

Aus dem Zentrum Allgemeinmedizin
Universität des Saarlandes
Medizinische Fakultät Homburg / Saar
Prof. Dr. med. Johannes Jäger, MME

**Untersuchung zu Inhalt und Qualität der
Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin
im Saarland**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der
Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
2025**

vorgelegt von: Sarah Rings, geb. Zimmermann
geboren am 31.10.1988 in Bremen

Tag der Promotion:	03.12.2025
Dekan:	Univ.-Prof. Dr. med. dent. Matthias Hannig
Berichterstatter:	Prof. Dr. Johannes Jäger
	Prof. Dr. Berthold Seitz
	Prof. Dr. Elke Ochsmann

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	I
2	Einleitung	1
2.1	Definition, Geschichte und aktuelle Probleme der Allgemeinmedizin in Deutschland.....	1
2.2	Ziel dieser Arbeit.....	3
2.3	Worin bestanden und bestehen die Herausforderungen für die Weiterbildung?	4
2.4	Bestehende Weiterbildungskonzepte	6
3	Methodik und Material	9
3.1	Studiendesign und Ablauf der Untersuchung	9
3.2	Einschlusskriterien	11
3.3	Ausschlusskriterien	11
3.4	Abgefragte Items	11
4	Ergebnisse	12
4.1	Studiengröße, Rücklaufquote, Geschlechterverteilung.....	12
4.2	Entwicklung der fachlichen und kommunikativen Kompetenz	14
4.3	Umgang mit schwierigen Arzt-Patienten-Situationen, Teaching	18
4.4	Interprofessionelles Arbeiten und Lerninhalte	22
4.5	Hierarchie, belastende Ereignisse, Bewältigungsstrategien	27
5	Diskussion.....	33
5.1	Diskussion der Methodik	33
5.2	Wie gut ist die aktuelle Weiterbildung?.....	34
5.3	Ausblick	40
6	Literaturverzeichnis	42
7	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	46
8	Abkürzungsverzeichnis	47
9	Publikationen und Dank	48
9.1.	Publikationen	48

9.2	Danksagung.....	49
10	Lebenslauf.....	50
11	Anlagen	51
11.1	Anschreiben.....	51
11.2	Fragebogen	53
11.3	Anonymisierte Teilnehmerliste und Rücklauf.....	56

In der folgenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich ausdrücklich auf Personen beiderlei Geschlechts.

1 Zusammenfassung

Wir erhoben Umfragewerte zu Inhalt und Qualität der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin innerhalb der Gruppe der weiterzubildenden Assistenzärzte dieses Faches im Saarland. Dies hatte zum Ziel, die Konzepte der geltenden Weiterbildungsordnung auf Erfolg oder Versagen hin zu prüfen. Die Umsetzung erfolgte mittels Fragebögen sowie protokollierten Interviews, wobei die Auswertung der Antworten anonymisiert stattfand. Wir wollten unter anderem wissen, wie es um die fachliche Kompetenzbildung, das Teaching, Hierarchieerleben sowie belastende Situationen und diesbezügliche Umgangsstrategien steht. Die Befragungen wurden im Herbst 2019 durchgeführt. Von insgesamt 64 möglichen Teilnehmern konnten N=26 Teilnehmer durch ein durchgeführtes Interview bzw. einen ausgefüllten Fragebogen eingeschlossen werden, die Rücklaufquote belief sich somit auf 40,6%. Hinsichtlich der fachlichen Weiterentwicklung konnten wir eine hohe Zufriedenheit und eine in gutem Maße erfüllte Erwartungshaltung unter den Ärzten in Weiterbildung messen. Untersuchungsmethoden und Erfahrungsschatz werden zufriedenstellend und in angenehmer, flach hierarchischer Atmosphäre vermittelt. Der interprofessionellen Vernetzung bei den niedergelassenen Allgemeinmedizинern wurde ein hoher Stellenwert zugesprochen und die Antworten bilden ab, wie wertvoll der enge und unkomplizierte Austausch zwischen weiterzubildendem Arzt und Weiterbilder ist. Teaching und Lehre hingegen finden laut Umfrage im Arbeitsalltag nicht immer statt und manch ein Weiterbildungskonzept hat den Weg zur flächendeckenden praktischen Umsetzung noch nicht gefunden, wie zum Beispiel das Mentoringprogramm. Allen Ergebnissen liegt zugrunde, dass wir nur diejenigen Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin kontaktieren konnten, die als solche bei der Ärztekammer des Saarlandes registriert waren. Dass diese überwiegend in Praxen angestellt sind während viele zukünftige Allgemeinmediziner zunächst erst in der Klinik Arbeitserfahrungen sammeln bevor sie als Weiterzubildende im Register erscheinen, limitiert die Umfrage hinsichtlich des Anspruchs auf Repräsentativität. Die erhobenen Umfragewerte stammen demnach ausschließlich von in Praxen arbeitenden Ärzten in Weiterbildung. Stimmungsbilder aus der Klinik sind nur indirekt durch Vorerfahrungen der Befragten enthalten. Perspektivisch könnte diese Arbeit eine Grundlage dafür schaffen, Auswirkungen von modifizierten Weiterbildungskonzepten im Fachbereich Allgemeinmedizin zu bewerten. Hierfür könnte die Umfrage in gewisser Regelmäßigkeit wiederholt werden. Auch ein bundesweiter Vergleich wäre denkbar. Im Idealfall ließe sich die Weiterbildung auf diesem Weg noch attraktiver gestalten.

Abstract

We collected survey data on the content and quality of medical training in the field of general medicine within the group of resident doctors in this field in Saarland. The goal was to assess the success or failure of the concepts of the current training program. This was researched through questionnaires and documented interviews, where the responses were evaluated anonymously. Among other things, we wanted to know about the development of professional competence, teaching, hierarchy experiences, as well as challenging situations and related coping strategies of the doctors in training. The surveys were conducted in autumn 2019. Out of a total of 64 possible participants, N=26 participants were included through conducted interviews or completed questionnaires, resulting in a response rate of 40.6%. Regarding professional development, we found a high level of satisfaction and expectation fulfillment among doctors in training. Examination techniques and personal experience are taught well in a pleasant way without the enforcement of dominant hierarchy. Networking among practicing general practitioners and other specialties was highly valued, and the responses received reflect the importance of close and uncomplicated communication between the resident doctor and trainer. However, according to the survey, theoretical and practical bedside teaching are not always conducted in the everyday work routine and some training concepts, i.e. the mentoring program, have not yet found their way to widespread practical implementation. It is important to note that the survey data was collected exclusively from doctors in training working in ambulant settings. Most of them start their doctoral training working in a hospital and later switch into working in a doctor's office. Due to lack of reachability, doctors in training working in hospitals were not included. Perceptions from the hospital experience are indirectly included based on the respondents' previous experiences. In the future, this research could provide a basis for evaluating the effects of a modified teaching and training concept in the field of general medicine. The survey could be repeated periodically and a nationwide comparison could be considered. Ideally, this could make the training in this field more attractive.

2 Einleitung

2.1 Definition, Geschichte und aktuelle Probleme der Allgemeinmedizin in Deutschland

Die Allgemeinmedizin hat ihre Wurzeln in der Zeit, als Ärzte begannen, sich auf die Behandlung von Patienten in ihrer Gesamtheit zu konzentrieren, anstatt nur einzelne Krankheiten zu behandeln. Im 19. Jahrhundert entstanden erste Ansätze für eine spezialisierte hausärztliche Versorgung, die sich um die vielfältigen Gesundheitsprobleme der Menschen kümmert. Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde die Allgemeinmedizin zunehmend als eigenständiges Fach anerkannt. Besonders nach dem Zweiten Weltkrieg gewann sie an Bedeutung, da die medizinische Versorgung immer mehr auf die Bedürfnisse der Gemeinschaft ausgerichtet wurde. Die Allgemeinmedizin legt Wert auf Prävention, ganzheitliche Betreuung und die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Heute ist die Allgemeinmedizin ein zentraler Bestandteil des Gesundheitssystems, der sich durch eine breite Ausbildung auszeichnet und die erste Anlaufstelle für Patienten ist. Sie verbindet medizinisches Wissen mit sozialem Verständnis und spielt eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (Eckart 2021).

Im Gegensatz zu anderen Fachdisziplinen der Humanmedizin hat sich die Allgemeinmedizin erst relativ spät als eigenständiger Fachbereich etabliert. Zwischen all den sich spezialisierenden Ärzten für bestimmte Organgruppen, Körperteile oder Altersklassen etc. gab es zunächst Schwierigkeiten, auch dem Hausarzt eine eigene Definition zuzuschreiben. Als ursprüngliche Anlaufstelle für jegliches, unselektiertes Patientenkontingent, bezeichnete man ihn bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts schlichtweg als Vollarzt (Christian 2017). Im vergangenen Jahrhundert diskutierte man auf Deutschen Ärztetagen immer wieder über die Spezialisierung des Arztberufes. Auch das Tätigkeitsfeld des Allgemeinarztes musste im Zuge dessen von der Bundesärztekammer in Deutschland angepasst und neu definiert werden (Hoppe 1997; Sewering 1987). Im letzten Jahrzehnt etablierte sich das Fach Allgemeinmedizin schließlich erfolgreich an den deutschen Universitäten, etwas nachträglich zu den bereits im universitären Stundenplan verankerten Fächern wie zum Beispiel Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Gynäkologie oder Urologie. Folglich entstand ein größeres Lehrangebot im Fach Allgemeinmedizin, was dem Fach eine größere Aufmerksamkeit und Geltung einbrachte.

Die Allgemeinmedizin steht aktuell vor einer Reihe tiefgreifender Herausforderungen, die sowohl das Gesundheitssystem als Ganzes als auch die ärztliche Versorgung der Bevölkerung betreffen. Eines der zentralen Probleme ist der zunehmende Hausärztemangel (van den Bussche 2019): Viele Allgemeinmediziner erreichen das Rentenalter, während gleichzeitig nicht genügend Nachwuchs in das Fach nachrückt. Neben der Qualität der Ausbildung spielen auch andere Faktoren wie finanzielle Aspekte, Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Arbeitszeiten für Nachwuchshauses-ärzte eine Rolle (Roick et al. 2012). Besonders in ländlichen Regionen wird die Unter-versorgung bereits deutlich spürbar. Ein Grund dafür liegt darin, dass sich zu wenige Medizinstudierende für die Allgemeinmedizin entscheiden, oft auch aufgrund immer noch mangelnder Attraktivität des Fachs während des Studiums. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die hohe Arbeitsbelastung: Hausärzte sehen täglich eine Vielzahl von Patienten mit unterschiedlichsten, oft komplexen Beschwerden, und das unter großem Zeitdruck. Letzterer widerspricht sich häufig mit der im Vordergrund stehenden sozialen Komponente. Hinzu kommen umfangreiche administrative Aufgaben wie Abrechnungen, Dokumentation und die Kommunikation mit Krankenkassen. Auch die ständige Erreich-barkeit, etwa im KV-Notdienst, erhöht die Belastung zusätzlich.

Trotz ihrer zentralen Rolle im Gesundheitssystem erfahren Allgemeinmediziner oft zu wenig Wertschätzung. Ihre Vergütung liegt meist unter der vieler anderer Fach-richtungen, und auch in der akademischen Medizin fristet das Fach immer noch häufig ein Schattendasein. Forschung und Lehre in der Allgemeinmedizin sind an vielen Uni-versitäten unterrepräsentiert (Hummers-Pradier et al. 2012), was sich auch auf die Qua-lität der Ausbildung auswirkt. Viele Studierende fühlen sich am Ende ihres Studiums un-zureichend auf die hausärztliche Tätigkeit vorbereitet. Es mangelt bis dato an struktu-rierten Weiterbildungsangeboten und an inspirierenden Vorbildern in der Lehre. Die in-haltliche Komplexität des Berufs ist ebenfalls nicht zu unterschätzen. Allgemeinmedizi-ner müssen ein breites medizinisches Wissen abdecken und gleichzeitig psychosoziale, familiäre und gesellschaftliche Faktoren in die Behandlung mit einbeziehen. Die Betreu-ung von Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) gehört ebenso zum Alltag wie die Prävention, Akutversorgung und langfristige Begleitung. Hausärztliche Versorgung schließt neben der Konsultation von Patienten in der Praxis auch Visitationen in Seniorenheimen, Heimen für Menschen mit Behinderungen oder im häuslichen Umfeld mit ein, auch die Sterbebegleitung oder Todesfeststellungen sind da-von nicht ausgenommen und führen womöglich zu einer Aversion gegen die Allgemein-medizin.

Auch strukturelle Probleme im Gesundheitssystem erschweren die Arbeit: Das Honorarsystem bevorzugt technische Leistungen gegenüber „sprechender Medizin“, obwohl letztere in der Allgemeinmedizin besonders wichtig ist. Zudem ist die Versorgung oft fragmentiert und spezialisiert– die Koordination mit Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Akteuren gestaltet sich schwierig. Die Digitalisierung könnte hier eigentlich unterstützen, doch vielfach sind die technischen Voraussetzungen in den Praxen unzureichend, was die Kommunikation zusätzlich erschwert. Insgesamt steht die Allgemeinmedizin vor der dringenden Aufgabe, sowohl strukturell als auch inhaltlich gestärkt zu werden, um ihrer zentralen Rolle in der Gesundheitsversorgung langfristig gerecht werden zu können. Aus heutiger Sicht tritt die Allgemeinmedizin aus dem Schatten anderer, bevorzugter Fachdisziplinen und erfreut sich unter der Studierendenschaft sowie unter Assistenzärzten wieder wachsender Beliebtheit (Korzilius 2019). Eine Befragung von Hausärzten selber zeigt folgende u.a. Lösungsansätze: bessere Integration der Allgemeinmedizin in Ausbildung und Studium, Schaffung von multiprofessionelle Versorgungszentren sowie Reformen in Studium und Weiterbildung (Wangler & Jansky 2024). Folglich fordern also nicht nur die Weiterzubildenden selbst sondern auch ihre Ausbilder Anpassungen in diesem Bereich.

2.2 Ziel dieser Arbeit

Die Arbeit soll einen aktuellen Standpunkt der Qualität der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner im Saarland darlegen. Viele Praxen der hausärztlichen Versorgung werden von berufserfahrenen Ärzten betrieben. Diese haben durch ihre langjährige Erfahrung einen großen Wissensschatz, der nicht verloren gehen darf. Allerdings können aufgrund des oben beschriebenen Mangels an Nachfolgern viele Praxen nicht weiter betrieben werden. Umso wichtiger ist es, die Weiterbildung qualitativ hochwertig, modern und attraktiv zu gestalten. Dazu wurden in den letzten Jahren bereits vielfältige Maßnahmen und Konzepte beschlossen, die nachgehend weiter erläutert werden. *Sind diese Maßnahmen umgesetzt worden? Wo besteht noch weiterer Handlungsbedarf? In welchem Rahmen findet die Lehre hauptsächlich statt?* Die Fragen sollen im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden, sodass die ärztliche Weiterbildung noch gezielter verbessert werden kann. In der Folge soll die Arbeit ein Beitrag zur gesicherten hausärztlichen Versorgung sein.

