation von HNO-Ärzten. Auf der einen Seite stehen zunehmende ökonomische Einflüsse, veränderte Strukturen der Arbeitswelt sowie unverändert hohe inhaltliche und wissenschaftsbezogene Ansprüche an den Arztberuf, und auf der anderen Seite befinden sich möglicherweise unberücksichtigte Wünsche und Bedürfnisse der Ärzte in Weiterbildung. Die Annahme einer veränderten Haltung der Ärzte in Weiterbildung in der aktuellen Debatte wird von den Betroffenen oft als ungerechtfertigt empfunden und pointiert durch Begriffe wie „Generationenkonflikt“ zwischen den Babyboomern, Generation X und Generation Y und „Work-Life-Balance“. Eine Änderung der Struktur der Arbeitswelt kann auch mit den Schlagworten Arbeitszeitverdichtung, vermehrte Bürokratie (u. a. steigende Dokumentationspflichten, DRG-System), schleppende Digitalisierung – die aufgrund der oft parallel laufenden Systeme oft zu deutlicher Mehrarbeit führt – und erhöhtem ökonomischem Druck angesichts einer zunehmenden Kostenoptimierung der medizinischen Leistungserbringer aus verschiedenen Gründen umschrieben werden [1, 2]. Mit einher geht eine veränderte Lebensweltstruktur bzw. Lebensführung, die durch eine bewusster und einfachere Auseinandersetzung der Arbeitnehmer mit ihren Arbeitsbedingungen gekennzeichnet ist. Angesichts eines zunehmenden Frauenanteils in der Medizin – oft verschlagwortet mit „Feminisierung“ der Medizin [3] – mit ca. 2/3 weiblichen Studienanfängerinnen (59 636 weibliche gegenüber 36 479 männlichen Studienanfängern im Wintersemester 2018/19, [4]) und einer angestrebten gleichberechtigten Karrieregestaltung stellen flexiblere Arbeitszeitmodelle mit Teilzeitarbeitsstellen und individuelle Vorstellungen für eine gelingende Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine nicht einfach lösbare Herausforderung dar.

Die Entwicklung der ärztlichen Arbeitswelt ist von einer steigenden psychosozialen Belastung geprägt durch die wachsende Arbeitsverdichtung einerseits und gekennzeichnet von einer veränderten, bewussten Erwartungshaltung und verändertem Rollenverständnis der Ärzte und Ärztinnen mit dadurch anderem Anspruch an Aufteilung von Arbeit und Familie andererseits [2]. Seinen Ausdruck findet dieses Spannungsfeld in der aktuellen Debatte auch im Aufruf zum Ärztestreik an den Universitätskliniken durch den Marburger Bund im Februar 2020 [5]. In der Ärztes-

schaft gibt es bei den älteren Generationen die Sorge, dass bei abnehmender Arbeitszeit im Rahmen der Dienstzeitregelungen (Arbeitszeitgesetz) und sinkender Bereitschaft der jüngeren Generation, insbesondere in der Weiterbildungszeit, sich sowohl klinisch als auch wissenschaftlich unter Einschränkung privater, persönlicher Belange überdurchschnittlich zu engagieren, das fachliche Niveau zukünftiger HNO-Fachärzte sinken könnte. Insbesondere ein Vergleich mit den USA macht deutlich, dass die ersten Jahre einer Weiterbildung zum Facharzt extrem arbeitsintensiv sind und, denkt man an das Modell des kasernierten „Intern“ im Dauerdienstmodus, auch eine drastische Reduktion des Privatlebens darstellen. Zu beobachten ist, dass eine zunehmende Zahl von jungen Ärzten eine Anstellung in Klinik oder MVZ anstreben und der freiberuflich selbstständige Arzt, insbesondere auf dem Lande, immer weniger attraktiv erscheint (Unternehmensverantwortung, keine Arbeitszeitbeschränkungen, insbesondere, wenn Hausbesuche dazukommen). Bei der Besetzung der medizinischen Spitzenpositionen (Chefarzt, Lehrstuhl) ist eine kontinuierlich sinkende Zahl qualifizierter Bewerber und eine Rückläufigkeit bei DFG-Anträgen, eingeworbenen Drittmitteln und Publikationsleistungen (Impact Factor) insbesondere in der HNO zu verzeichnen.

Trotz absolut steigender Zahlen an Ärzten ist die Erfahrung eines Ärztemangels [2] vielerorts spürbar durch Ungleichverteilung von Ressourcen im klinischen vs. ambulanten Sektor; einerseits liegt Deutschland mit 4,1 Ärzten pro 1000 Einwohner in der internationalen Spitzengruppe und auf Platz 5 von 29 OECD-Ländern, andererseits ist im Kliniksektor die Ärztedichte von 0,9 Ärzten je 1000 Belegungstagen im Krankenhaus vergleichsweise gering im Vergleich zu z. B. Dänemark (3,3 je 1000 Kliniktage [6]). Eine fachübergreifende Nachwuchsproblematik wird brisant angesichts wachsenden Durchschnittsalters der Ärzte, jedoch konstanten Studierendenzahlen bzw. Absolventenzahlen und gleichzeitig überalternder Bevölkerung. Allein zwischen 2009 und 2017 stieg die Zahl der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern von 17,8 auf 19,5 Millionen. Hinzu kommen etwa 1 Milliarde Arztkontakte jährlich in den Praxen [7]. Trotz ungebrochener Absolventenzahlen fehlt der ärztliche Nachwuchs auf dem Land und konzentriert sich mitunter als Überangebot in den städtischen Ballungszentren.

Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, die Nöte und Belange des medizinischen Nachwuchses für das Fach HNO zu kennen und daraus gezogene Konsequenzen zur Stabilisierung des qualitativ gut ausgebildeten und motivierten Nachwuchses umsetzen zu können.

Ziel dieser Umfrage war es, 1.) die aktuelle Struktur und Qualität in der HNO-ärztlichen Weiterbildung abzufragen, 2.) Indikatoren für Unzufriedenheit zu identifizieren, um diese zu verbessern und posi-

tive Aspekte weiter auszubauen und 3.) zu überprüfen, inwiefern sich die Qualitätsunterschiede in der Weiterbildung auf die Gesamtzufriedenheit des HNO-Nachwuchses auswirken. Vor der Etablierung der neuen Weiterbildungsordnung (als Musterweiterbildungsordnung verabschiedet 2018 von der Bundesärztekammer) ab 2020 ist ein aktueller Überblick über die Situation der Weiterbildung umso hilfreicher. Für andere Facharztweiterbildungen, z. B. der Neurologie, Inneren Medizin, Urologie, Augenheilkunde und Anästhesie, existieren bereits entsprechende Umfragen [8–13].

