

Quo vadis DGPRÄC – wo wollen die assoziierten Mitglieder hin?

Quo vadis DGPRÄC: associated members' goals for the future

Autoren

Jonas Kolbenschlag^{1, 2}, Felix Paprottka³, Juri Wagner⁴, Ole Goertz^{1, 2}, Jutta Liebau⁵, Adrien Daigeler^{2, 6}, Raymund E. Horch⁷, Marcus Lehnhardt²

Institute

- 1 Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie, Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin
- 2 Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte, Handchirurgiezentrum, Operatives Referenzzentrum für Gliedmaßen Tumoren, Berufsgenossenschaftliche Universitätsklinik Bergmannsheil, Bochum
- 3 Klinik für Plastisch-Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg
- 4 Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie, HELIOS Emil von Behring, Berlin
- 5 Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserwerther Diakonie, Düsseldorf
- 6 Klinik für Hand-, Plastische, Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie, BG Unfallklinik Tübingen
- 7 Plastische und Handchirurgische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

Schlüsselwörter

Weiterbildung, Aesthetisch-Plastische Chirurgie, Verbrennungschirurgie, Handchirurgie, Mikrochirurgie

Key words

advanced training, aesthetic-plastic surgery, burn surgery, hand surgery, microsurgery

eingereicht 17.12.2016

akzeptiert 04.04.2017

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-108430>

Online-Publikation: 30.5.2017

Handchir Mikrochir Plast Chir 2017; 49: 267–272

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0722-1819

Korrespondenzadresse

Dr. Jonas Kolbenschlag
Klinik für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische
Chirurgie, Handchirurgie
Martin-Luther-Krankenhaus
Caspar-Theyß-Straße 27-31
14193 Berlin
jonas.kolbenschlag@pgdiakonie.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Plastisch Chirurgie ist extrem vielfältig und bietet verschiedenste Möglichkeiten der Tätigkeit. Um die Plastischen Chirurgen in Weiterbildung optimal unterstützen zu können ist es daher unabdingbar, deren Pläne für ihre mittel- und langfristige Tätigkeit zu kennen. Hierzu führten wir eine webbasierte Umfrage unter den 462 assoziierten Mitgliedern der DGPRÄC durch. Hierbei wurden neben Fragen zum Ist-Zustand insbesondere auch abgefragt in welchem Umfeld und mit welcher Tätigkeitsschwerpunkt sich die Kollegen in der Zukunft sehen. 84 Fragebögen konnten ausgewertet werden. Der überwiegende Teil der Befragten strebte die niedergelassene Tätigkeit an. Die Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie waren die Hauptziele der Befragten, nur wenige sahen die handchirurgische Tätigkeit als langfristiges Ziel an und keiner der Befragten sah seine Zukunft in der Verbrennungsmedizin. Gleichzeitig empfanden sich die Umfrageteilnehmer in der ästhetischen Chirurgie am düftigsten ausgebildet. Es sollten daher Bestrebungen unternommen werden um die Weiterbildung in der ästhetischen Chirurgie zu verbessern und die Handchirurgie und Verbrennungsmedizin attraktiver zu gestalten.

ABSTRACT

Plastic surgery is extremely diverse and offers various fields of work. To provide optimal support for plastic surgeons in training, it is therefore paramount to know their mid- and long-term goals. To that end, we conducted a web-based survey among the 462 associated members of the German Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons (DGPRÄC). Besides asking questions about the current status, we specifically inquired about the pursued setting and main area of work. 84 completed questionnaires were evaluated. Most respondents saw their future in a private practice setting. Reconstructive surgery and aesthetic surgery were by far the most sought-after fields, while only a few of the associated members pursued a career in hand surgery, and none of them wished to work in burn care. At the same time, they felt that aesthetic surgery was the field where training was most insufficient. Therefore, measures need to be taken to improve the training in aesthetic surgery. Also, it is paramount to increase the attractiveness of both the fields of hand surgery and burn care to assure highly qualified care in the future.