2.3 Worin bestanden und bestehen die Herausforderungen für die Weiterbildung?

Der erste Lehrauftrag für Allgemeinmedizin wurde im Jahr 1966 an der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg dem Praktischen Arzt Dr. med. Siegfried Häussler erteilt, der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Deutschland wurde noch einmal zehn Jahre später, 1976, an Prof. Dr. Klaus-Dieter Haehn an der Medizinischen Hochschule Hannover vergeben (Mader & Riedl 2018). Dies ist ein bedeutender Meilenstein in der Entwicklung der Allgemeinmedizin und damit auch maßgeblich für die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner. Lange kämpfte die Allgemeinmedizin damit, nicht in besonderem Maße spezialisiert und universitär etabliert zu sein, im Gegensatz zu den großen Fachrichtungen der Inneren Medizin und der Chirurgie. Dies machte sie auch aus akademischer Sicht nicht besonders attraktiv. Schon damals beklagten die Studierenden das Fehlen eines patienten- und problemorientierten Unterrichtes, fehlende Zeit für Ausbildung, wenig wissenschaftlich begründetes Handeln und die fehlende Kommunikation mit der Klinik. Dies sind zum Teil Kritikpunkte, die sich bis in die Gegenwart fortgesetzt haben. Andererseits sind im Laufe der Jahre durch stetige Verbesserungen Attraktivität und Ansehen der Allgemeinmedizin gestiegen. So war etwa die Forderung nach einem praxisnahen Lernen, die bis heute Bestand hat, die Grundlage für die Einführung von Blockpraktikum und Pflichtfamulatur in der hausärztlichen Versorgung. Diesbezüglich hat sich die Allgemeinmedizin, die in Deutschland durch die DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin) repräsentiert wird, in den letzten Jahrzehnten schon erheblich gewandelt: An weiteren medizinischen Fakultäten sind Lehrstühle entstanden, an denen anerkannte Forschung betrieben wird. Zudem existieren fachspezifische Lehrbücher und Leitlinien (Mader 2016). Dennoch sind die Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung weiterhin hoch. Der demographische Wandel und die immer komplexer werdende Medizin haben den Bedarf an ärztlicher Versorgung deutlich erhöht. Dabei nehmen insbesondere die Beratung und die Koordinierung der Behandlung der Patienten durch Fachärzte einen großen Anteil ein. Gleichzeitig macht der demographische Wandel auch an der Hausärzteschaft selber keinen Halt, sodass viele dieser Mediziner kurz vor dem Ruhestand stehen. Ein ersatzloser Wegfall dieser Ressourcen, wie er mangels Alternativen aktuell in diversen Regionen Deutschlands vorkommt, führt damit zur Überlastung der verbliebenen Praxen. Dies macht einen Einstieg oder eine Übernahme für Nachwuchsärzte nicht unmittelbar erstrebenswerter. Dennoch ist das Interesse an diesem Fach zuletzt wieder aufgekommen, denn auch nach der Weiterbildung gibt es innerhalb des Faches weitere Zusatzbezeichnungen, die

vielfältige Möglichkeiten zur Tätigkeit bieten, so z.B. Geriatrie, Palliativmedizin, Notfallmedizin, Diabetologie, Reisemedizin oder Psychosomatische Medizin. Die Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt, die im Vergleich zur Klinik auf den Tag konzentrierten Arbeitszeiten sowie eine vergleichbare Vergütung für die Tätigkeit als Hausarzt mit einem angestellten Arzt in einem Krankenhaus und die o.g. akademische Anbindung und Organisation haben die Allgemeinmedizin für Nachwuchsärzte wieder attraktiv gemacht. Allerdings: Auch wenn die Zahl der Facharztanerkennungen für Allgemeinmedizin langsam steigt und sich immer mehr Studierende der Humanmedizin eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner vorstellen können (Korzilius 2019; EB 2018), ist eine qualitativ hochwertige Lehre weiter wichtig: Junge Ärzte erleben den Unterschied zwischen einer Tätigkeit in der Klinik und in der hausärztlichen Praxis als besonders herausfordernd. So sind etwa die Beschwerdebilder der Patienten grundsätzlich unterschiedlich und es ist aufgrund der eingeschränkteren diagnostischen Möglichkeiten im Gegensatz zur Klinik oftmals schwerer eine Diagnose zu stellen. Zudem ist die Beziehung zu Patienten wesentlich langfristiger angelegt (Linde et al. 2020). Der Hausarzt als erste Anlaufstelle im Deutschen Gesundheitssystem hat ein unselektiertes Patientenkollektiv: von unberechtigten Forderungen nach Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Hinrichs 2022) über Befundverlaufskontrollen bis hin zu schwer akut erkrankten Patienten. Zwar wurde das Fach Allgemeinmedizin in den letzten Jahren mit innovativen Konzepten schon deutlich stärker ins Studium integriert (Beerheide & Richter-Kuhlmann 2018; Haumann et al. 2016), dennoch fühlen sich die jungen Ärzte insbesondere in der Konsultationskompetenz als zentralem Baustein der Allgemeinmedizin zum Berufseinstieg noch nicht ausreichend ausgebildet (Nittritz et al. 2016). Praktische Tätigkeiten in der hausärztlichen Versorgung (beispielsweise Wundversorgung oder Sonografie) sind ebenfalls nicht in ausreichendem Maße Inhalt des Studiums und müssen daher Bestandteil der Weiterbildung sein (Jäkel et al. 2016). Eine wachsende Bedeutung der alternativen Medizin im Bereich der hausärztlichen Versorgung ist noch nicht in der Weiterbildung abgebildet und sollte daher in die Konzepte aufgenommen werden (Valentini et al. 2018). Wichtig für die Zukunft erscheint folgender Sachverhalt: Auch die Berufsverlaufszufriedenheit der Hausärzte ist von einer guten Weiterbildung abhängig, wie Römer et al. 2017 in ihrer Studie zeigen konnten. Durch zufriedene Hausärzte wird die Versorgung der Patienten gesichert und die Gefahr eines Engpasses durch unbesetzte Praxen verringert.

2.4 Bestehende Weiterbildungskonzepte

In Deutschland hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) im Jahr 2015 verschiedene Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und angemessene Weiterbildung definiert (Steinhäuser 2013). Praxen können sich als Teilnehmer dieser Verbundweiterbildung zertifizieren lassen (Walkenhorst et al. 2015) und so potentiellen Nachwuchsärzten eine attraktive Ausbildung ermöglichen.

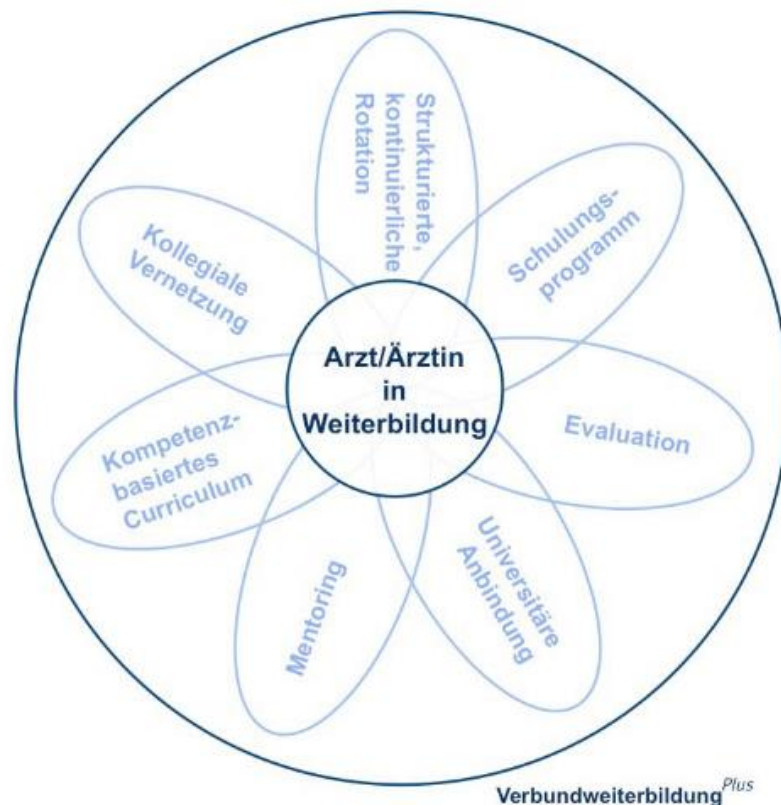


Abbildung 1: Verbundweiterbildung plus nach Steinhäuser et al. 2013

Gefordert werden feste Rotationen in verschiedene Bereiche, die allgemeinmedizinisch relevant sind (z.B. die Disziplinen der Inneren Medizin). Diese müssen auf die Weiterbildung angerechnet werden und innerhalb einer bestimmten Region absolviert werden können. Das Weiterbildungskonzept muss ebenso Begleitseminare umfassen (Flum et al. 2016), für die die ÄiW innerhalb der Arbeitszeit freigestellt werden sollen. Die Seminare sollen ca. 32 Mal pro Jahr zu je 45 Minuten stattfinden. Sowohl die ÄiW als auch die Weiterbildungsbefugten selber (train-the-trainer) müssen an didaktischen Schulungen teilnehmen bzw. teilgenommen haben (Ledig et al. 2016). Darin werden die Inhalte

der CanMEDS-Kompetenzen (Rourke & Frank 2005) vermittelt, die neben der rein medizinisch-fachlichen Expertise des Arztes auch die Fähigkeiten Kommunikation, Management, Patientenvertretung, Lehre, Professionalität und Zusammenarbeit beinhalten. Als unabhängige Ansprechpartner für die ÄiW sollen Mentoren bereitgestellt werden (Broermann et al. 2018), die über die gesamte Zeit der Weiterbildung beratend zur Verfügung stehen und die Fragen der ÄiW beantworten (Hoffmann et al. 2016). Das Mentoringprogramm und die Begleitseminare werden über Kompetenzzentren organisiert, die an die jeweiligen Universitäten angegliedert sind.

Auch im Saarland wurde ein solches Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin eingerichtet (Hillienhof 2019). Hierbei kooperieren das Zentrum Allgemeinmedizin der medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes mit der saarländischen Ärztekammer, der kassenärztlichen Vereinigung und der saarländischen Krankenhausgesellschaft e.V. Die Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin im Saarland folgt der bundesweiten Weiterbildungsordnung von 2020 (Ärztekammer des Saarlandes 2020) und wird von der Ärztekammer des Saarlandes koordiniert. Nach dem Abschluss des Medizinstudiums beginnt die Facharztweiterbildung, die mindestens fünf Jahre dauert und sich aus stationären und ambulanten Abschnitten zusammensetzt. Ein wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung ist ein mindestens 24-monatiger Abschnitt in der stationären Inneren Medizin, meist in einem Krankenhaus. Hinzu kommen mindestens 24 Monate in einer hausärztlichen Praxis, in der die zukünftigen Allgemeinmediziner unter Supervision tätig sind. Ergänzt wird die Weiterbildung durch sechs Monate in einem Wahlgebiet, beispielsweise Pädiatrie, Psychiatrie oder Notfallmedizin. Weitere zwölf Monate können flexibel auf stationäre oder ambulante Abschnitte verteilt werden – je nach individuellen Interessen und verfügbaren Ausbildungsstellen. Während der gesamten Weiterbildung müssen die angehenden Fachärzte ihre erworbenen Kompetenzen im sogenannten e-Logbuch dokumentieren. Außerdem ist die Teilnahme an strukturierten Kursen mit insgesamt mindestens 80 Stunden Pflicht. Diese beinhalten auch notfallmedizinische Inhalte, die für die hausärztliche Versorgung besonders relevant sind. Am Ende der Weiterbildung steht eine mündliche Facharztprüfung vor der Ärztekammer, in der auch fallbezogene Kenntnisse geprüft werden. Im Saarland existieren spezielle Unterstützungs- und Förderstrukturen für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Eine zentrale Rolle spielt dabei das Kompetenzzentrum Weiterbildung Saarland (KWS), das von der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV Saarland), der Krankenhausgesellschaft und der Universität des Saarlandes (UdS) getragen wird. Das KWS bietet Seminare, Mentoring-Programme, Hospitationen und Schulungen an, orientiert an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). Ein weiterer wichtiger Baustein ist

die finanzielle Förderung: Die KV Saarland bezuschusst die Weiterbildung in Hausarztpraxen. Auch bei der Bildung von Weiterbildungsverbünden – also der gezielten Vernetzung von Kliniken und Praxen – unterstützt die KV aktiv. Praxen, die Ärzte in Weiterbildung ausbilden möchten, benötigen eine offizielle Weiterbildungsbefugnis durch die Ärztekammer und ggf. eine zusätzliche Genehmigung durch die KV, um Fördermittel zu erhalten.

Insgesamt ist die allgemeinmedizinische Weiterbildung im Saarland dadurch schon deutlich an die Forderungen der DEGAM angepasst worden.

3 Methodik und Material

3.1 Studiendesign und Ablauf der Untersuchung

Um die aktuelle Zufriedenheit mit dem Inhalt und der Qualität der Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin im Saarland zu messen, haben wir 2019 am Zentrum für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums des Saarlandes einen Fragebogen entworfen (siehe Anlage). An der Entwicklung des Fragebogens waren die Autorin dieser Arbeit sowie Prof. Dr. med. J. Jäger als Leiter des ZAM beteiligt. Wir haben uns bewusst dafür entschieden, nicht allein Sachverhalte abzufragen, sondern auch individuelle Erfahrungswerte und Meinungen durch freie Antwortmöglichkeiten zu ermitteln. Ein bereits zu diesem Zweck entworfener und validierter Fragebogen lag zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Existente war zwar eine Studie zum Erleben des Berufseinstieges als Allgemeinmediziner in der Praxis (Linde et al. 2020), ein validierter Fragebogen war allerdings hier nicht verwandt worden. Daher wurde ein eigener Entwurf (s. Anhang) verfasst. Vor der Anwendung in der Studie erfolgte keine Überprüfung hinsichtlich der Sensitivität und Spezifität des Bogens. Die Studie kann dadurch nur den Anspruch auf eine orientierende Befragung haben, genauere statistische Kenngrößen wie z.B. signifikante Änderungen in einem speziellen Item (z.B. die Etablierung eines Mentors oder das Vorhandensein von regelmäßigen Seminaren) lassen sich nicht ableiten. Für die verschiedenen Aspekte wurden überwiegend Likert-Skalen verwendet, ergänzt wurde der Fragebogen aus o.g. Gründen um freie Antwortfelder.

Es wurden alle ÄiW postalisch durch das ZAM kontaktiert und zu einem persönlichen Interview eingeladen, dies war die primär geplante Art der Datenerhebung. Bei diesem Interview sollte der Fragebogen, falls im Vorfeld noch nicht geschehen, durch die Teilnehmer bearbeitet werden. Bestand Erläuterungsbedarf seitens eines Teilnehmers bezüglich Fragestellung oder Studiendesign, so konnte dieser im Interview geklärt werden. Ebenso sollte Raum für die Beantwortung und auch Diskussion der freien Fragen geboten werden. Das Interview konnte im ZAM, am Arbeitsort des zu befragenden ÄiW oder einem Ort der Wahl nach jeweils individueller Terminabsprache mit der Autorin stattfinden. Neben der eigentlichen Bearbeitung des Fragebogens sollte also nach Möglichkeit ein erweitertes persönliches Gespräch geführt werden, um einen möglichst detaillierten Einblick in die Weiterbildung mit allen positiven und negativen Aspekten erlangen zu können. Falls ein solches Gespräch nicht gewünscht wurde, bestand als weitere Option die Möglichkeit, lediglich den Fragebogen zu bearbeiten und an das ZAM posta-

lisch zurückzusenden. Der Fragebogen wurde demnach als Papierbogen zur händischen Bearbeitung der Einladung zum Interview beigelegt. Dieses Vorgehen sollte zur Steigerung der Rücklaufquote dienen: War ein Teilnehmer nicht bereit, den zeitlichen Aufwand eines Interviews auf sich zu nehmen, so war alternativ zumindest die Bearbeitung eines Fragebogens allein und damit der Einschluss in die Erhebung möglich.