Die Umfrage wurde von der „Jungen HNO“ der DGHNO-KHC durchgeführt. Die vorliegende Publikation stellt die Gesamtauswertung dar. Zwei weitere Publikationen zu dieser Auswertung werden die Themen „Psychosoziale Belastungssituation“ und „Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit“ der Weiterbildungsassistenten adressieren.

Methoden

Die vorliegende Umfrage zur Situation der ärztlichen Weiterbildung in der HNO-Heilkunde wurde als anonyme Online-Umfrage mittels des Online-Umfrage-Tools SurveyMonkey durchgeführt (SurveyMonkey Inc., San Mateo, CA, USA). Alle bei der DGHNO-KHC registrierten Ärzte in Weiterbildung wurden per E-Mail zur anonymisierten Befragung eingeladen (n = 691). Neben der Einladung per E-Mail wurde für die Teilnahme an der Umfrage über die Medien der Jungen HNO geworben. Der Fragenkatalog der Umfrage umfasste insgesamt 80 Fragen, von denen 25 zur Qualität und Struktur der Weiterbildung gestellt wurden (vgl. Supplement). Eine Teilnahme an der Umfrage war zwischen dem 25.04.2019 und 01.08.2019 möglich. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte deskriptiv mit SPSS® Statistics Version 26 (IBM, New York, USA). Zur Analyse von Korrelationen wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman berechnet (Spearman'sches Rho); dabei wurden Werte bis 0,3 als kleine, Werte um 0,5 als mittlere und Werte über 0,7 als hohe Korrelation bewertet. Zur statistischen Hypothesenprüfung kamen der Mann-Whitney-U-Test (MWU) und der Kruskal-Wallis-Test (mit MWU-Tests zur Post-hoc-Analyse) zum Einsatz.

Grundlage des vorliegenden Fragenkatalogs war der bereits durch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) sowie der German Society of Residents in Urology (GeSRU) erarbeitete und durchgeführte Fragebogen [8–11, 13]. Dieser wurde den Autoren zur Verfügung gestellt und angepasst.

Neben den Basisdaten der Teilnehmer wurde nach ihrer Zufriedenheit mit der Weiterbildung gefragt und nach den Gründen für die Unzufriedenheit. Zur Struktur und Qualität in der Weiterbildung waren 25 Fragen integriert (Fragen 7 bis 32). Nach einer vorhandenen Struktur bzw. einem Curriculum der Weiterbildung, Feedbackgesprächen und Supervision wurde gefragt.

Ergebnisse

Das Teilnehmerkollektiv

Insgesamt nahmen 249 von 691 Personen an der Online-Umfrage teil (Rücklaufquote 36 %). Ein Überblick über das befragte Teilneh-

► **Tab. 1** Basisdaten der HNO-Ärzte in Weiterbildung.

Teilnehmer gesamt	238
Geschlecht (n = 219)	weiblich 61,6 % männlich 38,4 %
Alter (n = 219)	31,4 ± 2,98 Jahre
Jahr der Weiterbildung (n = 219)	1. Jahr: 4,1 % 2. Jahr: 11,9 % 3. Jahr: 15,1 % 4. Jahr: 22,4 % 5. Jahr: 37,4 %
Facharzt:	9,1 %
durchschnittliches Weiterbildungsjahr (n = 219)	4,05 ± 1,32
Anzahl Erwachsener (inkl. Teilnehmer) im Haushalt (n = 218)	1,74 ± 0,56 1 Erwachsener = 63 (28,8 %) 2 Erwachsene = 149 (68 %)
Anzahl Kinder im Haushalt (n = 218)	0,68 ± 0,78 0 Kinder = 150 (68,5 %) 1 Kind = 40 (18,3 %) > 2 Kinder = 24 (13,2 %)
durchschnittliche Anzahl an Wochenarbeitsstunden (n = 219)	55,45 ± 11,4

► **Tab. 2** Übersicht über Trägerschaft der Arbeitsstelle.

Trägerschaft der Arbeitgeber	%
freigemeinnützig (z. B. Kirche, Wohlfahrtsverband)	12,3
öffentlich (z. B. städtisches Krankenhaus, Universitätsklinik)	70,3
privat (z. B. Helios, Asklepios)	15,5
Praxis mit Weiterbildungsermächtigung	1,8

merkollektiv findet sich in ► **Tab. 1**. 61,6% (135) waren weiblich (► **Tab. 1**). Das mittlere Alter betrug 31,4 Jahre. Die Teilnehmer waren zu 90,9% (n = 199) Ärzte in Weiterbildung und 9,1% (n = 20) Fachärzte (die miteingeschlossenen Fachärzte waren zum Zeitpunkt der Einladung Assistenzärzte kurz vor Absolvierung der Facharztprüfung). Davon waren im 1. Weiterbildungsjahr 4,1% (9), im 2. Jahr 11,9% (26), im 3. Jahr 15,1% (33), im 4. Jahr 22,4% (49) und im 5. Jahr 37,4% (82). Im Mittel lebten 1,72 Personen im Haushalt der Befragten. Die Weiterbildungsassistenten arbeiteten im Mittel 55,45 ± 11,4 Stunden/Woche. 70,3% (154) der Arbeitgeber befanden sich in öffentlicher Trägerschaft (vgl. ► **Tab. 2**), 15,5% (34) in privater Hand, 12,3% (27) in freigemeinnütziger Trägerschaft und 1,8% (4) der Teilnehmer arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung in einer Praxis mit Weiterbildungsermächtigung (Frage 79; n = 219). Die Teilnehmer waren überwiegend mit 90,4% (198/219) deutscher Nationalität, als häufigste andere Nationalität wurde im Freitext syrisch (4) angegeben.

Hinsichtlich des Versorgungstyps (► **Tab. 3**) arbeitete die Mehrheit der Teilnehmer in einem Universitätsklinikum (47%;

► **Tab. 3** Übersicht über die Arbeitgeber hinsichtlich Versorgungsspektrum.

Versorgungstyp der Arbeitgeber	%
Krankenhaus der Grund-/Regelversorgung	10,05
Krankenhaus der Schwerpunktversorgung	10,96
Krankenhaus der Maximalversorgung (kein Universitätsklinikum)	29,22
Universitätsklinikum	47,03
andere bzw. Praxis mit Weiterbildungsermächtigung	2,74

103), gefolgt von einem Krankenhaus der Maximalversorgung (nicht Universitätsklinik) mit 29,2% (64) und 11% (24) in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung sowie 10% (22) in einem Krankenhaus der Grund-/Regelversorgung, 2,7% (6) arbeiteten in einer Praxis mit Weiterbildungsermächtigung oder anderem (Frage 80; n = 219).