Einleitung

Plastische Chirurgie lebt Interdisziplinarität. Wie kaum ein anderes Fach erfährt die Plastische Chirurgie Überschneidungen und Berührungspunkte mit vielen chirurgischen Nachbardisziplinen. Nicht selten wird sie dabei als Problemlöser hinzugezogen. Dies rührt nicht zuletzt von ihrer breiten Basis mit den Säulen der rekonstruktiven, ästhetischen und Handchirurgie sowie der Verbrennungsmedizin her, getragen von klinischer und experimenteller Forschung [1]. Um sich als Fach in einer solchen Situation dauerhaft behaupten zu können bedarf es auch einer optimalen Weiterbildung, um in der Breite einen höchst möglichen fachlichen Standard zu halten [2]. Um die Mitglieder in der Weiterbildung von Seiten der Fachgesellschaft zu unterstützen muss jedoch zuerst einmal festgestellt werden, welche Ziele diese mittel- und langfristig verfolgen. Nur so können eventuell vorhandene Ausbildungsdefizite erkannt und aus Assoziertensicht möglicherweise weniger attraktivere Wege gestärkt werden, um sowohl die Breite als auch die Tiefe unseres Fachs in die Zukunft zu tragen.

Ziel dieser Umfrage war es daher, neben der Zufriedenheit mit der aktuellen Situation, insbesondere die Wünsche und Vorstellungen der assoziierten Mitglieder bezüglich ihrer zukünftigen Tätigkeit zu erfassen.

Material und Methoden

Wir führten eine webbasierte Umfrage unter den 462 assoziierten Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) durch. Umfragezeitraum war der 01.07.2015 bis zum 14.08.2015.

Hierzu wurde ein Fragebogen mit insgesamt 36 Einzelposten erstellt. Dieser wurde, nach Zustimmung durch das Präsidium der DGPRÄC, von der Geschäftsstelle der DGPRÄC in Form eines zugangsbeschränkten, elektronischen Fragebogens im Internet zur Verfügung gestellt. Die Einladungen zur Teilnahme wurden von der Geschäftsstelle der DGPRÄC per Email an alle assoziierten Mitglieder der Gesellschaft verschickt.

Der komplette Fragebogen wird gerne auf Anfrage per Email versandt. Die Ergebnisse sind, sofern nicht anders gekennzeichnet, als Mittelwerte mit dem jeweiligen Intervall angegeben. Die Zufriedenheit wurde mit 1–6 nach dem deutschen Schulnotensystem bewertet.

Ergebnisse

Basisdaten

Insgesamt nahmen 84 (18 %) assoziierte Mitglieder an der Umfrage teil. Der Altersdurchschnitt betrug 33,5 Jahre mit einer Spanne von 26 bis 65 Jahren. Ein wenig mehr als die Hälfte der Befragten waren Männer (55 %). Die durchschnittliche Zeit der Berufsausübung betrug 6 Jahre (1–39), davon im Schnitt 3,9 Jahre (0–30) in der Plastischen Chirurgie. Der überwiegende Teil war promoviert (76 %), ein Teilnehmer war habilitiert. Dreizehn der Befragten gaben an, eine Zusatzqualifikation zu haben, in den meisten Fällen eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in einem anderen Fachgebiet oder die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. 2 Teilnehmer gaben eine betriebswirtschaftliche Zusatzausbildung an, eines der

assoziierten Mitglieder führte einen Abschluss in rekonstruktiver Mikrochirurgie.

Die Befragten waren zu nahezu gleichen Teilen an Häusern der Grund- und Regelversorgung sowie der Maximalversorgung und Universitätskliniken tätig. Lediglich vier Teilnehmer waren in einer Praxis beschäftigt (► **Abb. 1**). Der überwiegende Teil (70 %) war zum Zeitpunkt der Umfrage als Assistenzarzt beschäftigt, drei als angestellte Fachärzte, 6 als Funktionsoberärzte und 4 als Oberärzte. Ein Teilnehmer gab an in selbstständiger Niederlassung zu sein.