Die Kontaktdaten wurden durch die Ärztekammer des Saarlandes (ÄKS) zur Verfügung gestellt. Um die in Kliniken arbeitenden ÄiW des Fachs Allgemeinmedizin zu erreichen, kontaktierte das Zentrum für Allgemeinmedizin in Homburg die saarländische Krankenhausgesellschaft. Diese gab aus Gründen des Datenschutzes keine Informationen zum Zweck einer Untersuchung heraus. Somit ist die Erhebung nur für diejenigen ÄiW aussagekräftig, die in Praxen angestellt sind, primär den FA für Allgemeinmedizin anstreben und bereits als solche zum Zeitpunkt der Umfrage registriert worden waren. Andere ÄiW, die z.B. als AiW für Innere Medizin oder Chirurgie tätig waren und erst im Anschluss daran eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner anstrebten, konnten nicht eingeschlossen werden. Diese wurden noch nicht durch die ÄKS als eben solche ÄiW für den allgemeinmedizinischen Facharzt erfasst. Kontaktiert wurden die ÄiW ab Juni 2019. Nach einer Frist für die Rückantwort von ca. 10 Wochen begann am 20.09.2019 die Auswertung der Interviews und der Fragebögen. Die Interviews wurden zwischen dem 26.08.2019 und dem 20.09.2019 geführt. Weitere Erinnerungen oder Aufforderungen zur Teilnahme wurden nicht versandt. Zur Auswertung der Daten wurde folgende Software benutzt:

- Textverarbeitung: Microsoft, Office Word 2013 ®
- Datenverarbeitung, Statistik und Diagrammerstellung: IBM, SPSS Statistics Vers. 25 ®
- Literaturverwaltung: Swiss Academic Software, Citavi 6.3 ®
- Teilnehmerverwaltung: Microsoft, Office Excel 2013 ®

Die Interviews wurden mit einem handelsüblichen Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend die Kernaussagen (s.u.) transkribiert. Nach Abschluss der Transkription wurde die Audiodatei unwiderruflich gelöscht, sodass ausschließlich die anonymisierte Textfassung weiterverwendet wurde. Die Diktiergeräte waren Eigentum des ZAM und wurden nach den geführten Interviews wieder dorthin zurückgegeben.

Für die Befragung war keine Stellungnahme der zuständigen Ethikkommission erforderlich. Dementsprechend liegt auch kein Ethikvotum vor. Patientendaten wurden nicht erhoben. Die Befragung hatte keinen Einfluss auf Behandlungen von Patienten. Die Ausbilder der Befragten wurden nicht über die Teilnahme in Kenntnis gesetzt.

Die Literaturrecherche erfolgte mittels PubMed® und Google Scholar®.

3.2 Einschlusskriterien

- AiW zum FA für Allgemeinmedizin innerhalb des Saarlandes, als solcher registriert bei der Ärztekammer des Saarlandes
- Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme an der Erhebung
- Vollständig ausgefüllter Fragebogen bzw. Teilnahme an einem Interview

3.3 Ausschlusskriterien

- Keine Bereitschaft zum Interview
- Ausgebliebene Rückantwort

3.4 Abgefragte Items

Es wurde die Zufriedenheit bezogen auf folgende Kompetenzen und die persönliche Entwicklung abgefragt:

1. Medizinisch fachliche Kompetenz
2. Kommunikative Kompetenz
3. Umgang mit schwierigen Arzt-Patienten-Situationen
4. Art und Weise des Teachings
5. Interprofessionelles Arbeiten
6. Lerninhalte
7. Belastungen in der Weiterbildung
8. Umgang und Bedeutung der Hierarchie in der Weiterbildung
9. Persönliche Bewältigungsstrategien für belastende Fälle aus dem Berufsalltag

Ausgehend von diesen neun Hauptfragen ergaben sich so insgesamt 20 zu beantwortende Einzelfragen (siehe Abschnitt 11.2 Fragebogen).

4 Ergebnisse

4.1 Studiengröße, Rücklaufquote, Geschlechterverteilung

In die Befragung konnten von 64 ÄiW insgesamt $N = 26$ als Teilnehmer an der Befragung eingeschlossen werden. Ein Großteil der Befragten nahm per Fragebogen teil. $N = 5$ Teilnehmer haben sich zu einem Interview bereit erklärt (Abbildung 2). Somit konnte eine kumulierte Antwortquote von 40,63 % ($N = 26/64$) erzielt werden. 76,92 % der Teilnehmer waren weiblich (Abbildung 3). Aufgrund der Anonymität der Befragung wurde bewusst auf die Erfassung von statistischen Grunddaten wie z.B. dem Alter des Teilnehmers verzichtet. Zitate von Teilnehmern wurden mit einer fortlaufenden Nummer versehen.

Tabelle 1: Verteilung Fragebogen/Interview

Interview bzw. Fragebogen			
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Fragebogen	21	80,8
	Interview	5	19,2
	Gesamt	26	100,0

Tabelle 2: Verteilung Geschlecht

Geschlecht			
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	männlich	6	23,1
	weiblich	20	76,9
	Gesamt	26	100,0

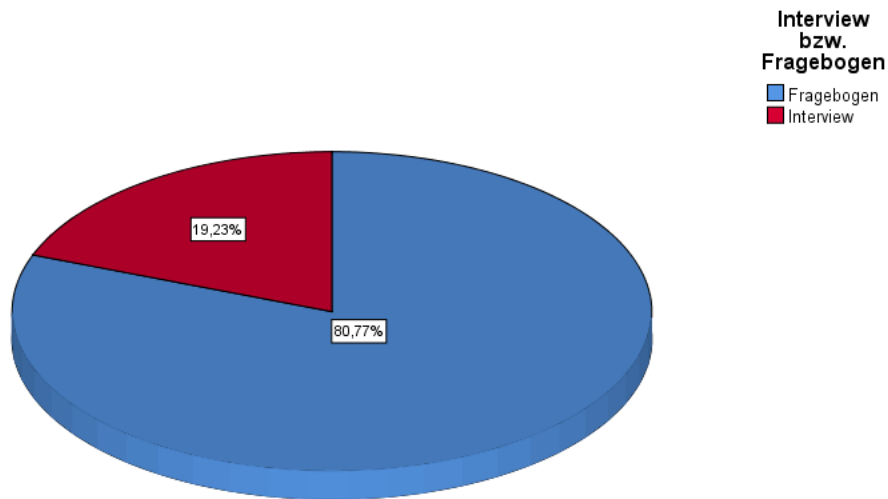


Abbildung 2: Verteilung Fragebogen / Interview (N=26)

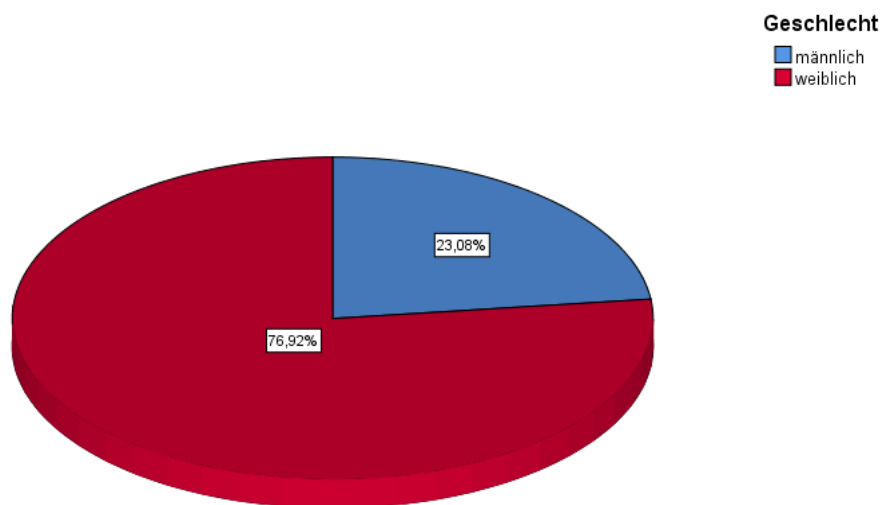


Abbildung 3: Verteilung nach Geschlecht (N=26)

In der folgenden Karte sind die Orte der Arztpraxen markiert, aus denen Ärzte teilgenommen haben. Zu erkennen ist, dass Praxen aus dem gesamten Einzugsbereich der Ärztekammer des Saarlandes teilgenommen haben.

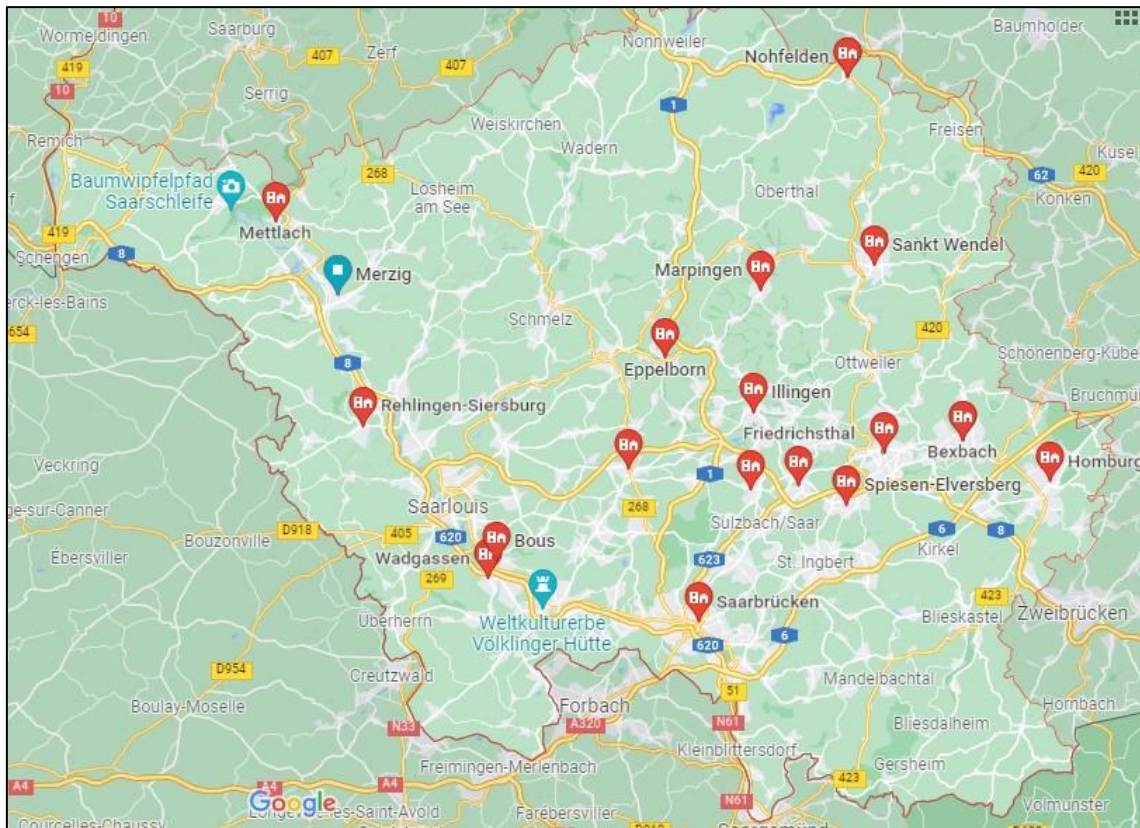


Abbildung 4: Orte der Arztpraxen der Teilnehmer

4.2 Entwicklung der fachlichen und kommunikativen Kompetenz

Die überwiegende Mehrheit der ÄiW zeigt sich mit der Entwicklung Ihrer fachlichen Kompetenz zufrieden (Abbildung 5). Fühlen sich junge Ärzte mit Abschluss ihres Studiums und somit zu Beginn ihrer klinischen Tätigkeit fachlich noch nicht hinreichend ausgebildet, so scheint die aktuelle Weiterbildung in gutem Maße an das Studium anzuknüpfen. Als elementarer Baustein guter medizinischer Versorgung ist diese Kernaussage also sehr positiv zu bewerten. Dabei trifft die Entwicklung der fachlichen Expertise in der Mehrzahl der Fälle auch die Erwartungshaltung. Die meisten Teilnehmer fanden sich entsprechend dem Zeitpunkt ihrer Weiterbildung angemessen qualifiziert (Abbildung 6). 27% der Befragten wurden in ihrer Erwartungshaltung übertroffen, dem gegenüber empfanden knapp 31% diese Entwicklung schlechter als erwartet. 63% derer, dessen Erwartungen diesbezüglich enttäuscht wurden, legten hierfür einen Zeitmangel der Weiterbilder für fachliche Anleitung oder für Evaluationen medizinischer Fälle zu Grunde. Zudem bestünde aufgrund des breiten allgemeinmedizinischen Spektrums ein länger anhaltendes Unsicherheitsgefühl, welches erst mehr Erfahrung erfordert und eine ge-

fühlte Inkompetenz verstärkt. Dass der Umgang mit „banalen Erkrankungen“ im allgemeinmedizinischem Alltag Zeit beansprucht, empfanden die ÄiW als störend beim Erlangen fachspezifischer Fähigkeiten. Im Positiven übertroffen wurde die Erwartungshaltung bezüglich der fachlichen Kompetenz durch sehr gute praktische Anleitung im Bereich Untersuchungsmethoden sowie durch die Erfahrung, dass sich die organisatorische Arbeit gut bewältigen ließ.