62,1% (136) waren zum Zeitpunkt der Befragung kein Mitglied einer Fachgesellschaft, 31,1% (68) waren Mitglied in der DGHNO-KHC, 4,6% (10) im Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte (BVHNO), 3,7% (14) in einer regionalen HNO-Gesellschaft (Frage 78; n = 219).

Die Mehrzahl der befragten Teilnehmer arbeitete in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Niedersachsen (in dieser Reihenfolge; Frage 69; n = 219).

Zufriedenheit mit der Weiterbildung

Mit 34% (81) gab die Mehrheit der Befragten an, teils zufrieden und teils unzufrieden mit der aktuellen beruflichen Situation zu sein, 31,5% (75) waren eher unzufrieden und 24,8% (59) eher zufrieden (Frage 1; ► **Abb. 1**; n = 238). Damit lag die Anzahl der Befragten, die eher zufrieden oder sehr zufrieden mit der Weiterbildung waren, unter 30%.

Je jünger die Teilnehmer waren, desto zufriedener waren sie insgesamt (Spearman'sches Rho = 0,286; p < 0,01; n = 219). Ebenso galt: Je früher sich die Teilnehmer in der Weiterbildung befanden, desto zufriedener waren diese (Spearman'sches Rh = -0,153; p < 0,05; n = 219). Im Hinblick auf die Zuordnung zur Trägerschaft (n = 219) gab es keine statistisch signifikante Korrelation zur Zufriedenheit.

Als wesentliche Gründe für die Unzufriedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation (Frage 2; n = 238) nannten die Teilnehmer hinsichtlich der Weiterbildung eine mangelnde Qualität (subjektive Einschätzung, nicht näher spezifiziert) zu 30,25% (72) und zu 19,33% (46) eine fehlende Anleitung und/oder Supervision im Berufsalltag.

Struktur der Weiterbildung

56,3% (130) der Befragten gaben an, mit Beginn der ersten Anstellung bereits einen Vertrag über die gesamte Weiterbildungszeit bis zur Facharztreihe erhalten zu haben. Auf die Frage, ob in ihrer Abteilung eine Struktur für die Weiterbildung existiere, ant-



► **Abb. 1** Gesamtzufriedenheit mit der aktuellen Weiterbildungssituation.

wortete mit 67,5% (156) die Mehrheit der Befragten, dass ein solches Curriculum (unspezifiziert) nicht vorliege (Frage 8; n = 231). Diese Angabe war unabhängig vom Versorgungstyp (p > 0,05; Spearman'sches Rho = -0,009). Auf die Frage, ob sie die Weiterbildungsziele für realistisch hielten bzw. die Inhalte bis zum Ende der Weiterbildung absolvieren könnten, antwortete weniger als die Hälfte der Befragten mit „Ja“ (Frage 9; 40,7% bzw. 94/231 der Teilnehmer). Auch diese Angabe zeigte keinen Unterschied bezüglich des Versorgungstyps des Arbeitgebers (p > 0,05; Spearman'sches Rh = -0,026). Durch die Weiterbildungsordnung sind jährliche Mitarbeitergespräche mit dem Vorgesetzten vorgeschrieben (§ 5 (3) der neuen Musterweiterbildungsordnung in der Fassung vom 15./16.11.2018). 33,8% (78) der Teilnehmer gaben an, dass solche Gespräche jährlich stattfinden würden (Frage 10; n = 231), 48,9% (113) gaben an, dass Gespräche unregelmäßig und 17,3% (40) gaben an, dass diese gar nicht stattfinden würden. Die Mehrheit der Ärzte war der Auffassung, dass die Gespräche nicht zur Verbesserung der Weiterbildung beitragen (65,8% bzw. 152), hingegen waren 16,9% (39) der Meinung, dass diese Gespräche die Weiterbildung verbessern würden (Frage 11; n = 231). Die Teilnehmer, die angaben, dass Weiterbildungsgespräche regelmäßig stattfanden, waren auch eher der Auffassung, dass diese Gespräche die Weiterbildung verbesserten (p < 0,01; Spearman'sches Rh = 0,241).

Fortbildungsangebote in der Weiterbildung

Über die Hälfte der Teilnehmer gab an (51,5% bzw. 119), dass sie den Besuch externer Fortbildungsangebote für notwendig hielten, um Weiterbildungsziele zu erreichen, 41,6% (96) waren der Meinung, dass diese hilfreich seien und 6,9% (16) hielten diese nicht für erforderlich (Frage 12; n = 231). Dabei gaben 51,1% (118) der Weiterbildungsassistenten an, dass in ihrer Klinik wöchentliche interne Fort- und Weiterbildungen stattfinden würden, bei 23,8% (55) monatlich und bei 11,3% (26) quartalsweise (Frage 13; n = 231). Die Mehrheit gab an, dass sie externe Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen besuche: 1-mal im Jahr (32% bzw. 74), 2-mal jährlich (35,1% bzw. 81) oder mehr als 2-mal jährlich (30,3% bzw. 70); nur 2,6% (6) besuchten keine externen Fortbildungen (Frage 14; n = 231). In 43,3% (100) trugen die Befragten die Kosten hierfür selbst, in 44,6% wurden die Angebote zum

Teil vom Arbeitgeber unterstützt (103) und in 11,3% (26) komplett übernommen (Frage 15; n = 231). Die Teilnehmer waren zufriedener mit ihrer augenblicklichen beruflichen Situation, wenn regelmäßige interne Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen stattfanden ($p < 0,05$; Spearman'sches $R_h = 0,159$). In privaten Häusern und Praxen wurden häufiger Kosten für externe Fortbildungen übernommen ($p < 0,01$; Spearman'sches $R_h = 0,327$).