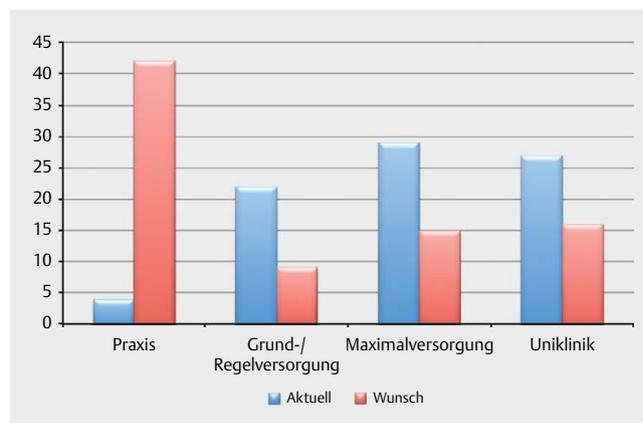
Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der meisten Befragten bewegte sich ohne Dienste zwischen 40 und 60 Stunden pro Woche (71 %), 25 % gaben an in der Woche 60–80 Stunden zu arbeiten, bei 3 der assoziierten Mitglieder betrug die wöchentliche Arbeitszeit über 80 Stunden. Dazu kamen bei 46 % der Teilnehmer 1–5 Stunden wöchentliche Zeit für wissenschaftliche Tätigkeiten, bei neun waren es 5–10 Stunden, bei sechs 10–20 Stunden und bei 3 mehr als 20 Stunden pro Woche. 32 % der Befragten gaben an, keiner wissenschaftlichen Tätigkeiten nachzugehen. Der überwiegende Teil der Befragten arbeitete in 24-Stunden-Dienstmodellen (41 %), 7 in Schichtmodellen und 47 % im reinen Rufdienst. Die Dienstbelastung pro Monat betrug in den meisten Fällen 3–5 (37 %) oder 6–8 Dienste (30 %). 26 % der assoziierten Mitglieder gaben an, mehr als 8 Dienste pro Monat zu absolvieren. Dies waren nahezu ausschließlich Kollegen, die in Schicht- bzw. reinen Rufdienstmodellen tätig waren. Der überwiegende Teil der Befragten leistete 1–2 (50 %) bzw. 3–4 (37 %) Dienste am Wochenende.

Bei der Hälfte der Teilnehmer fand eine elektronische Zeiterfassung statt, bei 74 % erfolgte ein Überstundenausgleich durch Ausbezahlung oder Freizeit.

Im Schnitt entfielen 37 % der wöchentlichen klinischen Arbeitszeit auf die operative Tätigkeit mit einer sehr großen Spanne von 4 bis 90 %. Beinahe die Hälfte (47,9 %) dieser Zeit erfolgte die selbstständige operative Tätigkeit bzw. das Operieren unter direkter Anleitung (1–100 %).

Status quo

Die mittlere Zufriedenheit mit ihrer aktuellen Situation gaben die assoziierten Mitglieder mit 2,8 auf der deutschen Schulnotenskala an (► **Abb. 2**). Die höchste Zufriedenheit gaben die Befragten ge-

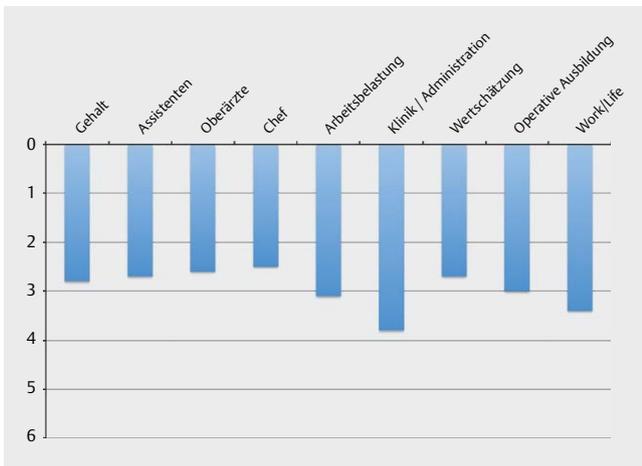


► **Abb. 1** Aktuelle und Wunschverteilung der Assoziierten Mitglieder auf die verschiedenen Versorgungsstufen.

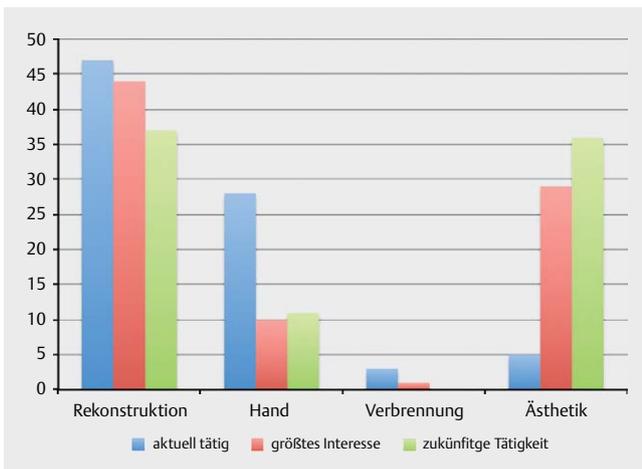
genüber ihrem Chef (2,5), ihren Oberärzten (2,6) und ihren Mit-Assistenten (2,7) an. Am negativsten wurde das Verhältnis von klinischer zu administrativer Arbeit empfunden (3,8). Der überwiegende Teil der Befragten war primär im Bereich der rekonstruktiven Chirurgie tätig (56%), deutlich weniger im Bereich der Handchirurgie (33%) und der Ästhetik (6%). 3 der Befragten waren zum Zeitpunkt der Umfrage zum größten Teil in der Verbrennungsmedizin tätig.