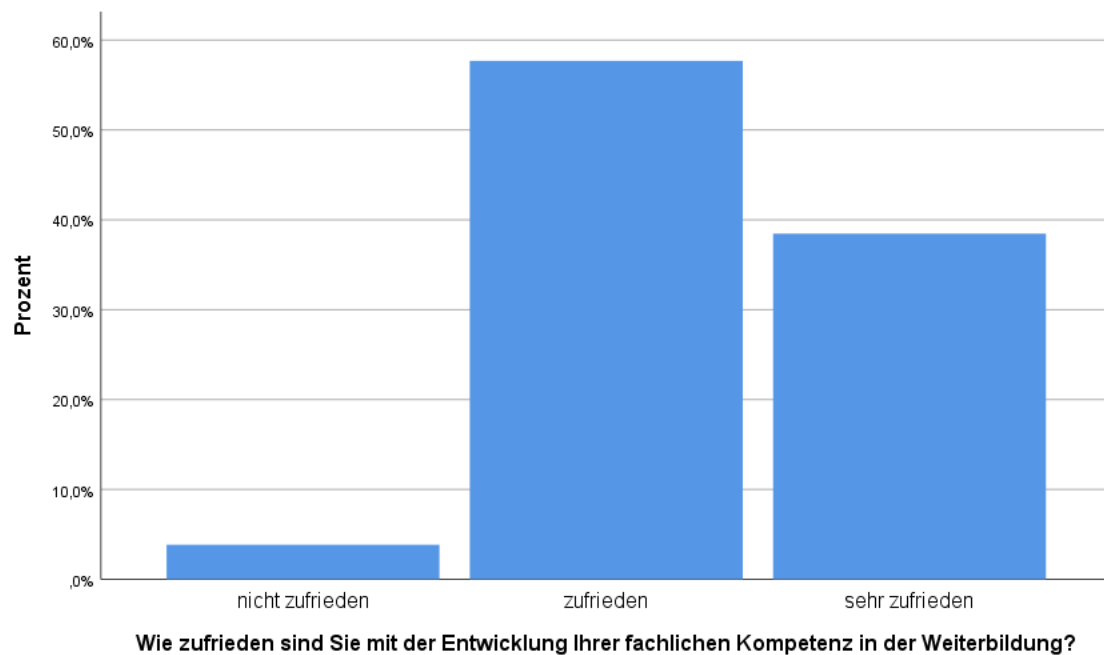


Abbildung 5: Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz (N=26)

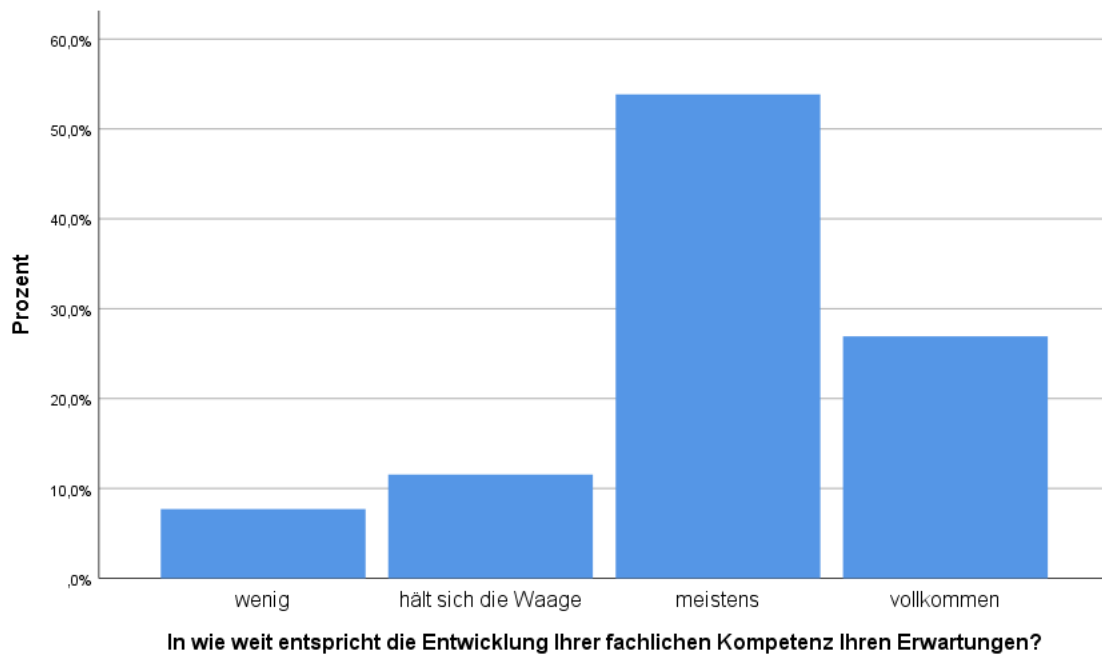


Abbildung 6: Erwartungshaltung an die fachliche Kompetenz (N=26)

„Meine fachliche Kompetenz hat sich in der Zeit meiner Weiterbildung gut entwickelt. Besonders am Anfang lernt man jeden Tag etwas Neues, wird routinierter in seinen Abläufen. Man muss immer weniger nachfragen.“ (26)

„Ich bin zufrieden mit meinen Kenntnissen. Im Bereich der Inneren Medizin bin ich definitiv gut ausgebildet und auch in den anderen Fächern lernt man Grundkenntnisse. Obwohl ich kein Chirurg bin, weiß ich wie eine Wunde auszusehen hat. Oder zum Beispiel im Bereich Notfallmedizin: Ich erkenne nun sicher einen Herzinfarkt und kann diesen auch entsprechend erstversorgen. (37)

„Manchmal würde ich gerne noch sicherer sein. Dazu braucht man aber eben auch Routine die man nur in der täglichen Arbeit erlangt. Beim Sonografieren hat das ganz schön lange gedauert, eine feste Rotation in eine Klinik/Ambulanz, wo man für eine gewisse Zeit den ganzen Tag unter Anleitung arbeitet wäre hier hilfreich.“ (16)

Auch bezogen auf die kommunikative Kompetenz zeigen die Ergebnisse, dass sich die ÄiW gut ausgebildet fühlen. Wertet man die Antworten in Abhängigkeit vom Geschlecht aus, ergibt sich kein wesentlicher Unterschied: Sowohl die weiblichen als auch männlichen Teilnehmer der Befragung sind mindestens zufrieden mit diesem wichtigen Aspekt ihrer Weiterbildung (Abbildung 7), die männlichen Teilnehmer tendenziell etwas

mehr als ihre weiblichen Kolleginnen. Dabei scheint auch die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz, also insbesondere das Erlernen der guten Gesprächsführung zwischen Arzt und Patient, den Erwartungen der Teilnehmer zu entsprechen. Die Mehrheit antwortet darauf, dass die Entwicklung ihren Vorstellungen entspreche (Abbildung 8). Keiner der Teilnehmer ist diesbezüglich unzufrieden. Einzelne distanzieren sich von einem Zusammenhang zwischen der Weiterbildung und ihrer guten Kommunikationsfähigkeit. Sie hätten diesbezüglich entweder bereits von einer vorangegangenen Facharztweiterbildung profitiert oder betrachteten sie als persönliche Kernkompetenz.

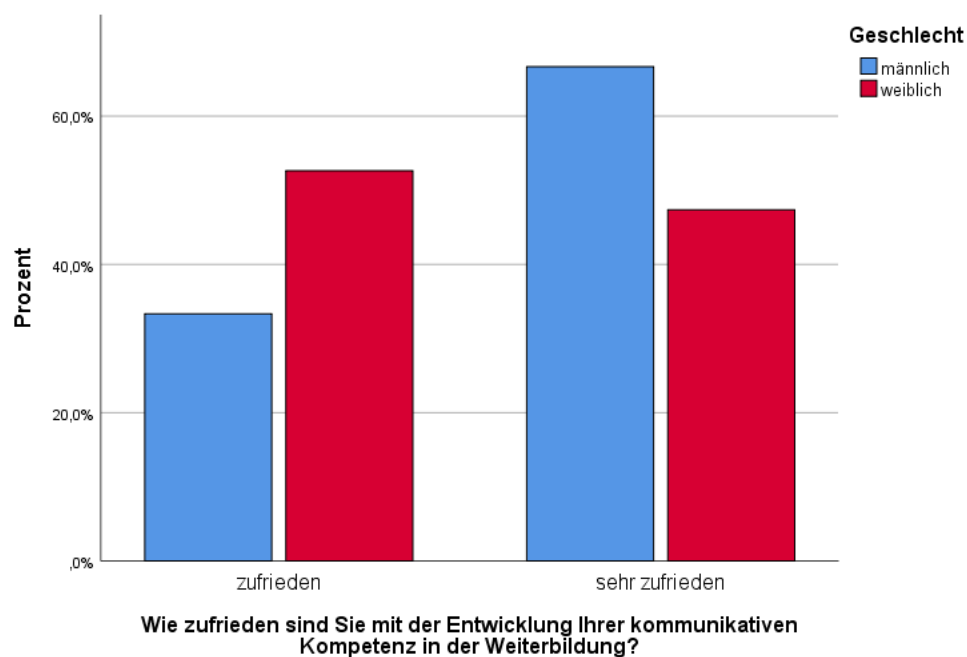


Abbildung 7: Zufriedenheit mit der kommunikativen Kompetenz (N=26)

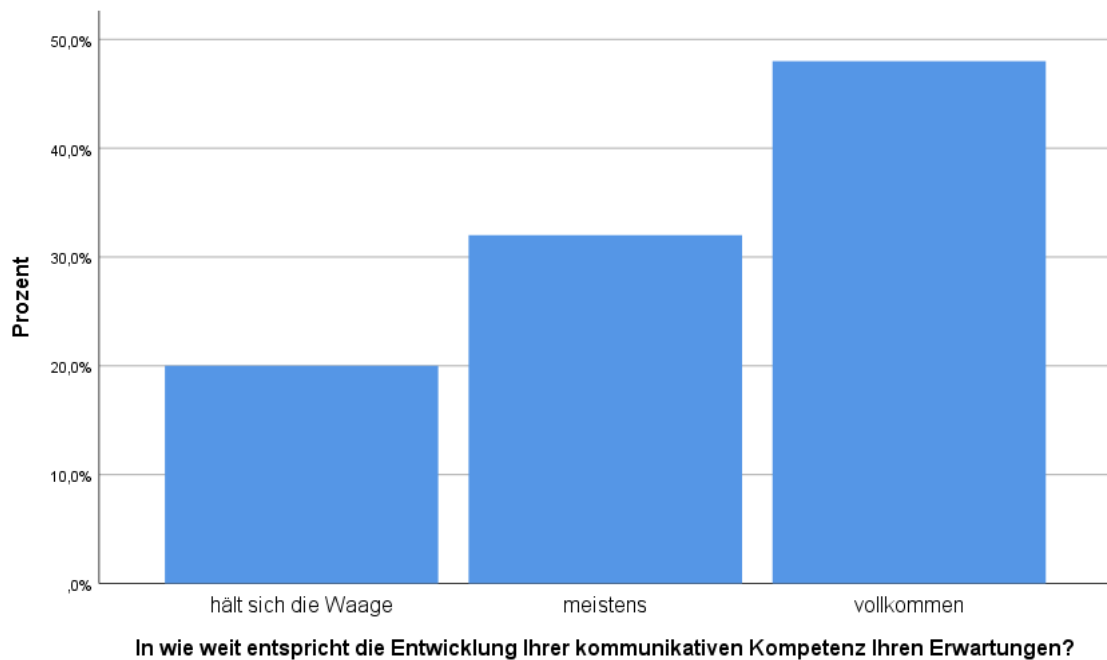


Abbildung 8: Entwicklung der kommunikativen Kompetenz (N=26)

„Gesprächsführung ist sicherlich wichtig für die Arbeit als Hausarzt. Das lernt man im täglichen Umgang mit den Patienten. Kurse zu diesem Thema sind aber auch interessant. Hier können auch die Weiterbilder manchmal noch etwas lernen.“ (50)

„Für einen Hausarzt ist es besonders wichtig, dass der Patient die Empfehlungen auch umsetzt. Bei den oftmals betagten Patienten ist es gar nicht so einfach, die eigentliche Botschaft verständlich zu übermitteln, vor allem, wenn die Zeit drängt und das Wartezimmer voll ist. Die Theorie dazu klingt gut, ist aber oftmals schwierig umzusetzen.“ (12)

„Ich habe bezogen auf die Gesprächsführung schon viel gelernt. Mit der Zeit kennt man seine Patienten und versteht komplexe medizinische Sachverhalte auf das Wesentliche zu reduzieren und zu vermitteln.“ (36)

4.3 Umgang mit schwierigen Arzt-Patienten-Situationen, Teaching

Ein gemischtes Bild zeigt sich in Bezug auf den Umgang mit schwierigen Arzt-Patienten-Situationen: Über 60% der Befragten sind sich unsicher, wie sie ihre Kompetenz dahingehend bewerten sollen. Dem gegenüber stehen knapp 40% der Teilnehmer, die sich in solchen Situationen als sehr kompetent einschätzen (Abb. 9). Hier herrscht

also eine erhebliche Diskrepanz innerhalb der ÄiW. Besonders interessant ist die Auswertung der Frage, woher die Teilnehmer die diesbezügliche Kompetenz ihrer Meinung nach erlangt haben. Nur ein geringer Anteil von Ihnen spricht diese Fähigkeit explizit dem Konzept der Weiterbildung zu, die überwiegende Mehrheit gibt an, diese Fertigkeit nicht oder nur teilweise durch die Ausbildung zum Allgemeinmediziner erlangt zu haben (Abb. 10).

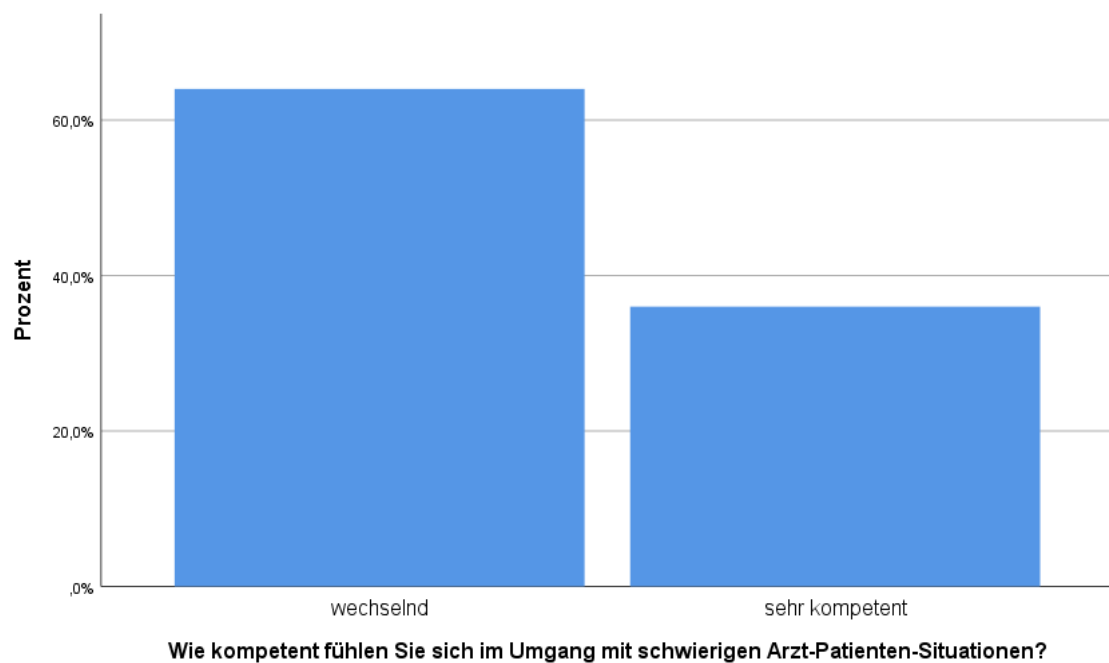


Abbildung 9: Kompetenz in schwierigen Arzt-Patienten-Situationen (N=26)

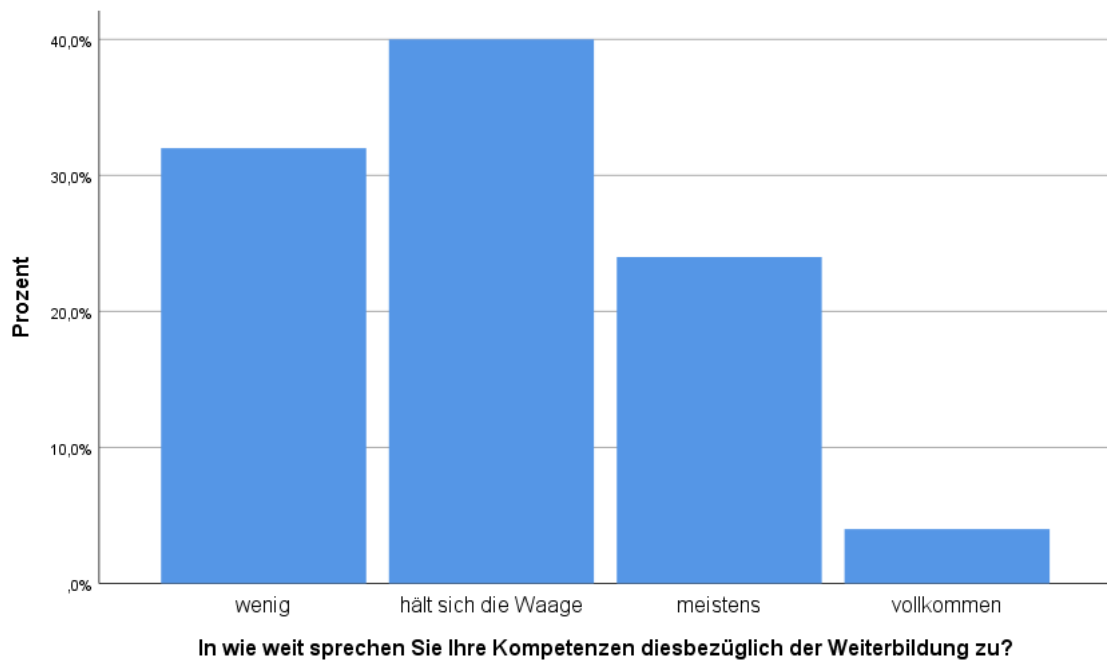


Abbildung 10: Kompetenz in schwierigen Arzt-Patienten-Situationen durch die Weiterbildung? (N=26)