Supervision und Operationen in der Weiterbildung

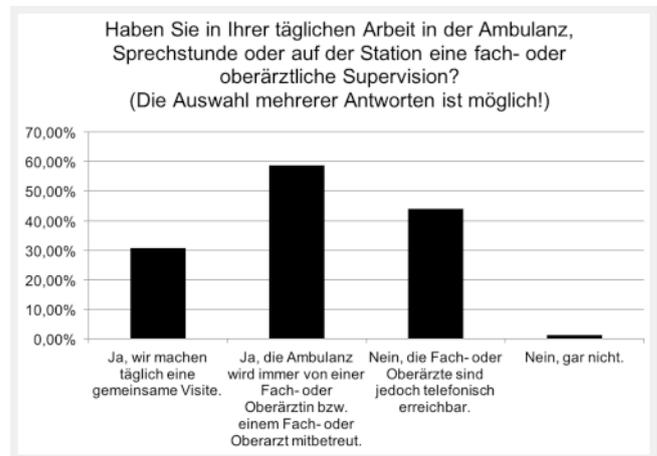
30,7% (71) der Teilnehmer haben während der täglichen Arbeit eine fach- bzw. oberärztliche Supervision auf Station, 58,9% (136) gaben an, dass die Ambulanz von einem Fach- oder Oberarzt mitbetreut werde, in 44,2% (102) war statt der Visite vor Ort bzw. Betreuung vor Ort die telefonische Verfügbarkeit von Fach- oder Oberarzt gegeben und nur bei 1,3% (3) war keine Supervision vorhanden (Frage 16; ► **Abb. 2**; n = 231). Mit 63,9% (145) führten die meisten Teilnehmer ca. 1–3 Operationen pro Woche durch (Frage 17; ► **Abb. 3**; n = 229). Keine Operationen führten 4,8% (11) der Teilnehmer durch, 4–5 Operationen 23,6% (54), 6–8 Operationen 6,1% (14) und 9 oder mehr Operationen 2,2% (5). Zwischen der Anzahl an Weiterbildungsassistenten-Operationen pro Woche und der Trägerschaft bzw. dem Versorgungstyp bestand keine Korrelation.

Dabei wurden bisher in der Summe an „kleinen“ operativen Eingriffen (Frage 18; z. B. Adenotomie, Parazentesen/Paukenröhrchen, Tonsillektomien; n = 229) von 0,9% (2) der Teilnehmer keine durchgeführt, von 3,9% (9) 1–9 Operationen, von 11,8% (27) 10–30 Eingriffe und von je 21,4% (49) der Teilnehmer 31–60 Eingriffe und 61–100 Eingriffe.

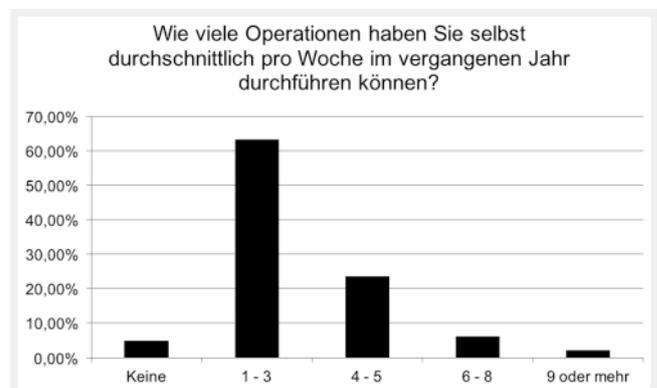
An „mittelgroßen“ operativen Eingriffen (Frage 19; z. B. Septumplastik, Nasennebenhöhlenoperationen, Submandibulektomie; n = 229) wurden von 18,3% (42) der Teilnehmer keine durchgeführt, von 17,5% (40) 1–9, von 28,8% (66) 10–30, von 16,6% (38) 31–60 und von 14,4% (33) 61–100 sowie von 4,4% (10) über 100 Eingriffe. Auf die Durchführung „großer“ operativer Eingriffe (Frage 20; z. B. Parotidektomie, Neck-Dissection, Mastoidektomie; n = 229) entfiel mit 62,9% (144) der größte Anteil auf die Gruppe der Ärzte in Weiterbildung, die noch keinerlei solche Eingriffe durchführten. 21,8% (50) der Teilnehmer konnten bereits 1–5 „große“ Eingriffe absolvieren, 6,1% (14) 6–10 Eingriffe, 6,6% (15) 11–20, 0,9% (2) 21–30 Eingriffe und 1,7% (4) konnten bereits über 30 „große“ Eingriffe realisieren.

Eine detaillierte Übersicht (n = 229), in welchem Weiterbildungsjahr welcher Anteil an Assistenten Erfahrung hatte mit endoskopischen (intraoperativen) Verfahren (Frage 21), intraoperativen Navigationssystemen (Frage 22) und laserchirurgischen Systemen (Frage 23), findet sich in ► **Tab. 4**.

Die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten gab dabei an, Erfahrung mit endoskopischen (intraoperativen) Verfahren zu haben (Frage 21): 25,8% (59/229) machten diese Erfahrung als Assistent, während 20,5% (47/229) bereits 1–9-mal, 14,8% (34/229) bereits 10–20-mal, 14% (34/229) bereits 21–50-mal und 8,7% (20/229) bereits über 50-mal mit den Verfahren operierten – mit 16,2% (37/229) hatte nur eine Minderheit noch keine Erfahrung mit endoskopischen Operationsverfahren. Über die Hälfte der Teilnehmer hatte hingegen noch keine Erfahrung mit intra-



► **Abb. 2** Supervision.



► **Abb. 3** Durchschnittliche Anzahl an Operationen pro Woche.

operativen Navigationssystemen (50,2% bzw. 115/229; Frage 22). 33,2% (76/229) hatten bereits Erfahrung als Assistent und ansonsten mit 14% (32/229) ein kleiner Anteil der Assistenten auch als Operateur mit 1–9 Eingriffen. Mit laserchirurgischen Systemen hatte 1 Drittel (34,93% bzw. 80/229) der Ärzte noch nicht gearbeitet, während 37,12% (85/229) als Assistent damit Erfahrung hatten und 21,4% (49/229) als Operateur mit einfachen Schritten und 3,5% (8/229) bzw. 3,1% (7/229) auch mit schwierigeren Schritten bzw. selbstständig (Frage 23).

Auf die Frage, ob sie alle Eingriffe ihres Operationskatalogs selbst durchführten, antworteten 28% (64) der Teilnehmer mit „Ja“ und 48,47% (111) mit „Ja, größtenteils“ und 23,6% (54) verneinten dies (Frage 24; n = 229). 52,4% (120) gaben an, dass es eine tägliche Indikationskonferenz gäbe, bei der Elektiv-Patienten des Folgetages mit Indikation und Operationsmethode besprochen würden (Frage 25; n = 229). 34,9% (80/229) bejahten die Frage, ob bei ihnen Operationstechniken mit Vor- und Nachteilen erklärt würden (Frage 26).