Der überwiegende Teil (52%) der assoziierten Mitglieder interessierte sich am meisten für die rekonstruktive Säule der Plastischen Chirurgie, 34% für die Ästhetik und 12% für die Handchirurgie. Ein Teilnehmer gab an, dass die Verbrennungsmedizin sein Hauptinteressensgebiet sei (► **Abb. 3**).

Am besten weitergebildet fühlten sich die Teilnehmer im Bereich der rekonstruktiven Chirurgie (2,6) und der Handchirurgie (2,8). Die Weiterbildung im Bereich der Verbrennungsmedizin wurde als schlechter bewertet (3,1), im Bereich der ästhetischen Chirurgie fühlten sich die Befragten am schlechtesten weitergebildet (4).



► **Abb. 2** Die durchschnittliche Zufriedenheit der Umfrageteilnehmer mit den jeweiligen Items, aufgetragen nach dem deutschen Schulnotensystem.



► **Abb. 3** Die aktuelle Tätigkeit, das größte Interesse und die gewünschte zukünftige Tätigkeit der Umfrageteilnehmer im Bezug auf die vier Säulen der Plastischen Chirurgie.

Der allergrößte Teil (89%) der Umfrageteilnehmer nahm neben der klinischen Tätigkeit regelhaft Zusatzaufgaben wie Organisationsaufgaben wahr. Knapp mehr als die Hälfte war regelmäßig wissenschaftlich tätig (52%). Die meisten waren im Rahmen ihrer Dissertation an das wissenschaftliche Arbeiten herangeführt worden.

Befragt nach gewünschten Angeboten von Seiten der DGPRÄC gaben die meisten Teilnehmer Weiterbildungskurse sowie die Unterstützung bei der Suche nach Stellen bzw. Rotationsmöglichkeiten an.

Quo vadis

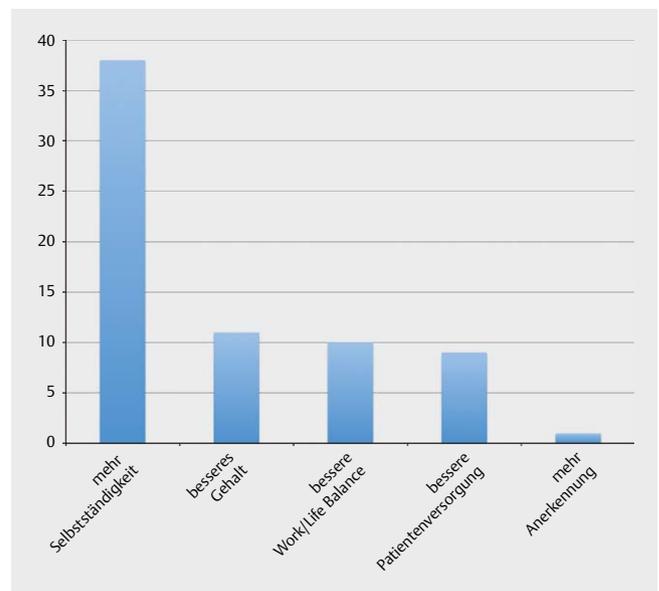
Befragt nach der angestrebten Position gaben die allermeisten Assoziierten die Niederlassung an (50%), die wenigsten strebten eine langfristige Tätigkeit in Kliniken der Grund- und Regelversorgung an (11%). Analog hierzu war das Ziel der meisten Befragten (45%) die selbstständige Tätigkeit, 37% sahen langfristig eine Oberarzt-tätigkeit als Ziel und 11% sahen eine Chefarztposition als Ziel an.

Bezogen auf die Säulen unseres Faches standen die Rekonstruktive (44%) und die Ästhetische Chirurgie (43%) am höchsten in der Gunst der Assoziierten. Nur 13% der Befragten sahen ihre zukünftige Tätigkeit primär in der Handchirurgie und keiner der Befragten erwog eine primäre Tätigkeit im Bereich der Verbrennungsmedizin (► **Abb. 3**).