„Schwierige Gespräche sind und bleiben eine Herausforderung, weil man nie genau weiß, wie sein Gegenüber reagiert. Und in aller Regel gehört das Überbringen schlechter Nachrichten zu den unbeliebteren Aufgaben eines jeden Arztes. Da kann man ohnehin kaum von Routine sprechen.“ (41)

„Ich denke niemand kann sich wirklich sicher in solchen Situationen fühlen; wir sind auch „nur Menschen“ und kommen an unsere Grenzen, sei es mit sehr fordernden, uneinsichtigen Patienten oder bei schweren Schicksalsschlägen. Um das zu trainieren, finde ich Kurse mit Simulationspatienten sinnvoll. Davon könnte es mehr geben.“ (45)

„Innerhalb der Weiterbildung wird auf diesen Aspekt wenig Wert gelegt. Ich kann aber gut mit meinem Chef darüber sprechen, wie er solche Probleme löst und so auch schon viel von ihm lernen.“ (10)

Die Zufriedenheit mit der Lehre generell ist überwiegend hoch. So ist die Mehrheit der Teilnehmer sehr zufrieden mit der Ausbildung, nur ca. 15 % der Ärzte sind nicht zufrieden und erwarten eine bessere Qualität (Abb. 11). Das Konzept der Weiterbildung wie in Absatz 2.3 beschrieben trifft überwiegend auf Zustimmung bei den jungen Medizern. Die Erwartungen an das Teaching werden bei der Mehrzahl der ÄiW erfüllt. Teaching wird in Kliniken und Praxen von denjenigen ÄiW, die schon mit beiden Bereichen des Gesundheitssystems Erfahrungen haben, ganz unterschiedlich bewertet. Rund

8 Prozent der teilnehmenden ÄiW gaben in der Umfrage an, dass sie diesbezüglich im Klinikalltag enttäuscht worden waren, wohingegen sie in der Praxis von zufriedenstellendem Teaching profitieren konnten.

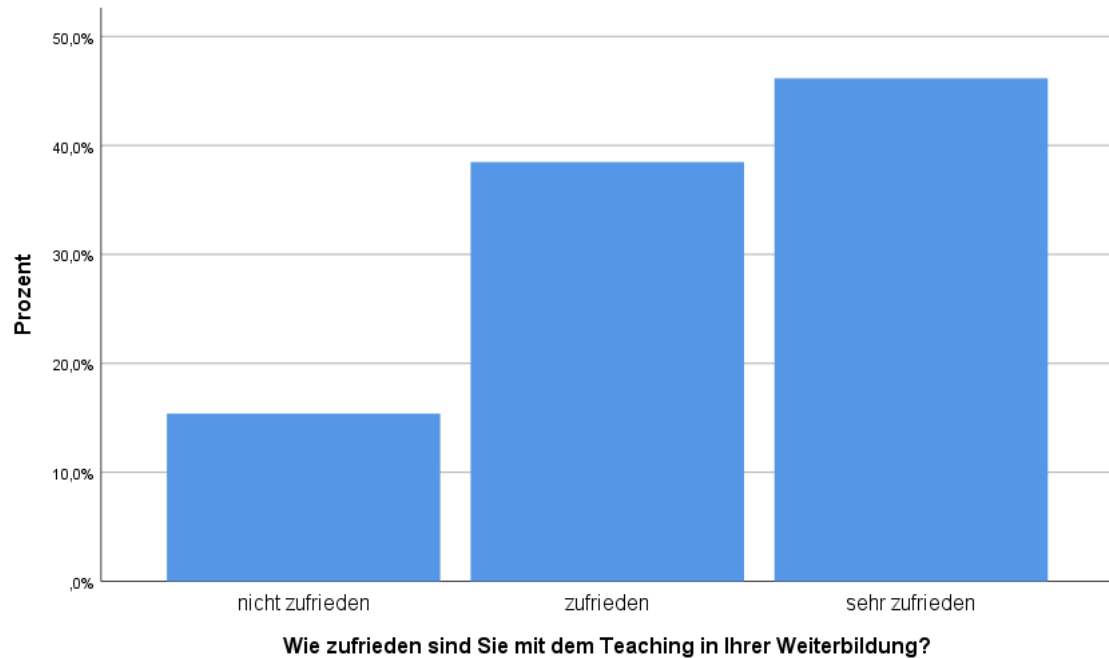


Abbildung 11: Zufriedenheit mit dem Teaching (N=26)

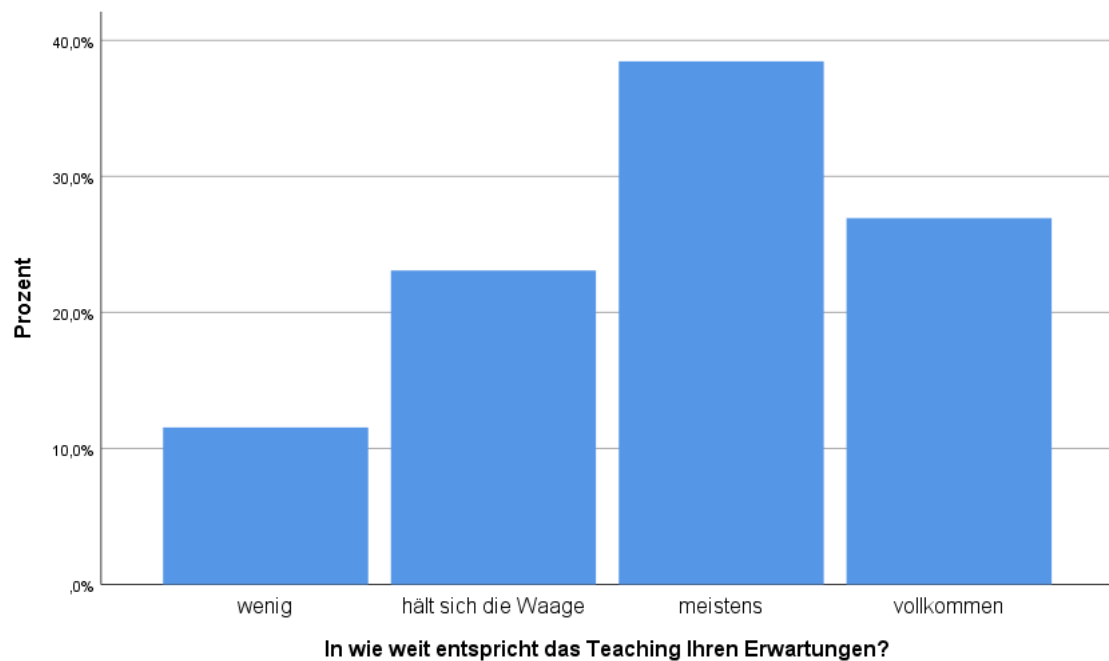


Abbildung 12: Erwartungen an das Teaching (N=26)

„Ich habe hier in der Praxis auf jeden Fall wahnsinnig viel gelernt, nicht nur medizinisch. Meine Chefs sind motiviert, mir ihr Wissen weiterzugeben, das würde ich irgendwann gerne genauso machen.“ (61)

„Die tägliche Arbeit ist sicherlich der wesentlichste Baustein einer guten Weiterbildung. Zwar ist der Alltag auch geprägt von Zeitdruck und mein Weiterbilder muss sich die Zeit zur Lehre aktiv nehmen, dennoch funktioniert das ganz gut.“ (12)

4.4 Interprofessionelles Arbeiten und Lerninhalte

Ein wichtiger Teil der Arbeit als Allgemeinmediziner ist die Zusammenarbeit mit den anderen Fachdisziplinen der Humanmedizin und mit diversen anderen Berufsgruppen des Gesundheitssystems. Zur Klärung spezieller Fragestellungen, zur erweiterten Diagnostik oder auch im Falle einer stationären Behandlung müssen Hausärzte stets mit ihren ärztlichen Kollegen anderer Fachbereiche und den Mitarbeitern anderer Fachberufe wie z.B. Physiotherapeuten, Ernährungsberatern und Pflegekräften zusammenarbeiten. Dabei sind Kenntnisse über die jeweiligen Möglichkeiten und Arbeitsfelder der einzelnen Berufe nötig, um eine korrekte Zuweisung und ein kollegiales Arbeitsverhältnis im Sinne einer optimalen Patientenversorgung zu ermöglichen. Es bedarf einer breiten Kenntnis über die einzelnen Tätigkeitsgebiete der anderen Berufsgruppen. Diese wird allerdings nicht zwangsläufig während des Studiums vermittelt, sondern kann nur in der täglichen Patientenversorgung erlebt und erlernt werden. Oftmals sind bei den Berufseinsteigern die Unsicherheiten groß, wenn es z.B. darum geht, wann genau ein Patient zum Facharzt überwiesen werden muss, welche therapeutischen Möglichkeiten ein Physiotherapeut hat oder wie genau eine spezielle Operation erfolgt. Dabei ist ein Hausarzt sowohl mit der Entscheidungsfindung bezüglich der optimalen Versorgung konfrontiert als auch für den Patienten in besonderem Maße beratend tätig. Interprofessionelles Arbeiten stellt also eine Kernkompetenz für den Allgemeinmediziner dar und sollte daher zentraler Baustein und Bestandteil der Weiterbildung sein.

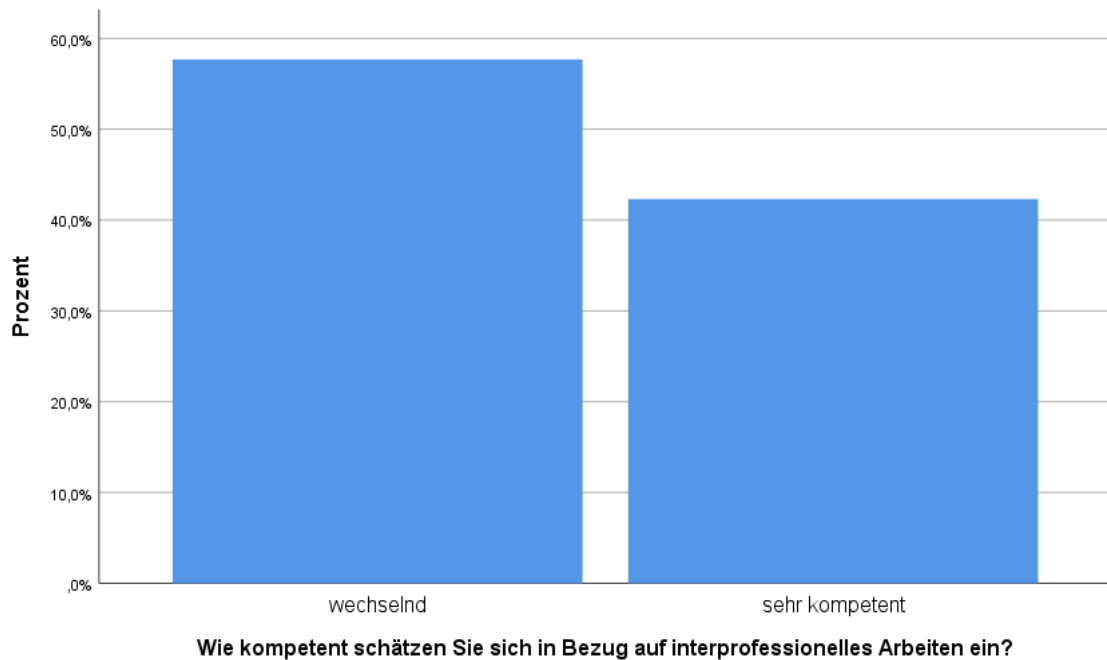


Abbildung 13: Kompetenz in Bezug auf interprofessionelles Arbeiten (N=26)

Im Bereich interprofessionelle Kompetenzen lässt sich kein differenziertes Ergebnis ableiten. Während etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer angibt, teils noch unsicher zu sein, so empfindet der andere Teil seine Kompetenz dahingehend als sehr gut (Abb. 13). Ob diese Kompetenz im Konzept der Weiterbildung begründet liegt bestätigen genauso viele wie dies auch abstreiten, nämlich genau 50%, siehe Abbildung 14. Berücksichtigt man die Wahrnehmung aus Sicht unterschiedlicher Geschlechter, zeigt sich ein anderes Bild. Weibliche ÄiW sehen diese Kompetenz eher als Erfolg der Weiterbildung, wohingegen Ihre männlichen Kollegen überwiegend das Gegenteil aussagen.

Interviewpartner merkten an, dass im Fall eines vorbestehenden Facharztstitels eine ungleich bessere Ausgangslage bezüglich interprofessioneller Kompetenzen bestünde. Somit schätzten Fachärzte ihre interprofessionellen Kompetenzen allesamt als fortgeschritten ein.

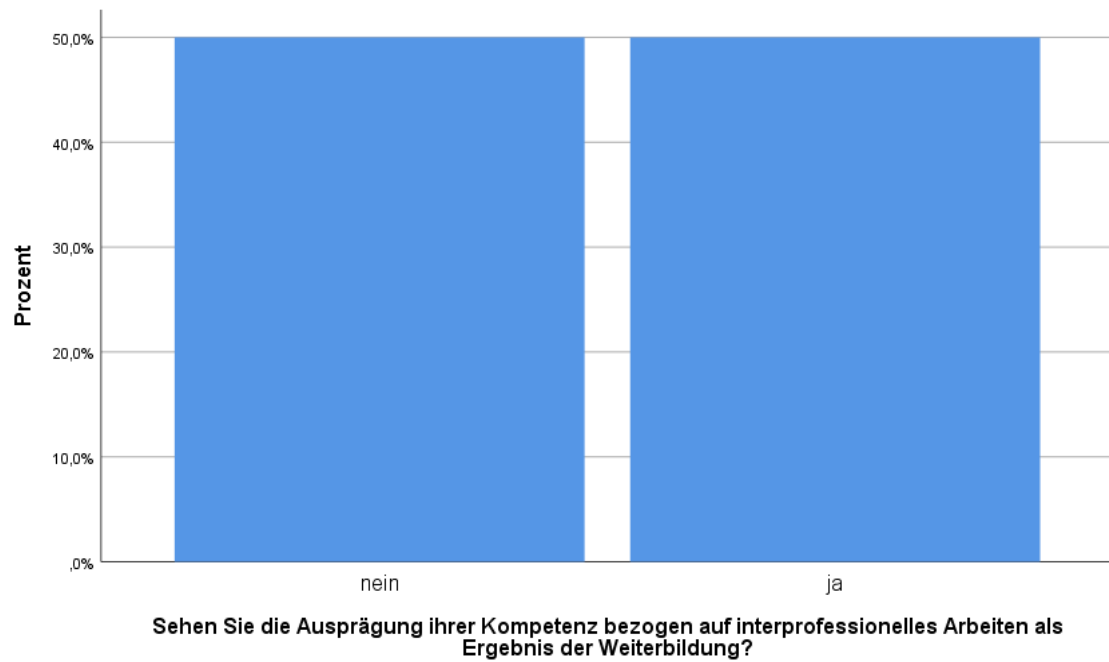


Abbildung 14: Kompetenz in Bezug auf interprofessionelles Arbeiten durch die Weiterbildung? (N=26)

Des Weiteren widmete sich die Befragung der Vermittlung verschiedener Lerninhalte in der Weiterbildung: Wie vorangehend beschrieben gehören dazu sowohl fachliche Expertise als auch „weiche“ Fähigkeiten (Patientengesprächsführung, interprofessionelle Zusammenarbeit etc.). Zum Beginn der Weiterbildung haben die angehenden Hausärzte in der Regel eine Vorstellung davon, was sie in ihrer Weiterbildung erlernen möchten. Wie in Abbildung 15 zu erkennen ist, konnten diese Erwartungen in der Mehrzahl der Fälle erfüllt werden.