Mit regelmäßig stattfindenden Weiterbildungsgesprächen war auch die fachliche Supervision ($p < 0,01$; Spearman'sches $R_h = 0,28$) positiv korreliert und wirkte sich gleichermaßen positiv auf die Gesamtzufriedenheit aus (Kruskal-Wallis-Test; $p < 0,03$). Dabei zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Befrag-

► **Tab. 4** Übersicht über Operationsverfahren nach Weiterbildungsjahr.

Operationsverfahren	Weiterbildungsjahr (FA = Facharzt)					
	1	2	3	4	5	FA
Erfahrung mit endoskopischen intraoperativen Verfahren (Frage 21) ... als Operateur (1–9 Eingriffe)	–	11,5 % (3)	21,2 % (7)	22,4 % (11)	25,6 % (21)	10,0 % (2)
... als Operateur (10–20 Eingriffe)	22,2 % (1)	3,8 % (1)	3,0 % (1)	18,4 % (9)	24,4 % (20)	–
... als Operateur (21–50 Eingriffe)	–	7,7 % (2)	6,1 % (2)	14,3 % (7)	19,5 % (16)	25,0 % (5)
... als Operateur (über 50 Eingriffe)	–	–	3,0 % (1)	4,1 % (2)	13,4 % (11)	25,0 % (5)
... als Assistent	44,4 % (2)	34,6 % (9)	42,4 % (14)	24,5 % (12)	13,4 % (11)	30,0 % (6)
... keine Erfahrung	33,3 % (3)	42,3 % (11)	24,2 % (8)	16,3 % (8)	3,7 % (3)	10,0 % (2)
Erfahrung mit intraoperativen Navigationssystemen (Frage 22) ... als Operateur (1–9 Eingriffe)	–	–	6,1 % (2)	20,4 % (10)	17,1 % (14)	25,0 % (5)
... als Operateur (10–20 Eingriffe)	–	–	3,0 % (1)	–	1,2 % (1)	5,0 % (5)
als Operateur (21–50 Eingriffe)	–	–	–	–	1,2 % (1)	10,0 % (2)
als Operateur (über 50 Eingriffe)	–	–	–	–	–	–
... als Assistent	11,1 % (1)	11,5 % (3)	39,4 % (13)	30,6 % (15)	41,5 % (34)	30,0 % (6)
... keine Erfahrung	88,9 % (8)	88,5 % (23)	51,5 % (17)	49,0 % (24)	39,0 % (32)	30,0 % (6)
Erfahrung mit laserchirurgischen Verfahren (Frage 23) ... ja, führe einige einfache OP-Schritte durch	11,1 % (1)	11,5 % (3)	12,1 % (4)	20,4 % (10)	22,0 (18)	50,0 % (10)
... ja, führe die meisten OP-Schritte durch	–	–	–	4,1 % (2)	4,9 % (4)	5,0 % (1)
... ja, ich operiere selbstständig	–	–	–	6,1 % (3)	3,7 % (3)	–
... als Assistent	33,3 % (3)	11,5 % (3)	57,6 % (19)	34,7 % (17)	40,2 % (33)	35,0 % (7)
... keine Erfahrung	55,6 % (5)	76,9 % (20)	30,3 % (3)	34,7 % (17)	29,3 % (24)	10,0 % (2)

ten, die nur eine telefonische Supervision erhielten und denen, die täglich eine gemeinsame Visite mit einem Fach- oder Oberarzt durchführten (MWU-Test; $p < 0,005$).

Des Weiteren war die Gesamtzufriedenheit bei denjenigen höher, die ihre Eingriffe überwiegend selbst durchführen (Frage 24; Kruskal-Wallis-Test; $p < 0,01$). Diejenigen Teilnehmer, die ihre Eingriffe gänzlich selbst durchführen, waren dabei deutlich zufriedener als jene, die dies nicht tun (MWU-Test; $p < 0,005$). Die wöchentliche Anzahl an Operationen wirkte sich nicht auf die Zufriedenheit aus.

Ob Weiterbildungseingriffe fair verteilt würden, beantwortete die Mehrheit der Teilnehmer mit „Nein“ (66,8 % bzw. 153/229; Frage 27). Waren die Teilnehmer der Meinung, dass die Weiterbildungsoperationen transparent und fair zugeteilt werden, wirkte sich dies positiv auf die Gesamtzufriedenheit aus (MWU-Test;

$p < 0,001$). In der Mehrheit der Fälle (89,5 % bzw. 205) wurden die Eingriffe durch einen Oberarzt verteilt, in 29,3 % (67/229) durch den Chefarzt und 3,1 % (7) durch den Stationsarzt (Frage 28; $n = 229$). Hierbei wurde angegeben (Frage 29; $n = 229$), dass mehrheitlich nach subjektiver Einschätzung an Operationsbedarf verfahren werde (62,9 % bzw. 144), gefolgt vom „Günstlingsprinzip“ (28 % bzw. 64). In 4,8 % (11) werde eine Operationsstatistik bemüht und in 4,4 % (10) erfolge die Verteilung aufgrund von Zielvereinbarungen, z. B. nach Weiterbildungsgesprächen.

Über 2 Drittel der Befragten gaben an, dass sie mit dieser Art und Häufigkeit der Lehrassistenzen in ihrer Weiterbildungsstätte nicht zufrieden seien (Frage 30; 70,7 % bzw. 162; $n = 229$). Bei 34,1 % (79) besteht die Möglichkeit von Präparationsübungen in einem Felsenbeinlabor und 9,6 % (22) gaben an, diese Möglichkeit auch zu nutzen (Frage 31; $n = 229$). Hingegen besteht bei nur

2,6 % (6) die Möglichkeit zu Präparationsübungen zu Nasennebenhöhleneingriffen, welche von 2,2 % (5) genutzt wurde (Frage 32; n = 229).

Bezüglich der Zukunft der Weiterbildung zum Facharzt für HNO wünschten sich die meisten Teilnehmer in dieser Reihenfolge hinsichtlich ihrer Weiterbildung am häufigsten mehr Zeit für die operative Ausbildung (82,4 %; 182), 55,2 % (122) mehr Fortbildungsangebote und 38 % (84) Rotationsmöglichkeiten in andere Kliniken (Frage 63; n = 221).