Von ihrer angestrebten Tätigkeit erhofften sich die Befragten insbesondere mehr Entscheidungsfreiheit und Selbständigkeit (45%) und zu nahezu gleichen Teilen mehr Gehalt, eine bessere Work-/Life-Balance und eine bessere Patientenversorgung (► **Abb. 4**).

Auf die Frage, was in der aktuellen Situation am meisten geeignet sei, um die Arbeitszufriedenheit zu verbessern, gaben die meisten (24%) eine bessere operative Ausbildung gefolgt von höherem Gehalt (21%) an. Nachfolgend wurde eine geringere Arbeitsbelastung und weniger administrative Tätigkeit genannt (16 bzw. 15%).

Von Seiten der akademischen Grade gab der überwiegende Teil (62%) an, die Promotion anzustreben, den Titel des Privatdozen-



► **Abb. 4** Die Wünsche der Umfrageteilnehmer bezüglich Ihrer zukünftigen Position.

ten visierten 21 % der Assoziierten an, den des Professors 16 %. 31 % der Umfrageteilnehmer gaben an eine Zusatzqualifikation wie bspw. einen MBA erwerben zu wollen. 44 % strebten die europäische Facharztzertifizierung an.

Nur 3 Befragte gaben an, nicht dauerhaft in Deutschland bleiben zu wollen, mehr als die Hälfte (56 %) würden bei entsprechenden Angeboten eine langfristige Tätigkeit außerhalb Deutschlands erwägen.

Diskussion

Mit 84 beantworteten Fragebögen lag die Resonanz geringfügig höher als die auf die zuletzt unter den assoziierten Mitgliedern durchgeführte Umfrage, welche sich mit der mikrochirurgischen Ausbildung befasste [3]. Eine vor einigen Jahren durchgeführte Umfrage mit Schwerpunkt ästhetische Chirurgie erbrachte deutlich höheren Rücklauf [4] während eine Arbeit zur Struktur der Weiterbildung aus dem Jahre 2005 nahezu gleiche Antwortquoten erzielte [2].

Eine Besonderheit stellen die Kollegen dar die bereits Facharztstatus erreicht haben, bzw. angaben als Oberärzte oder selbstständig in eigener Praxis tätig zu sein (der Teilnehmer mit 30 Jahren Berufserfahrung in der Plastischen Chirurgie). Gemäß der Satzung der DGPRÄC müssten diese Kollegen zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Umwandlung in eine ordentliche Mitgliedschaft beantragen.

Die relativ gleichmäßige Verteilung der Weiterbildungsmitglieder über die Häuser verschiedener Versorgungsstrukturen entspricht der klinischen Landschaft in Deutschland. So verfügen viele Häuser der Grund- und Regelversorgung (noch) nicht über eine Klinik für Plastische Chirurgie, so dass der absolut gesehen höhere Anteil solcher Kliniken sich nicht auf die Verteilung auswirkt. Einschränkung muss auch angemerkt werden dass der Anteil der Umfrageteilnehmer mit Tätigkeit in der Praxis sehr gering ausfiel. Dieser Bias führt möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse, allerdings muss berücksichtigt werden dass der Großteil der Weiterbildungsplätze in Einrichtungen mit rekonstruktivem oder handchirurgischen Schwerpunkt besteht und in tendenziell geringerem Maße in der Praxis.

Die meisten Umfrageteilnehmer waren im fortgeschrittenen Stadium der Facharztweiterbildung, möglicherweise ein Grund, warum sie besonders von der Frage nach dem „Wie geht es weiter?“ angesprochen wurden.

Der relativ hohe Anteil derer, die wissenschaftlich tätig waren, ergibt sich am ehesten aus der relativen Überrepräsentanz der Antwortenden aus Universitätsklinik. Allerdings gaben auch einige Kollegen aus Häusern der Grund- und Regelversorgung an, regelmäßig wissenschaftlich tätig zu sein.

Die insgesamt als gut angegebenen Beziehungen zwischen Assistenten sowie zu den Oberärzten und den Chefärzten erklären sich möglicherweise aus den häufig eher kleinen Organisationseinheiten welche flachere Hierarchien zulassen, wobei andererseits gerade auch die Umfrageergebnisse bei der Wahl der besten Weiterbildungler ein besonders gutes Klima auch an Universitätsklinik widerspiegeln.