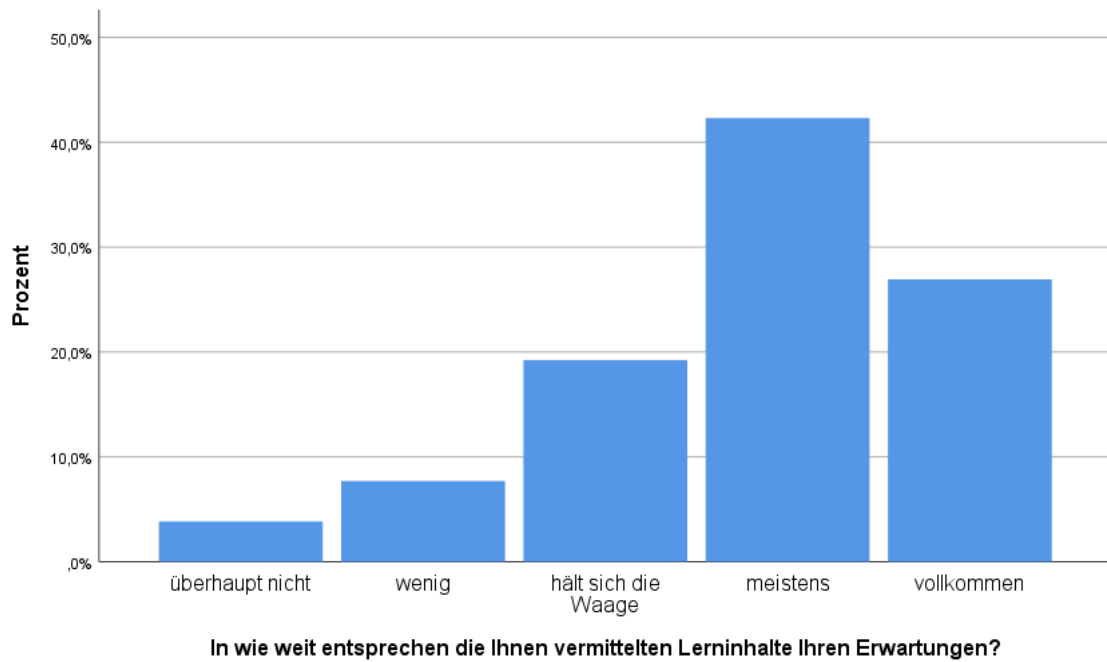


Abbildung 15: Wurde die Erwartungshaltung an die Lerninhalte erfüllt? (N=26)

Das Konzept der Weiterbildung trifft also auf eine breite Zustimmung bei den an-
gehenden Hausärzten. Etwas mehr als 80% der Teilnehmer sind zufrieden bis sehr zu-
frieden mit der Vermittlung der notwendigen Fähigkeiten. Das Konzept aus einer Mi-
schung von Praxisalltag, Kursen und Seminaren scheint also die ÄiW zu überzeugen.

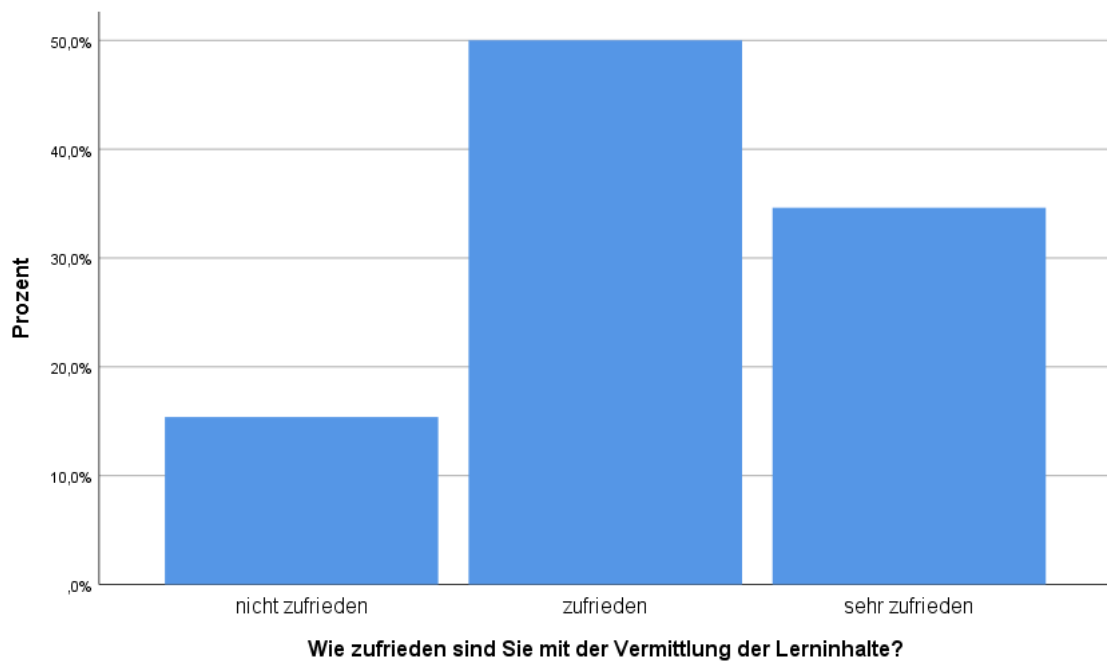


Abbildung 16: Wie zufrieden sind Sie mit der Vermittlung der Lerninhalte (N=26)

Bezogen auf die Vermittlung von Lerninhalten hatten die ÄiW die Möglichkeit, freie Antworten zu formulieren. Hierüber erhielten wir detailliertere Informationen über die individuell erlebte Qualität und Quantität der Lehre und Ausbildung. Circa 30 Prozent der befragten Ärzte kritisierten, dass zu wenig Zeit für Teaching vorhanden sei bzw. überhaupt keines stattfände. Davon wurden 27 Prozent konkret und bemängelten, dass ein großer Teil der ärztlichen Arbeitszeit in den Erhalt der Wirtschaftlichkeit einer Praxis investiert werden würde anstatt in eine suffiziente Ausbildung der Nachwuchsärzte zu fließen. Bei hohen Patientenaufkommen käme das Besprechen von medizinischen Fragen zu kurz. 15 % der befragten Ärzte trafen unabhängig voneinander die Aussage, dass sie sich häufig alleine gelassen fühlten und sich vieles selbst beibringen müssten. Ebenso viele gaben an, dass selbstständiges Arbeiten in der Weiterbildung zu selten supervidiert werden würde.

„Man muss versuchen, sich vieles selbst beizubringen. Oft habe ich das Gefühl, während meiner Arbeitszeit eine Fülle von Banalitäten abarbeiten zu müssen damit sich der Vorgesetzte in der Zeit um spannendere Fälle kümmern kann.“ (61)

13% aus der Gruppe der nicht zufriedenen ÄiW räumten jedoch ein, dass ein gewisses Maß an Eigeninitiative helfen würde, um Lehre durch den Weiterbilder zu erhalten. Dem weiterbildenden Arzt könne nicht von Anfang an klar sein, was für den jeweiligen ÄiW gerade besonders wichtig ist. Nachdem man ein konstruktives Gespräch gesucht habe, werde dem angehenden Facharzt oft auch mehr Selbstständigkeit eingeräumt.

Bei Betrachtung der freien Antworten zu dem Thema Vermittlung von Lerninhalten zeichnet sich folgendes Stimmungsbild ab: In Praxen sei man hiermit zufriedener als im Krankenhaus. Gewinnbringend für den Arbeitsplatz Praxis führten ÄiW eine Kommunikation auf Augenhöhe, ein ausgeprägtes kollegiales Verhalten und eine hervorragende Vermittlung praktischer Fertigkeiten zwischen Ausbilder und angehendem Facharzt an. Zudem räumten die ÄiW ein, dass man vom Chef in aller Regel großzügig freigestellt werde, um externe Weiterbildungsangebote wahrnehmen zu können. Auch profitiere man oft von der hausärztlichen Vernetzung.

„ [Mein] Chef ist sehr großzügig mit Freistellungen für Weiterbildungsveranstaltungen und ist diesbezüglich gut vernetzt.“ (35)

Die Strukturen, welche in den Kliniken auf die Weitergabe von Lerninhalten einwirken, schneiden insgesamt schlechter ab. Begründet sehen die ÄiW dies in einem Zeitmangel

sowohl der Lehrenden (i.d.R. Oberärzte) als auch der Assistenzärzte für die Vermittlung theoretischer Inhalte im laufenden Betrieb, in einem generellen Personalmangel und in mangelhaft strukturierten Einarbeitungen bzw. Rotationen zwischen den Stationen. Vielerorts würde man zu Arbeitsbeginn im Krankenhaus sprichwörtlich ins kalte Wasser geschmissen werden. Wie bereits erläutert, kann man hierzu keine absoluten Zahlen nennen, da nicht abgefragt wurde, wie viele ÄiW bereits sowohl in einer Klinik als auch in einer Praxis tätig waren. Es handelt sich daher lediglich um das Abbilden freier Antworten.

4.5 Hierarchie, belastende Ereignisse, Bewältigungsstrategien

Die überwiegende Mehrheit der befragten Ärzte empfindet keine echte Hierarchie in der Ausbildung, lediglich ein Befragter gibt diese in gutem Maße an. Dies spricht für ein kollegiales Arbeiten und besondere Wertschätzung für die Arbeit der Weiterbildungsassistenten durch ihre Ausbilder. Gut 15% der Teilnehmer gaben an, dass derartig flache hierarchische Strukturen zu einem guten und produktivem Arbeitsklima führten. Auch dies ist ein wichtiger Aspekt für eine als angenehm empfundene, moderne Weiterbildung und die Zufriedenheit der Hausärzte von Morgen. Die Mehrheit der Teilnehmer schwärmt hier von einer sehr guten Lebensqualität, nicht zuletzt empfunden durch die zugetragene Anerkennung.

Tabelle 3: Empfinden von Hierarchie (N=25, N=1 fehlend)

Wie wird Hierarchie und Kollegialität von Ihrer Seite in Ihrem Arbeitsumfeld erlebt?			
		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	flach	24	96,0
	gut	1	4,0
	Gesamt	25	100,0

„Die Hierarchie ist flach, ich kann mich vertrauensvoll an meinen Chef wenden, wenn ich mir unsicher bin.“ (46)

„Ich kann frei arbeiten und bin vollwertiges Teammitglied.“ (25)

„Eine gute Patientenversorgung steht im Mittelpunkt. Prinzipiell bin ich gleichberechtigt, frage aber natürlich nach, wenn etwas unklar ist. Das ist ein gutes Gefühl.“ (19)

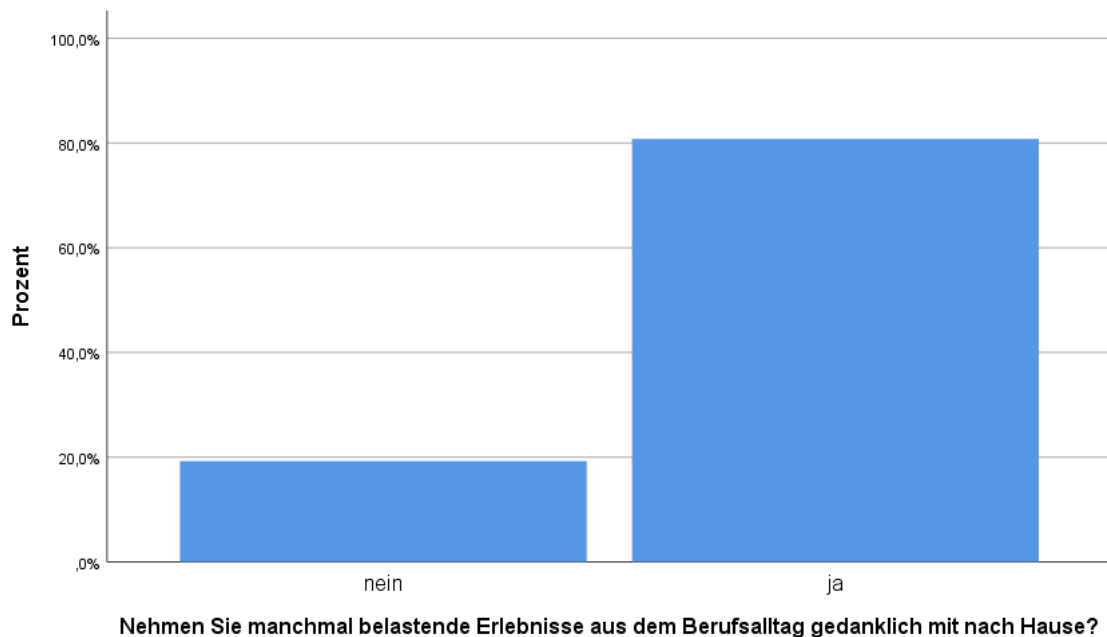


Abbildung 17: Umgang mit belastenden Ereignissen (N=26)

Wie alle anderen Fachrichtungen der Medizin sind auch die Allgemeinmediziner mit belastenden Ereignissen konfrontiert. Das Überbringen einer schwerwiegenden Diagnose, der unerwartete Tod eines langjährigen Patienten oder auch eine nicht oder zu spät erkannte Erkrankung können sehr belastend für den Hausarzt sein. Schließlich ist er oft als erster Ansprechpartner und Wegbereiter über viele Jahre für den Patienten tätig. Abbildung 17 zeigt, dass auch die Weiterbildungsassistenten solche Ereignisse gedanklich „mit nach Hause nehmen“; evtl. noch mehr als ein erfahrener Kollege, weil sie sich die Frage stellen, ob sie alles medizinisch korrekt gemacht haben oder weil sie das Schicksal ihres Patienten berührt, ohne dass sie eine gesunde emotionale Distanz aufrecht erhalten können. Oft gelingt es Jungmediziner noch nicht, sich hinreichend um ihre mentale Gesundheit zu kümmern. Im Folgenden werden weitere für die ÄiW belastende Ereignisse aufgeführt: Zum einen ist da eine gewisse Ehrfurcht vor dem umfangreichen Spektrum der Allgemeinmedizin, was zum anderen allerdings gleichzeitig auch als Chance für Abwechslungsreichtum im Beruf angesehen wird: Man möchte keine