Diskussion

Eine strukturierte und qualitativ hochwertige Weiterbildung wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit der Weiterbildungsassistenten aus

Die Teilnehmer waren umso unzufriedener mit der Weiterbildung, desto weniger Struktur in der Weiterbildung vorhanden war. Dies wird daran deutlich, dass die Teilnehmer unzufriedener waren, wenn interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nicht regelmäßig stattfanden ($p < 0,05$; Spearman'sches Rho = 0,159). Denkbar wäre neben der Überprüfung der Einhaltung eines strukturierten und transparenten Curriculums mit regelmäßig und kontinuierlich stattfindenden Weiterbildungsgesprächen die Etablierung von Tutoren- und Mentoringprogrammen mit möglicher Differenzierung zwischen klinischen und wissenschaftlichen Interessen. Gestützt wird diese Beobachtung einer steigenden Zufriedenheit unter den Weiterbildungsassistenten durch qualitativ hochwertige Weiterbildungsgespräche und ein strukturiertes Weiterbildungscurriculum durch die Umfrage von Raspe et al. (2018; [13]) von deutschen Internisten in Weiterbildung. Ferner waren die Teilnehmer der vorliegenden Umfrage umso zufriedener, je regelmäßiger die Weiterbildungsgespräche stattfanden, je häufiger sie eine fachliche Supervision erhielten und je häufiger ihnen Operationstechniken erklärt wurden. Zur Vermeidung von Unzufriedenheit bei der Einteilung für Operationen scheint die Verwendung einer Operationsstatistik empfehlenswert: Die Teilnehmer waren umso zufriedener, je fairer sie die Verteilung der Eingriffe wahrnehmen. Regelmäßig stattfindende Weiterbildungsgespräche gingen zudem mit einer strukturierten und qualitativ guten Weiterbildung in Form von regelmäßiger fachlicher Supervision und regelmäßig stattfindenden Indikationskonferenzen einher.

Vor dem Hintergrund einer Verknappung der „Ressource Arzt“, begleitet von einem wachsenden Studienanteil von Frauen in der Medizin und damit einhergehenden wachsenden Fehlzeiten aufgrund von Elternzeit, besteht hier eine Herausforderung an die Gestaltung einer qualitativ gut strukturierten Weiterbildung, da diese neben personellen auch zeitliche Ressourcen erfordert.

Der Problematik einer steigenden Patientenzahl bei aktuell gleichbleibender Studierendenzahl und wachsendem Frauenanteil von aktuell ca. 2 Dritteln nach den Zahlen des Statistischen Bundesamts 2018 muss begegnet werden. Dies könnte durch eine Entlastung der Ärzte durch Maßnahmen der Entbürokratisierung und Hilfestellung, z. B. durch speziell geschulte Pflegekräfte

oder Kräfte nach dem Modell des „Physician Assistant“, die unterstützend tätig sind, erreicht werden. Als politische Maßnahme wird neben dem Bürokratieabbau die Reduktion von Zeitaufwand und Mehrbelastung durch MDK-Anfragen und -Prüfungen von der Mehrzahl der Krankenhäuser in Deutschland als zentral erachtet, gefolgt von einem Ausbau der Studienkapazitäten und Delegation arztfremder Tätigkeiten an nichtärztliche Berufe [2]. Zu einer Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes trugen nach Studie von Blum und Löffert (2010; [2]) maßgeblich eine Verbesserung der Weiterbildung, der Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten, flexiblere Arbeitszeiten und eher nachrangig auch eine verbesserte Entlohnung bei.

Neben der vorliegenden Studie sollte in einer weiteren Untersuchung die Vereinbarkeit von Forschung und klinischer Tätigkeit untersucht werden. Angesichts des Bedarfs an nicht nur theoretisch, sondern auch klinisch tätigen Wissenschaftlern unter den Medizinerinnen in der HNO kann erwartet werden, dass mit einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für wissenschaftliche Tätigkeit in verschiedenen Modellen die Ausschöpfung des Potenzials von wissenschaftlichem Nachwuchs in der HNO deutlich förderbar ist (z. B. durch Etablierung von Clinician-Scientist-Programmen oder Vorschlag der (Teil-) Anerkennung z. B. von 6 Monaten Forschung für die Weiterbildung durch die Ärztekammern). Diese Faktoren von Unzufriedenheit mit der Weiterbildung durch mangelnde Vereinbarkeit mit der Forschungstätigkeit finden sich auch bei Beerheide (2017) und Prokosch-Willing (2017; [14, 15]).

Angesichts der Forderungen nach besseren Weiterbildungsbedingungen muss beachtet werden, dass gerade im Arztberuf Tugenden wie Durchhaltevermögen, Ehrgeiz, Wissbegierde und Leidenschaft entscheidende persönliche Eigenschaften sind, die letztendlich den Erfolg und die langfristige Berufszufriedenheit ausmachen. Dieser Konflikt wird durch den unmittelbaren Übergang aus einem verschulerten Studentenalltag in einen sehr strammen Berufsalltag noch verschärft. Bei allem Sinn für ein strukturiertes Arbeitsleben (Arbeitszeitgesetz, moderne Modelle) steht gerade in der Ausbildung des ärztlichen Berufseinsteigers das langwierige und mühsame Betreuen und Nachverfolgen von Krankheitsverläufen diesem Wunsch entgegen. Die HNO ist mittlerweile eines der größten zusammenhängenden medizinischen Fächer mit umfangreichen operativen Inhalten. Das Fach HNO zu lernen bedeutet viele Jahre intensiver klinisch-praktischer Arbeit und Präsenz an den Patienten. Zur Vermittlung dieser grundsätzlichen Gesetzmäßigkeiten des Arztberufs ist insbesondere die ältere Ausbildergeneration in der Pflicht.

Die vorliegende Umfrage ist wertvoll, da sie konkret auf die Handlungsempfehlung zur Umsetzung einer strukturierten und persönlich geprägten Weiterbildungssituation hinweist. Nur durch die intensive Kommunikation mit Ausbildern und Vorbildern können die angesprochenen Tugenden gefördert bzw. entwickelt werden. Leider aber wird der im Berufsgruppenvergleich weit überdurchschnittliche Zeiteinsatz, der notwendig ist, um ein guter Arzt zu werden, weder durch Sichtweisen neuer Generationen noch durch sehr ausgeklügelte Arbeitszeitmodelle vollständig geändert werden können.