Bezogen auf die Arbeitszeit lagen die Ergebnisse, wie zu erwarten, bei einem Großteil der Befragten über der regulären 40-Stunden-Woche. In Kombination mit zu leistenden Diensten und einer,

von vielen zusätzlich durchgeführten, wissenschaftlichen Tätigkeit führt dies zu einer nicht unerheblichen Arbeitsmehrbelastung. Diese wird, mit der resultierenden Beeinträchtigung der Work-Life-Balance zusammen, im Vergleich der abgefragten Items als zweit- und dritt-schlechtestes bewertet. Am schlechtesten bewertet war aber mit Abstand die Dysbalance aus klinischer und administrativer Arbeit.

Die Work-Life-Balance der „Generation Y“ und ihre Auswirkungen auf den Ärztenachwuchs, insbesondere in der Chirurgie, wurden bereits vielfach diskutiert [5–7].

Die aktuelle und kommende Generation an Ärzten hat nach der derzeitigen allgemeinen Perzeption deutlich andere Vorstellungen von einem erfüllten Arbeitsleben als frühere Generationen. In der aktuellen Shell-Jugendstudie 2015 zeigt sich jedoch wieder eine Zunahme der „Durchstarter“, welche eine hohe Karriereorientierung aufweisen. Doch selbst in dieser Gruppe mit großer Erwartung an den beruflichen Erfolg halten 71 % geregelte Arbeitszeiten mit klar festgelegtem Beginn und Ende für wichtig, auch wenn Überstunden auf dem Karriereweg als notwendig erachten [8].

Insbesondere die Begeisterung für das Fachgebiet sowie die Arbeitsbedingungen sind wichtige Faktoren für die Wahl des eigenen Fachgebiets, die Aussicht auf Beförderungen und monetäre Anreize treten dahinter deutlich zurück [7]. Dies zeigt sich auch in unserer Umfrage, in der die finanzielle Vergütung als gut bis zufriedenstellend bewertet wurde. Bezüglich der Karriereaussichten favorisierten die allermeisten Befragten den Weg in die Niederlassung oder den Verbleib in der Klinik als Oberarzt. Dies korreliert mit den erhofften Veränderungen, insbesondere dem Wunsch nach mehr Selbständigkeit.

Der aus unserer Umfrage hervorgehende Trend aus den Kliniken in die Praxis stellt einen potentiellen „Brain-drain“ mit möglicher Einengung des klinischen und wissenschaftlichen Spektrums dar [1, 5]. Auf der anderen Seite werden durch neue Organisationsformen auch aufwändige chirurgische Verfahren in einem solchen Setting angeboten, wie dies bereits bspw. im Rahmen der mikrochirurgischen Brustrekonstruktion durch Mitglieder der DGPRÄC erfolgt. Auch eine regelmäßige und relevante wissenschaftliche Tätigkeit kann, unter gewissen Voraussetzungen wie bspw. Kooperationen, in den nicht-universitären Krankenhäusern erbracht werden.

Die Plastische Chirurgie ist einer der wenigen Bereiche, welcher vom Ärztemangel bisher nur bedingt getroffen wurde, was an der Attraktivität des Faches, den im Vergleich zur Anzahl der Arbeitsstellen noch recht überschaubaren Weiterbildungsstätten, sowie an der Vorstellung mancher bezüglich eines erklecklichen Einkommens als „ästhetischer“ Chirurg liegen mag. Dies spiegelt sich zum Teil daran wieder, dass der größte Teil der Umfrageteilnehmer ihre Zukunft in der niedergelassenen und primär ästhetischen Tätigkeit sehen. Doch sowohl die steigende Zahl an neuentstandenen Abteilungen in Deutschland als auch die globale Entwicklung zeigen deutlich den Bedarf an fundierter und v. a. hoch-qualifizierter Plastischer Chirurgie in ihrer Breite [9]. Denn genau diese Qualität und Progression in Klinik und Wissenschaft ist das, was die Plastische Chirurgie schon immer ausgezeichnet hat und was, jenseits der Organklassifikation anderer Disziplinen, unsere ultimative Daseinsberechtigung darstellt. Um es mit den Worten des unlängst verstorbenen Dr. Felix Freshwater auszudrücken: „If we (the plastic surgeons) were to disappear

overnight, the vacuum would be filled, although the quality of the filling would leave much to be desired“ [9].