Fehldiagnose stellen oder sich Versäumnisse während der Konsultationen vorwerfen müssen. Vor oder auch mit Erreichen des Facharztstatus möchte man den geforderten Standard erbringen können. Hinzu kommt, dass eine hohe Taktung von Terminen bzw. Arzt-Patienten-Kontakten das Risiko von Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung birgt. Gleichzeitig ist hier eine Entschleunigung kaum möglich. Der Ärztemangel in Relation zur zunehmenden Bevölkerungsdichte sowie Reglementierungen durch die Kassenärztliche Vereinigung verstärken das Missverhältnis. Dies könnte im Bereich der Medizin gegebenenfalls verheerende Folgen haben. Weil man sich dieser Konsequenz bewusst ist, wird der Faktor Zeitmangel und die damit einhergehende eingeschränkte Möglichkeit, sich mit erfahreneren Kollegen auszutauschen, als sehr belastend empfunden. Da man auch am persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch einsparen muss, entsteht regelmäßig Gefahr, wichtige Detailinformationen vom Patienten gar nicht zu erlangen. Häufig führen auch eine übermäßig hohe Erwartungshaltung bzw. überzogene Vorstellungen und Ansprüche der Patienten zu mentalen Belastungssituationen in der Assistenzärzteschaft. Das Auftreten von Patienten wird teilweise als fordernd bis frech empfunden, wie 19% der Befragten frei formulierten. Manch einen belastet zudem, als Hausarzt gegebenenfalls nächtliche Hausbesuche alleine durchführen zu müssen, dabei mit den Emotionen der Patienten und Angehörigen in einem unbekanntem Arbeitsumfeld konfrontiert zu werden. Es kam mehrfach in den Interviews zur Sprache, dass Reglementierungen der kassenärztlichen Vereinigung das Arbeiten in der hausärztlichen Praxis verkomplizieren. Im konkreten Fall könnten durch das Einhalten von bestimmten Budgets oftmals die Bedürfnisse der Patienten nicht berücksichtigt werden. Ein einzelner ÄiW sprach vom „Irrsinn des Gesundheitssystems“. Des Weiteren wird von seitens der ÄiW bemängelt, dass kein Fortbildungsangebot über relevante Themen der Allgemeinmedizin-Weiterbildung bestehe. Hier wünsche man sich insbesondere von der kassenärztlichen Vereinigung ein breiteres und attraktiveres Angebot um sich entsprechend seiner Interessenlage weiterbilden zu können. Die ÄiW vermissen einen festen Ansprechpartner, an den sie sich mit Fragen und Problemen wenden können, wenn der Vorgesetzte dafür mal nicht in Frage kommt. Als ebenfalls sehr belastend wird eine Abstufung des Hausarztberufes durch Ärzte anderer Fachbereiche nach dem Motto „der Hausarzt kann eh nichts richtig gut“ empfunden. Weiterhin gaben die ÄiW an, dass sie teilweise von der Willkür ihres Weiterbilders abhängig seien, wenn es um das Ausstellen von Zeugnissen gehe. Ganz unterschiedlich wird das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie wahrgenommen. Zum einen erlebten Teilnehmer eine überraschend gute Vereinbarkeit des Beruflichen mit dem Familiären, zum anderen entsteht auch hier mentale Belastung. Die Assistenzärzte sind sich bewusst über ihre eingeschränkte Flexibilität und nicht jedermann liegt der intrapersonelle Konflikt zwischen Elternrolle und einer

möglichst uneingeschränkt einsatzbereiten Arbeitskraft. Immerhin N=4 von 26 der Befragten ÄiW (15%) wünschen sich eine größere Akzeptanz für die Absolvierung der Weiterbildung in Teilzeit. Immer noch sei es schwierig, variable Arbeitszeiten zu etablieren. Ein ÄiW berichtete davon, dass man ihm in seiner Position als teilzeitarbeitender Weiterbildungsassistent einen Auflösungsvertrag anbot. Begründend sei der Wunsch nach einer Vollzeitkraft angeführt worden. Unter den älteren Hausärzten gäbe es noch altmodische Ansichten über berufstätige Mütter und Teilzeitarbeit, so die Aussage eines anderen ÄiW. Diejenigen, die zum Zeitpunkt der Befragung bereits in einer Klinik gearbeitet hatten, gaben als belastende Faktoren die hohe Dienstbelastung, Personalmangel, den Umgangston und eine geringe Wertschätzung von Weiterbildungsassistenten an. Als Assistenzarzt in Teilzeit habe man überwiegend Stationsarbeit verrichten müssen und sei nicht an Rotationsplänen beteiligt worden.

Nachfolgend zeigt Abbildung 18, dass die große Mehrheit der ÄiW Bewältigungsstrategien entwickelt hat. Neben der professionellen Besprechung in der Praxis zählen dazu auch in besonderem Maße der Austausch mit dem Lebenspartner und ärztlichen Kollegen. Dabei können die jungen Ärzte von ihren erfahrenen Praxiskollegen oftmals relevante Strategien erlernen, insbesondere erfahren sie, wie sie aus solchen Ereignissen auch Lehren ziehen können, die ihr zukünftiges Handeln positiv beeinflussen. Auch die Teilnahme an Balintgruppen oder Supervisionen ist zur Aufrechterhaltung der mentalen Gesundheit von Vorteil und sportliche Aktivitäten im Privaten helfen den ÄiW, einen Ausgleich zur beruflichen Belastung zu finden. Ein geringer Prozentsatz kritisiert, dass man mit dem Erlernen von Bewältigungsstrategien hauptsächlich sich selbst überlassen sei. Dieser Teil der Befragten erlebt keine professionelle Unterstützung seitens der Weiterbildung. In einem Fall kam es zu einem Burn-Out-Syndrom, als die Belastung zu groß wurde. Autogenes Training und der zeitweilige Einsatz eines Antidepressivums trugen dazu bei, dass diese Person wieder mit den psychisch herausfordernden Situationen des Arztberufes zurechtkommt.



Abbildung 18: Entwickeln die Ärzte Bewältigungsstrategien? (N=26)

„Wenn wir Nachricht von einer ernsten Erkrankung oder einem besonders schweren Schicksalsschlag eines Patienten erhalten, besprechen wir das oft gemeinsam. Niemand muss das mit sich alleine ausmachen. Natürlich denkt man dann oft auch an die Angehörigen, insbesondere wenn kleine Kinder in der Familie sind. Aber im Großen und Ganzen bleibt das auf der Arbeit. Manchmal bespreche ich auch zuhause den ein oder anderen Fall.“ (28)

„Für mich ist besonders wichtig, dass ich privaten Ausgleich, also Sport und Familienzeit habe. Dabei kann ich abschalten und die Schicksale meiner Patienten sind dann nicht präsent.“ (42)

Wir besprechen die Fälle innerhalb der Praxis. Vor allem wenn etwas nicht so gut gelaufen ist, belastet das natürlich. Dann versuchen wir, es das nächste Mal besser zu machen.“ (30)

Die Aussagen zeigen, dass belastende Patientenerfahrungen im Team besprochen werden, um emotionale Last nicht anzusammeln sondern abzubauen und aus schwierigen Situationen zu lernen. Persönlicher Ausgleich etwa durch Familie oder Sport hilft, Abstand zu gewinnen und das Erlebte nicht mit nach Hause zu nehmen. Insgesamt wird ein bewusster Umgang mit emotionalen Belastungen gesucht, sowohl im kollegialen

Umfeld als auch im Privatleben. Teil der Weiterbildung sind Bewältigungsstrategien aber nicht.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Methodik

Offensichtlich liegt den ÄiW eine gute Weiterbildung am Herzen und hat sie zur aktiven Teilnahme an der Erhebung veranlasst. Bei einer Studiengröße von $N=26$ Teilnehmern kann die Erhebung jedoch lediglich als grober Anhaltspunkt für die Qualität der ärztlichen Weiterbildung zum Allgemeinmediziner gesehen werden und erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität und Vollständigkeit. Allerdings haben auch andere Studien zu diesem Thema nur geringe Teilnehmerzahlen (Becker et al. 2024; Linde et al. 2020), da die Rekrutierung im klinischen Bereich schwierig ist. Bemerkenswert ist hierbei, dass die saarländische Krankenhausgesellschaft dazu keine Daten zur Verfügung gestellt hat. Ob in den Krankenhäusern ÄiW im Fach Allgemeinmedizin überhaupt systematisch erfasst werden, bleibt letztlich unklar. Bei einer erneuten Auflage der Umfrage sollten zwecks besserer Auswertung Onlinefragebögen verwandt werden, wie es auch Ko et al. 2024 in ihrer Untersuchung getan haben: Dabei wurden Quereinsteiger in die Allgemeinmedizin befragt, eine Rücklaufquote von über 95% bei einem $N>800$ konnte erreicht werden. Folglich liegt darin der Vorteil, dass Rückantworten zeitlich kurzfristiger und mit weniger Aufwand für die Teilnehmenden verfasst werden können. Eine unterschiedliche Möglichkeit zur Teilnahme via Interview und Fragebogen lässt sich kontrovers diskutieren: Zum einen erhalten Teilnehmer die Möglichkeit Meinungen und Aspekte zu äußern, die in einem reinen (Online-) Fragebogen möglicherweise gar nicht erfasst werden, zum anderen wird die Vergleichbarkeit und statistische Erfassung erschwert. Freie Einzelantworten liefern hier also lediglich besondere Aspekte eines Teilnehmers, zur Vergleichbarkeit und der Beantwortung der eingangs gestellten Fragen tragen sie aber nur unwesentlich bei. Diese Aussagen wurden daher auch entsprechend gekennzeichnet.

Eine Schwierigkeit, die Adressaten flächendeckend zu erreichen lag darin, dass insbesondere in Kliniken angestellte Assistenzärzte mit dem Ziel, sich der Allgemeinmedizin zu widmen, noch nicht als solche Weiterbildungsassistenten verzeichnet wurden. Weiterhin ist die Größe zum einen der limitierten Anzahl an Weiterbildungsassistenten im Saarland im Fach Allgemeinmedizin zuzusprechen, zum anderen ist insbesondere die relativ geringe Rücklaufquote durch die freiwillige anonyme Teilnahme im Rahmen des Studiendesigns beeinflusst. Falls genauere Daten erhoben werden müssen, sollte eine regelmäßige Evaluation verpflichtend durch die Ärztekammer bzw. die Kassenärztliche Vereinigung (KV) für die Ärzte eingeführt werden. Dass die überwiegende Zahl der

Teilnehmer per Fragebogen teilgenommen hat, spricht dafür, dass derzeit nur wenige Ärzte in Weiterbildung dem Thema eine solch hohe Priorität zuordnen, dass sie dafür einen gewissen zeitlichen Aufwand für ein Interview in Kauf genommen haben. Auch dieses Verhältnis der Teilnahme spricht für die Verwendung eines Onlinefragebogens. Dadurch kann eventuell auch eine noch höhere Rücklaufquote generiert werden und damit die Aussagekraft verbessert werden. Zudem könnte die Arbeit dadurch optimiert werden, dass erfasst wird, ob den ÄiW tatsächlich Mentoren zur Seite gestellt wurden und ob die im Konzept der Verbundweiterbildung nach Steinhäuser erwähnten Seminare durchgeführt wurden und, falls ja, in welchem Umfang. Somit wurden diese bestehenden Weiterbildungskonzepte nicht vollständig überprüft. Dennoch: Die erhobenen Daten deuten auf eine hohe Zufriedenheit mit dem umgesetzten Konzept der Verbundweiterbildung (Steinhäuser 2013) zum Allgemeinmediziner im Saarland hin. Es sei erwähnt, dass bei noch nicht etabliertem validiertem Fragebogen zu dieser Thematik eine Beratung durch einen Statistiker die Aussagekraft und die Gestaltung einer zukünftigen Umfrage und strukturierten bundesweiten Evaluation, wie sie auch die Autoren Sierocinski et al. 2022 in ihrer Arbeit fordern, erheblich verbessern kann.

5.2 Wie gut ist die aktuelle Weiterbildung?

Wie die Umfrage zeigt, ist der Großteil der Teilnehmer mit den verschiedenen Aspekten in hohem Maße zufrieden. Vergleichende andere Studien in anderen Regionen oder zu anderen Zeitpunkten speziell für das Fach Allgemeinmedizin liegen derzeit nicht vor, allerdings können wir die Aussagen nach Römer et al. 2017 bestätigen, wonach eine fundierte Weiterbildung wichtig für die weitere Berufsverlaufszufriedenheit zu sein scheint. Folglich ist ein Verbleib der ÄiW im Fach Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung abhängig von der Qualität ihrer Ausbildung. Daher ist sehr positiv zu bewerten, da somit das Konzept der DEGAM offensichtlich gut umgesetzt wurde. Die praxisnahe Ausbildung und die um Seminare und Fortbildungen ergänzte Weiterbildung treffen offenbar auf eine gute Resonanz. Dies ist für die weitere hausärztliche Versorgung im Saarland ein wichtiger Aspekt, da durch eine fundierte Weiterbildung Nachwuchsmediziner für den Beruf des Hausarztes begeistert werden können und dadurch auch die Zahl der Hausärzte in Ausbildung wieder steigt. Eben diese Schlussfolgerung wird auch durch Korzilius 2019 und auch aktuell durch Wangler et al. 2025 genannt und durch unsere Befragung bestätigt. Sollen weiter Nachwuchsmediziner im Bereich der hausärztlichen Versorgung gewonnen werden, ist es von großer Bedeutung, dass sie

bereits ab dem praktischen Jahr gute Lehre und Weiterbildung erleben und sich vielleicht auch aus diesem Grund für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner entscheiden, dies wird auch in anderen Untersuchungen so beschrieben (Kiolbassa et al. 2011; Gronseth et al. 2020). Selbstverständlich ist sowohl ein tiefgehendes als auch breites medizinisches Wissen für eine gute Patientenversorgung essentiell. Insbesondere in Zeiten des Hausärztemangels ist es ein positives Signal, dass die Weiterbildung als hochwertig empfunden wird. Gut umgesetzt wurde die Vermittlung der fachlichen Inhalte (vgl. Abbildung 1). Dabei scheinen häufige Krankheitsbilder und deren Therapien den ÄiW in zufriedenstellender Weise vermittelt zu werden, die Erwartungshaltung an die eigene diesbezügliche Kompetenz während der Weiterbildung wird erfüllt. Dennoch wird der Wunsch nach festen Rotationsplänen beispielsweise zum Erlernen sonografischer Fertigkeiten oder einer chirurgischen Basisausbildung unter Anleitung deutlich. Auch die nicht originären Aufgaben und Kenntnisse können in der Weiterbildung erlangt werden, hier gibt es jedoch auch noch Verbesserungspotential: So sollten die ÄiW auch die Möglichkeit haben, sich mit der Arbeitsweise von anderen, nicht-ärztlichen Berufsgruppen vertraut zu machen (z.B. Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Psychotherapeuten). Dafür müssten entsprechende Freiräume in der Weiterbildung geschaffen und die Kostenübernahme für solche Praktika geklärt werden. Andere fächerübergreifende Fertigkeiten (Chirurgie, Neurologie, Notfallmedizin) werden hingegen gut beherrscht. Es bedarf einer individuellen Betrachtung und Einschätzung, in welchem Bereich ein Weiterbildungsassistent noch Defizite hat um in einer praktikablen Weise gezielt geschult zu werden. Da dies sehr individuell und durch die Erfahrung des Einzelnen (z.B. vorliegende andere Facharztausbildung) beeinflusst sein kann, können hier Studientage zur individuellen Gestaltung ein Ansatz zu Optimierung der Weiterbildung sein. Befragungen aus anderen Bundesländern (Roos et al. 2022) befürworten hingegen vorwiegend Seminare zum Ausbau fachfremder Kompetenzen. Ein Nachteil einer solchen Lösung ist die gleichzeitige Abwesenheit des Arztes in seiner Weiterbildungsstätte. Der finanzielle Aufwand und die Organisation sind daher nicht zu unterschätzen und bedürfen einer kritischen Kosten-Nutzenabwägung.