Zukunftsfähigkeit der Weiterbildung in der HNO-Heilkunde

Vergleichbare Umfragen z. B. im Fachbereich Neurologie [9] zeigen auf, dass das Zielkollektiv für eine Verbesserung der Weiterbildung in der HNO-Heilkunde, namentlich die aktuellen und zukünftigen Weiterbildungsassistenten (derzeit vorwiegend der Generation „Y“ der 1980er- bis ca. 1990er-Jahre angehörend und die nachfolgenden Generationen), weiterhin hohe Motivation und Leistungsbereitschaft für ihren Beruf und ihre Ausbildung mitbringt. Gleichzeitig sehen diese sich vor die Herausforderung gestellt, die Anforderungen einer komplexer werdenden Vereinbarkeit von Beruf und Familie angesichts zunehmend gleichberechtigter Arbeitszeitverteilung ebenso zu bewältigen wie die einer zunehmend beschleunigenden Veränderung der Arbeitswelt mit Arbeitsverdichtung, Digitalisierung und Ökonomisierung bzw. Bürokratisierung mit durchschnittlich 60 Arbeitstagen/Jahr für administrativen Aufwand in der vertragsärztlichen Versorgung (Bürokratie-Index für die vertragsärztliche Versorgung, 11/2019, [16]). Ausdruck findet diese Definition eines veränderten ärztlichen Arbeitsverständnisses hinsichtlich der Ausgestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitszeit auch bei Kopetsch (2010) und Hucklenbroich (2012; [17, 18]). Ein strukturiertes Weiterbildungscurriculum mit Fortbildungsangeboten, strukturierte praktische Ausführung, transparentes Rotations- und Operationsverteilungssystem ebenso wie Feedbackgespräche und fachliche Supervision tragen entschieden zu einer verbesserten Zufriedenheit der Teilnehmer bei, werden aktuell jedoch noch nicht ausreichend berücksichtigt. Zu diesem Ergebnis kommen auch Umfragen anderer Fächer, z. B. in der Neurologie [8, 9, 12]. Als vorrangiger Wunsch der Teilnehmer an die Zukunft der HNO-Weiterbildung werden mehr Zeit für die operative Ausbildung und mehr Fortbildungsangebote gewünscht. Dieser Sachverhalt sollte aufgegriffen werden, um die Weiterbildung zu verbessern. Als zeitgemäßes digitales „Handwerkszeug“ wurde die elektronische Lernplattform zur Verbesserung der Weiterbildung vorgestellt [19]. Neben dieser erscheint beim Verlag „Springer“ eine Reihe zum „Facharzt-Training“; zudem sind diverse fachspezifische Repetitorien mit wachsender Teilnehmernachfrage etabliert worden. Zur Überarbeitung eines strukturierten Weiterbildungscurriculums ist die Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft bzw. Einbindung der Weiterbildungsassistenten sinnvoll ebenso wie die Schulung der Ausbilder hinsichtlich Lehrtätigkeit und Feedbackgesprächen (vgl. auch [20]).

Entscheidend ist, dass die Weiterbildungsqualität und Berufszufriedenheit der Ärzte für eine gute Patientenversorgung bedeutsam sind [21] und die Patientensicherheit von einer guten Ausbildung der Ärzte abhängt. Eine im Jahr 2009 erstmals und im Jahr 2011 wiederholte bundesweite Umfrage der Bundesärztekammer zur Weiterbildung zeigte eine deutliche Verbesserung zur ersten Umfrage und führt dieses unter anderem auf die vermehrte Beschäftigung und vermehrten Anstrengungen zur Verbesserung der Weiterbildung zurück [22]. Die Ausarbeitung der neuen fach- und länderspezifischen Weiterbildungsordnungen vom 20.09.2019 [23] durch die Bundesärztekammer bietet neben der Einführung eines elektronischen Logbuches durch die Orientierung an Kompetenzen (kognitive und Methodenkompe-

tenz vs. Handlungskompetenz) mit detaillierter Angabe zu verschiedenen Krankheiten, Patientengruppen und diagnostischen Verfahren u. a. einige Anknüpfungspunkte, um die Struktur der Weiterbildung weiter zu optimieren. Die sinnvolle praktische Ausgestaltung der neuen Weiterbildungsordnungen durch die Landesärztekammern ab 2020 und die Umsetzung sowie Auswirkungen auf die Struktur und Qualität der Weiterbildung, insbesondere in der HNO, bleibt abzuwarten. Grundlage für die Orientierung an kompetenzbasiertem und aktivem Lernen sind Ergebnisse aus der Lehr- und Lernforschung [24]. Eine regelmäßige Kompetenzüberprüfung bedarf jedoch eines höheren personellen und finanziellen Aufwands, sodass diese Aspekte bei der Finanzierung der Weiterbildungsstellen und der Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollten [25].

Die Ergebnisse der vorliegenden Umfrage verdeutlichen, wie wichtig der persönliche und unmittelbare Kontakt während der Weiterbildung und die Bedeutung von Supervision, operativer Anleitung und Feedback für eine gute Weiterbildungsqualität sind. Eine vergleichbare Umfrage aus den USA zeigt die Bedeutung von struktureller und personeller Unterstützung der Weiterbildungsassistenten für Zufriedenheit und gute Ausbildungsergebnisse auf [26].

Kritik und Ausblick zur Umfrage

Angesichts der Möglichkeit einer Stichprobenverzerrung ist mit der erhaltenen Rücklaufquote von 36 % aus Sicht der Autoren eine zufriedenstellende Repräsentation der Weiterbildungsassistenten erreicht. Weiterbildungsassistenten im 4. und 5. Jahr waren relativ gesehen überrepräsentiert. Hier ist zu beachten, dass mit fortschreitender Weiterbildungszeit und Alter der Ärzte die Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen steigt. Es bleibt zu beachten, dass Ärzte, die ins Ausland gegangen sind bzw. die ärztliche Tätigkeit aufgegeben haben, durch die vorliegende Umfrage schlechter erreicht werden konnten und damit die Dunkelziffer an Ärzten, die während der Weiterbildung den Beruf aufgegeben oder ins Ausland gegangen sind, höher liegen kann.

Hinsichtlich der Bewertung der Umfrage muss die Möglichkeit einer Stichprobenverzerrung in Betracht gezogen werden, und aufgrund des Formats der Umfrage konnten Mehrfachnennungen nicht ausgeschlossen werden. Aus den Korrelationsanalysen lassen sich keine kausalen Zusammenhänge interpretieren. Die höheren Weiterbildungsjahrgänge waren relativ gesehen überrepräsentiert. Eine Verlaufsbeurteilung mit Wiederholung der Umfrage z. B. in 5 Jahren und Ergänzung hinsichtlich der Fragebereiche „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, „Veränderung der Arbeitsbedingungen“, „Einhaltung vertraglich vereinbarter Arbeitszeiten und -vergütung“ ist wünschenswert. Hinsichtlich des Formats der Umfrage wurden eine Anzeige der bereits bearbeiteten bzw. noch zu bearbeitenden Fragen sowie die Angabe eines „Ich weiß es nicht“-Feldes gewünscht.