Eine entsprechend qualitativ hochwertige Weiterbildung ist daher entscheidend, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten [1, 2]. In unserer Umfrage ist auffällig, dass sich die Umfrageteilnehmer mit Abstand am schlechtesten in der ästhetischen Chirurgie ausgebildet fühlen, sie dennoch aber zu großen Teilen in diesem Bereich ihre zukünftige Tätigkeit sehen. Dies spiegelt den Stand der Dinge in den meisten Kliniken wieder, wo ästhetische Eingriffe nur selten als Weiterbildungsangriffe durchgeführt werden [4]. Um diese Situation zu verbessern gibt es verschiedene Ansätze, ästhetische Eingriffe im strukturierten Setting für Weiterbildungsassistenten besser zugänglich zu machen. So können Eingriffe durch einen Weiterbildungsassistenten unter direkter Anleitung durch einen erfahrenen Facharzt bei hoher Sicherheit und Patientenzufriedenheit durchgeführt werden. Für den Patienten wird dies durch einen entsprechenden finanziellen Anreiz ohne Nachteile in der Versorgung attraktiv [10, 11]. Auch Rotationen in hauptsächlich ästhetisch aktive Kliniken oder zu niedergelassenen Kollegen wären denkbar.

Während die Rekonstruktion und Ästhetik, zumindest laut unserer Umfrage,

als zukünftige Tätigkeitsfelder für viele attraktiv scheinen, so können sich nur wenige eine zukünftige Tätigkeit primär im Bereich der Handchirurgie oder Verbrennungsmedizin vorstellen (► **Abb. 3**).

Interessant ist hierbei insbesondere, dass in der Rekonstruktion und auch in der Verbrennung mehr Befragte angeben, dass dem jeweiligen Gebiet ihr größtes Interesse gilt, sie die zukünftige Tätigkeit jedoch in einem anderen Gebiet sehen.

Bei der Handchirurgie und der Ästhetik verhält es sich genau andersherum.

Dies bedeutet möglicherweise, dass ein Teilbereich für die zukünftige Tätigkeit ausgewählt wird, welcher vielleicht inhaltlich nur die zweite Wahl darstellt, von dem man sich aber bessere Rahmenbedingungen erhofft. Eben diese und besonders die von vielen gewünschte, unabhängige bzw. selbstständigere Tätigkeit finden sich naturgemäß besonders in der Niederlassung.

So ist die rekonstruktive Chirurgie in ihrer vollen Tiefe und insbesondere die Behandlung Schwerbrandverletzter zum größten Teil in Zentren verankert und wird dies aufgrund der nötigen Infrastruktur auch bleiben. Auch wenn nicht alle der aktuell in der rekonstruktiven Chirurgie Tätigen dort ihre Zukunft sehen, so wollen doch fast genau so viele Kollegen langfristig ihren Schwerpunkt auf eine rekonstruktive wie auf eine ästhetische Tätigkeit legen. Die Versorgung Schwerbrandverletzter sieht jedoch keiner der Umfrageteilnehmer als zukünftiges Tätigkeitsfeld der Wahl, auch wenn wenige hier primär arbeiten und ein Umfrageteilnehmer angab, dass sein größtes Interesse der Verbrennungsbehandlung gilt. Zwar sind natürlich deutlich weniger Stellen in der Behandlung Brandverletzter als bspw. in der Rekonstruktion verortet, nichts desto trotz ist dies eine bedenkliche Tendenz. Möglicherweise liegt diese in der Zentrumsbindung ohne Aussicht auf Niederlassung oder alternative Karrierewege begründet.

Es stellt sich daher die Frage wie Klinikstellen an sich, und insbesondere die im Bereich der Handchirurgie und Verbrennung, attraktiver gestaltet werden können. Möglichkeiten wären hier bspw.

die selektive administrative Entlastung in diesen Gebieten durch medizinisches Assistenzpersonal und Administrationsfachkräfte.

Auch die mittelfristige Entwicklung von klinischen Schwerpunkten mit Übertragung von Leitungsfunktionen im Rahmen einer Klinik könnte dem Wunsch nach mehr Eigenständigkeit der assoziierten Mitglieder Rechnung tragen.

Denkbar wäre auch eine Stärkung der Kombination aus Klinikanstellung und belegärztlicher Tätigkeit.

Alle genannten Lösungsansätze bedürfen jedoch einer gemeinsamen Initiative von Weiterbilder, Weiterbildungsassistenten und den Fachgesellschaften sowie den Krankenhausträgern. Nur so kann eine auf Dauer angelegte Strukturveränderung erreicht werden, die den Anforderungen des sich wandelnden Gesundheitssystems und den nachfolgenden Ärztegenerationen langfristig gerecht wird und so mit dazu beiträgt, unser Fachgebiet weiter zu stärken.

Schlussfolgerung

Der Anteil der Weiterbildungsassistenten, die ihre Zukunft in der niedergelassenen Ausübung primär ästhetischer Chirurgie sehen, ist, wie erwartet, hoch. Gleichzeitig sehen sich die meisten Kollegen hier aber auch am dürtigsten weitergebildet. Es sollten daher Bestrebungen unternommen werden, die Ausbildung im Bereich der Ästhetischen Chirurgie zu verbessern, um so den hohen Standard des Facharztes für Plastische und Ästhetische Chirurgie zu halten und sich auf dem von vielen Disziplinen umkämpften Gebiet langfristig begründet behaupten zu können.

Nur ein geringer Teil der Weiterbildungsassistenten sieht seine Zukunft in der Handchirurgie und keiner der Befragten will sich in Zukunft primär der Verbrennungsmedizin widmen. Um diese essentiellen Säulen unseres Faches langfristig zu halten sollte daher über die Schaffung zusätzlicher Anreize nachgedacht werden um eine solche Tätigkeit attraktiver zu gestalten.

Über all diese Überlegungen bezüglich möglicher Spezialisierungen darf aber auf keinen Fall vergessen werden wie essentiell eine fundierte Weiterbildung in allen Säulen für unser Fach ist, insbesondere da es eben nicht Organ-zentriert ist sondern von Innovation und chirurgischer Technik lebt.

Über den Autor



Jonas Kolbensschlag

geboren am 27.04.1981 in Landau in der Pfalz

2003–2010 Studium der Humanmedizin an den Universitäten Regensburg, Heidelberg und Bern (PJ)

11/2010 Approbation als Arzt an der Universität Heidelberg

12/2010–08/2012 Assistenzarzt, Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Schwerbrandverletzentrum,

BG Klinik Ludwigshafen, Klinik für Plastische und Handchirurgie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Direktor: Prof. Dr. med. M. Lehnhardt

09/2012–12/2015 Assistenzarzt, Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte, Handchirurgiezentrum,

Operatives Referenzzentrum für Gliedmaßen-tumoren, Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil, Bochum, Direktor: Prof. Dr. med. M. Lehnhardt

01/2016–01/2017 Assistenzarzt, Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie, Martin-Luther-Krankenhaus Berlin, Chefarzt PD Dr. O. Goertz

seit 02/2017 Facharzt und Oberarzt der Klinik

Danksagung

Wir danken allen Umfrageteilnehmern sowie dem Präsidium und der Geschäftsstelle der DGPRÄC, insbesondere Herrn Strömsdörfer, für die Unterstützung bei der Durchführung der Umfrage und ihrer Auswertung.

Interessenkonflikt

Nein

Literatur

- [1] Giunta R, Schmidt-Tintemann U. What does Plastic Surgery? *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2013; 45: 191–192
- [2] Zimmermann A, Giunta RE. Quality of surgical continuing education in plastic surgery in Germany. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2005; 37: 349–354
- [3] Kolbenschlag J, Gehl B, Daigeler A et al. Microsurgical training in Germany – results of a survey among trainers and trainees. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2014; 46: 234–241
- [4] Momeni A, Goerke SM, Bannasch H et al. The quality of aesthetic surgery training in plastic surgery residency: a survey among residents in Germany. *Ann Plast Surg* 2013; 70: 704–708
- [5] Horch RE, Vogt PM, Schaller HE et al. Strategies to ensure careers of young academics in plastic surgery – analysis of the current situation and future perspectives. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2013; 45: 193–199
- [6] Kasch R, Engelhardt M, Forch M et al. Physician Shortage: How to Prevent Generation Y From Staying Away – Results of a Nationwide Survey. *Zentralbl Chir* 2016; 141: 190–196
- [7] Smith F, Lambert TW, Goldacre MJ. Factors influencing junior doctors' choices of future specialty: trends over time and demographics based on results from UK national surveys. *J R Soc Med* 2015; 108: 396–405
- [8] [Anonym]. Shell Jugendstudie. In 2015;
- [9] Freshwater MF. Giving thanks – Addressing the worldwide plastic surgeon shortage. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2016; 69: 443–445
- [10] Koulaxouzidis G, Momeni A, Simunovic F et al. Aesthetic surgery performed by plastic surgery residents: an analysis of safety and patient satisfaction. *Ann Plast Surg* 2014; 73: 696–700
- [11] Rezaeian F, Schantz JT, Sukhova I et al. [Training in aesthetic surgery at a university clinic – the “Munich model”]. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2013; 45: 370–375