Schlussfolgerung

Die Weiterbildungsassistenten sehen Verbesserungspotenzial in der qualitativen Struktur ihrer Weiterbildung und dem Erhalt von Feedback sowie Supervisionen. Die Gesamtzufriedenheit der

Weiterbildungsassistenten mit ihrer aktuellen Weiterbildungssituation ist umso größer, desto qualitativ hochwertiger und besser strukturiert sie ihre Weiterbildung wahrnehmen.

Ethik

Die Daten der Studienteilnehmer als Ergebnisse einer anonymen Online-Befragung wurden ausgewertet. Diese Studie beinhaltet keine Forschung an Menschen oder Tieren.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die Autoren des Artikels bedanken sich sehr herzlich beim Präsidium der DGHNO-KHC e. V. und dabei besonders bei Herrn Prof. Dr. med. Dietz und Herrn Prof. Dr. med. Deitmer. Der Geschäftsstelle der DGHNO-KHC e. V. danken wir ebenfalls sehr herzlich, insbesondere gilt unser Dank Frau Ulrike Fischer, Frau Monika Thorleuchter und Frau Sabine Sponebode. Zudem gilt weiterer Dank dem Bündnis Junge Ärzte, das uns den Fragebogen als Vorlage zur Verfügung gestellt hat. Hier gilt es die Unterstützung von Dr. med. Mathias Raspe sowie bei der GESRU e. V. von Mira Faßbach hervorzuheben. Des Weiteren gilt Euch, allen Ärzten in Weiterbildung und Fachärzten, ein großes Dankeschön für die zahlreiche Teilnahme an der Umfrage.

Literatur

- [1] Hahnekamp K. Finanzierung der Weiterbildung: Ein System kollabiert. *Dtsch Arztebl* 2013; 110 (1): A-21/B-19/C-19
- [2] Blum K, Löffert S. Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen – Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut. 2010. Online verfügbar unter (Zugriff 27.03.2020): <https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/aerztemangel%20in%20kliniken.pdf>
- [3] Hibbeler B, Korzilius H. Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. *Dtsch Arztebl* 2008; 105 (12): A-609/B-539/C-527
- [4] Statistisches Bundesamt. Hochschulen. Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html> (Zugriff 1.03.2020)
- [5] <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/mehrerer-tausend-im-streik-3500-uni-aerzte-bei-demo-hannover> (Zugriff 25.02.2020)
- [6] Erens O. Interview „Zu hohe Fallzahlen und zu viele Leistungen“, *Kammern und KV, Ärzteblatt Baden-Württemberg* 02/2020, S. 68. Online verfügbar unter (Zugriff 1.03.2020): https://www.aerztekammer-bw.de/aerzteblatt/aebw-archiv/2020/Aerzteblatt_Baden-Wuerttemberg_02-2020.pdf
- [7] Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2018. Online verfügbar unter (Zugriff 1.03.2020): <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/>
- [8] Arnold H, Meyer C, Salem J et al. Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen urologischer Assistenzärzte in Deutschland. Ergebnisse einer GeSRU-Umfrage von 2015. *Urologe A* 2017; 56 (10): 1311–1319. doi:10.1007/s00120-017-0495-0
- [9] Biesalski A, Zupanic M, Isenmann S. Deutschlandweite Evaluation der universitären Lehre im Fach Neurologie. *Nervenarzt* 2015; 86: 736–742
- [10] Bitzinger D, Raspe M, Schulte K et al. Evaluation der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen im Fach Anästhesiologie in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Anästh Intensivmed* 2017; 58: 429–440
- [11] Hos D, Steven P, Dietrich-Ntoukas T. The situation of residents in ophthalmology in Germany: Results of an online survey. *Ophthalmologie* 2015; 112 (6): 498–503. <https://doi.org/10.1007/s00347-015-0030-x>
- [12] Raspe M, Müller-Marbach A, Schneider M et al. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung. *Dtsch Med Wochenschr* 2016; 141 (3): 202–210
- [13] Raspe M, Vogelsang A, Fendel J et al. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung: eine zweite bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppen von DGIM und BDI. *Dtsch Med Wochenschr* 2018; 143: e42–e50. doi:<https://doi.org/10.1055/a-0543-4544>
- [14] Beerheide R. Umfrage des Hartmannbundes: Junge Ärzte hadern mit Klinikalltag. *Dtsch Arztebl* 2017; 114 (9): A-399/B-345/C-337
- [15] Prokosch-Willing V, Hos D, Joachim SC. Forschung in der Weiterbildung. *Ophthalmologie* 2017; 114: 901–905. <https://doi.org/10.1007/s00347-017-0566-z>
- [16] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung. 11/2019, Hrsg. KBV, Wittberg V. Berlin 2019. Online verfügbar unter (Zugriff 27.03.2020): https://www.kbv.de/media/sp/BIX2019_Projektbericht.pdf
- [17] Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlageentwicklung. 2010; 5. Aufl
- [18] Hucklenbroich C. Der alte Arzt hat ausgedient. *Ärzte der Generation Y. Forsch Lehre* 2012; 19: 568–571
- [19] Shabli S, Heuermann K, Leffers D et al. Umfrage zum Bedarf einer e-Learning-Plattform für Ärzte in der HNO-Facharzt-Weiterbildung. *Laryngo-Rhino-Otol* 2019; 98 (12): 869–876
- [20] Korzilius H. Weiterbildung für die Generation Y: Sie fordern, was alle immer wollten. *Dtsch Arztebl* 2013; 110 (10): 421
- [21] Herr D, Götz K. Wie wollen Mediziner heute arbeiten? Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld. *GGW* 2014; 3: 7–15
- [22] BÄK GROUND. Weiterbildung in Deutschland in leicht positivem Trend. Online-Befragung 2011 (Zugriff 27.03.2020) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK_Ground4.pdf
- [23] Bundesärztekammer. Musterweiterbildungsordnung. 2018 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920_MWBO-2018.pdf (Zugriff 27.03.2020)
- [24] Freeman S, Eddy SL, McDonough M. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2014; 111 (23): 8410–8415. doi:10.1073/pnas.1319030111. Epub 2014 May 12
- [25] Tecklenburg J. Neue Musterweiterbildungsordnung Humangenetik. *medgen* 2019; 31: 230–236. <https://doi.org/10.1007/s11825-019-0244-4>
- [26] Dodson KM, Appelbaum NP, Lee N et al. Otolaryngology Resident Well-Being and Perceptions of the Clinical Learning Environment. *Ear Nose Throat J* 2019. doi:145561319840125