Bezogen auf das Thema Kommunikation und Gesprächsführung überwog ein positives Resümee. In der alltäglichen Gesprächsführung fühlen sich die meisten Ärzte sicher, schwierige Arzt-Patienten-Beziehungen und Ausnahmesituationen bringen die Weiterbildungsassistenten jedoch immer noch an ihre Grenzen, wie auch Nittritz et al. 2016 schon beschreiben. Diesbezüglich forderten die Teilnehmer immer wieder spezielle Kurse und Schulungen, da solche Fähigkeiten nicht im Praxisalltag erlernt werden könnten und auch die Weiterbilder selbst teilweise sehr unsicher seien. Inwieweit Kurse und Seminare zum Thema Kommunikation in schwierigen Situationen allerdings eine

Routine und Sicherheit etablieren können, bleibt fraglich, da solche Gespräche stets für alle Beteiligten belastend, sehr individuell und in ihrem Verlauf unvorhersehbar sind. Dennoch sollten die Ärzte dahingehend ausgebildet werden, da sie in Ihrem Alltag immer wieder damit konfrontiert sind. Auch hierfür eignen sich Seminare oder Evaluations-teams. Da die kommunikativen Fähigkeiten überwiegend nicht der Weiterbildung zugesprochen werden (siehe Abbildung 10) ergibt sich durch eine Implementierung in diesem Bereich unter Umständen ein großes Verbesserungspotential.

Es könnte also der Eindruck entstehen, dass die Weiterbildung vielmehr durch externe Kurse attraktiv gestaltet werden könne, als durch „learning by doing“. Dies ist jedoch definitiv nicht der Fall, da dem Teaching im Praxisalltag durch einen erfahrenen weiterbildungsbeauftragten Allgemeinmediziner große Bedeutung zugeschrieben wird (vgl. Abbildung 11) und die ÄiW damit auch überwiegend sehr zufrieden sind. Dies soll nach Meinung der Nachwuchshausärzte weiterhin zentraler Bestandteil ihrer Weiterbildung sein und trägt demnach auch zum Großteil der Kompetenzbildung bei. Ob ein Beginn der Weiterbildung in der Praxis gegenüber dem Beginn zunächst im Krankenhaus sinnvoll ist, wie Becker et al. 2024 vorschlagen, kann durch unsere Arbeit nicht beantwortet werden. Allerdings decken sich dabei die Aussagen, dass die unmittelbare Nähe zum Ausbilder, wie sie durch die Zusammenarbeit in einer Praxis entsteht, vorteilhaft ist. Auch das gute Arbeitsklima ist für eine ungehinderte Kompetenzbildung förderlich. Bei allen Möglichkeiten der Optimierung durch Kurse oder Seminare darf die Ausbildung in der Praxis nicht vernachlässigt werden und sollte daher auch entsprechend weiter gefördert werden. Dies ist ein schwieriges Unterfangen, da Lehre zeitintensiv ist und Zeit im Praxisalltag oftmals knapp bemessen ist. Vorangestellt ist selbstverständlich eine suffiziente und effiziente Patientenversorgung, daneben sollte auch noch Zeit für eine Fallbesprechung oder Rückfragen des Weiterbildungsassistenten sein. Das Weglassen ebendieser Maßnahmen ist als problematisch zu betrachten, da regelmäßige Supervisionen für die jungen Ärzte ein elementares Werkzeug für ihre Weiterentwicklung darstellen. Eine suffiziente Patientenversorgung sollte nicht um zeitliche Ressourcen für wertvolles Feedback konkurrieren. Durch die gemeinsame Evaluation können womöglich Fehler oder Versäumnisse in der Patientenbehandlung aufgedeckt werden und der weiterbildende Arzt und der ÄiW können gemeinsam eine gesunde Fehlerkultur erschaffen. Folglich ist es also unabdingbar, die Weiterbilder zu entlasten und Freiräume für Lehre zu schaffen. Dies kann insbesondere durch den Abbau von administrativen Aufgaben geschehen, daneben ist auch eine finanzielle Vergütung angebracht. Die Qualität der Weiterbildung hängt demnach also auch von der generellen Arbeitsbelastung der Hausärzte ab, da sie zusätzlich zum normalen Praxisalltag durch die Weiterbilder gewährleistet werden muss.

Die weiterbildenden Praxisärzte zeigten laut den Umfrageergebnissen die Bereitschaft, auf die Wünsche der ÄiW nach Lehre einzugehen. Es sollte prinzipiell so früh wie möglich besprochen werden, in welchen Themenbereichen Kenntnisse ausgebaut werden müssen und wo ÄiW Schwerpunkte setzen können und wollen. Dieses sollte bei Bedarf reevaluiert werden können. Somit kann frühzeitig einem drohenden Ungleichgewicht zwischen Ausbildungserwartung und -Realität entgegen gewirkt werden. Mit Blick auf solche Vorhaben, besteht allerdings die Gefahr, dass zusätzliche administrative Aufgaben z.B. zur Protokollierung entstehen, wovon unbedingt abzusehen ist. Vielmehr sollte ein Verständnis für individuell sinnvolle Anpassungen in der Weiterbildung geschaffen werden und in der Folge effiziente und personalisierte Angebote gefördert werden. Die Herausforderung besteht darin, praktikable und im Berufsalltag realisierbare Maßnahmen zu erarbeiten. Gegebenenfalls können weiter ausgebauten Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin hier zukünftig mehr Hilfestellungen bieten.

Ein ebenso aktuelles Thema stellt die Absolvierung der Weiterbildung in Teilzeit dar. Die Nachwuchsärzte möchten ihre Freizeit variabler gestalten und gleichzeitig ergreifen immer mehr Frauen den Arztberuf. Eine zukünftig weiblicher werdende Ärzteschaft bringt einige Vorteile mit sich wie zum Beispiel eine Zunahme der Ärztezahlen an sich. Im aktuellen Kontext der wachsenden Bedeutung von Freizeitgestaltung und Aufgabenteilung zwischen Elternteilen bedeutet das allerdings auch, dass der Arztberuf oftmals nicht mehr im Umfang einer Vollzeitstelle ausgeübt wird (Oberberg et al. 2024). Spielen Kinder in einer partnerschaftlichen Beziehung eine Rolle, so ist es zudem nicht mehr üblich, dass ein Elternteil sich ausschließlich der Kindererziehung und dem Haushalt zuwendet und somit komplett aus der der Arbeitswelt ausscheidet. Wenn Eltern mit zeitintensiven Berufen auch Betreuungszeit für ihre Kinder übernehmen, wird also oft ein flexibles Arbeitsmodell nötig. Hier kann die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner sogar von Vorteil sein, wie einzelne Teilnehmer berichteten und auch die Arbeit von Ko et al. 2024 zeigt: Durch weniger Arbeitszeit im Schichtdienst ist die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner im Gegensatz zu anderen Fachdisziplinen teils besser für Eltern geeignet.

Verbesserungspotential zeigt sich auch im Bereich des interprofessionellen Arbeitens. Da sich viele Nachwuchshausärzte hier nicht konstant sicher fühlen, sollte die fachübergreifende Ausbildung z.B. mit Rotationen und Praktika in verschiedenen Disziplinen verbessert werden. Es sollte das Wissen über ärztliche und nicht-ärztliche Kollegen, die auch an der Patientenversorgung beteiligt sind, erweitert werden. Am effizientesten wäre es, wenn Zeitraum und Auswahl der Rotation an den individuellen Kenntnisstand der ÄiW angepasst würden. Um das Erlangen des Facharztstatus jedoch hierdurch

nicht hinauszuzögern, müssten entsprechende Abschnitte der Weiterbildungszeit angerechnet werden. Entschließt sich beispielsweise ein AiW, der vorher eine chirurgische Ausbildung begonnen hat, die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner zu absolvieren, kann dieser gezielt von einer Rotation in eine medizinische oder neurologische Praxis oder Klinik profitieren. Aktuell geben immerhin 50% der Befragten an, diese interprofessionelle Kompetenz nicht durch die Weiterbildung sondern durch eigene Initiative erlangt zu haben und diese „Rotationen“ bewusst so geplant zu haben. Daher ergibt sich hier sicherlich Optimierungspotential indem man dies aktiv in die Weiterbildung einbindet und in vollem Umfang anrechnet.

Bezogen auf hierarchische Strukturen sehen die Teilnehmer der Befragung keine nachteilige Rangordnung. Ein Großteil der Ärzte gibt an, wenig Hierarchie im Alltag zu erleben. Dies ist insofern positiv zu bewerten, da starre, hierarchische Strukturen sowohl der Patientenversorgung als auch der Weiterbildung nicht zwangsläufig nützen (Walton 2006), wohingegen ein kollegiales Miteinander, unter Berücksichtigung eines respektvollen Umgangs, überwiegend zu einer positiven Arbeitskultur beiträgt. Dies ist fester Baustein einer guten Weiterbildung und in der Wichtigkeit nicht zu unterschätzen. Verhindern Rangordnungen eine persönliche Weiterentwicklung, führt dies in aller Regel zu Frust und prägt das Empfinden der Weiterbildungszeit negativ. Hierarchische Strukturen sollten nicht den kollegialen Austausch blockieren oder Ängste schüren. Solche Alltagssituationen wurden von den hier befragten Weiterbildungsassistenten nicht geschildert. Im Gegensatz dazu berichten sie von Wertschätzung auf Augenhöhe und erleben Akzeptanz als vollwertiges Teammitglied einer Praxis. Gleichzeitig schreiben sie dem Erfahrungsschatz der Weiterbilder eine wichtige Bedeutung zu. Die Weitergabe von Wissen und Fertigkeiten kann aktiv eingefordert werden. Dies funktioniert nur in einem intakten und von Vertrauen geprägten Arbeitsverhältnis. Hier ist die Allgemeinmedizin mit ihrem Weiterbildungskonzept und ihren Ausbildern laut unserer Umfrage anderen medizinischen Fachbereichen möglicherweise schon einen Schritt voraus und kann als positives Beispiel dienen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Allgemeinmedizin für Ärzte vielerlei anderer Fachdisziplinen eine attraktive Option für einen Wechsel darstellt (Ko et al. 2024) und somit eine große Chance auf eine gesicherte Nachfolge von Hausärzten entsteht. Auch in unserer Umfrage zeichnet sich dies ab: Ein gewisser Anteil der Teilnehmenden hat zunächst Vorerfahrungen in anderen Fachbereichen gesammelt bevor die Entscheidung auf die Allgemeinmedizin fiel. Dies führt zu einer hohen Variabilität innerhalb dieses Fachgebietes.

Die Bandbreite von Faktoren, welche zu Belastungssituationen für die AiW führen, ist groß. Es besteht Interesse, in diesem Bereich in Zukunft gezielt nähere Untersu-

chungen zu erheben um mehr über das psychosoziale Wohlbefinden während der Weiterbildung zu erfahren. Die Sorge, eine Fehldiagnose zu stellen oder das Leid eines Patienten nicht bestmöglich behandelt zu haben zeugt von einem ausgeprägten Bewusstsein für die Tragweite und Verantwortung, die dem Arztberuf zugrunde liegen. Entstehen hier psychische Belastungssituationen, ist dies zunächst einmal nicht ungewöhnlich. Grundsätzlich kann es von Vorteil sein, dass ein Weiterbildungsassistent seinen Kenntnisstand kritisch hinterfragt und reflektiert in die Entscheidungsfindung geht. Wenn sich jedoch das Gefühl manifestiert, nicht zu genügen bzw. nicht genügend Wissen zu haben, sollten professionelle Angebote greifbar sein und Hilfestellung leisten können. Im Umgang mit solchen Situationen kann z.B. eine Fallbesprechung mit dem Ausbilder und auch allen anderen Praxisangestellten helfen. Dazu sollte stets die Möglichkeit angeboten werden. Bei der Arbeit in einem sozialen Beruf, bei der viel Kontakt zu Menschen besteht, muss sicherlich der Faktor Menschlichkeit auch in der Arbeitsumgebung bedeutsam bleiben. Erste Anzeichen von Überforderung gilt es sowohl beim Kollegen nicht zu übersehen als auch vom Betroffenen selbst im Bedarfsfall mutig anzusprechen. Die Teilnahme an Balint-Gruppen, und anderen professionellen Evaluationsrunden, wie sie auch durch andere Autoren vorgeschlagen wird (Gong et al. 2024), ist eine geeignete Maßnahme, hier sollte das Angebot aufrechterhalten und ausgebaut werden. Weitere Bewältigungsstrategien, die im privaten Umfeld liegen, gilt es während Belastungsspitzen nicht etwa fallen zu lassen, sondern dann in besonderem Maße zu verfolgen beziehungsweise mit beharrlicher Kontinuität auszuüben. Die überwiegende Mehrheit sieht hier die Verantwortung im angestellten Arzt selbst. Zweifelsohne begünstigt eine möglichst gute Work-Life-Balance die mentale Gesunderhaltung. Die ÄiW vermissen einen festen Ansprechpartner, an den sie sich mit Fragen und Problemen wenden können, wenn der Vorgesetzte dafür mal nicht in Frage kommt. Wir müssen also basierend auf diesen Aussagen davon ausgehen, dass zum Zeitpunkt der Umfrage sowohl die im bestehenden Weiterbildungskonzept nach Steinhäuser vorgesehenen Seminare noch nicht angeboten wurden (oder keine Kenntnis davon bestand) als auch das Mentoringprogramm noch nicht flächendeckend umgesetzt worden ist. Da die Abfrage hier lückenhaft ist, könnte eine genauere und aktuelle Umfrageerhebung hier eindeutige Ergebnisse liefern und somit einen möglichen Handlungsbedarf aufdecken.

Um abschließend die eingangs gestellten Fragen zu beantworten lässt sich folgendes festhalten: Grundsätzlich sind die Maßnahmen des Konzepts Verbundweiterbildung erfolgreich umgesetzt worden, es existiert eine strukturelle Weiterbildung mit universitärer Anbindung im Bereich Allgemeinmedizin im Saarland. Weiterer Handlungsbedarf in der Weiterbildung besteht hauptsächlich im Bereich einzelner spezieller Fertig-

keiten des auszubildenden Arztes, die Bedürfnisse sind hier sehr heterogen, daher müssen hier individuelle Konzepte z.B. im Rahmen des Mentoring-Programmes erarbeitet werden. Generelle Forderungen nach weiteren festen Rotationen lassen sich aus dieser Untersuchung nicht ableiten. Grundsätzlich sollte jedoch weiterhin mehr Zeit für Ausbildung geschaffen werden, dies ist bei hoher Arbeitsdichte und einem komplexen Patientenlientel weiterhin essentiell. Lehre und Ausbildung finden hauptsächlich im Bereich der Weiterbildungsstätte statt. Dies ist so auch akzeptiert und vorteilhaft angesehen, zeigt aber Gleichzeitig auch die Notwendigkeit auf, die Weiterbilder kontinuierlich zu schulen (siehe auch Holmboe et al. 2010) und ihnen entsprechende zeitliche und finanzielle Möglichkeiten einzuräumen. Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin im Saarland hat speziell für die Schulung von weiterbildenden Fachärzten in allgemeinmedizinisch relevanten Bereichen die Train-The-Trainer-Seminarreihe konzipiert. Die Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin im Saarland wird von den Teilnehmenden überwiegend als qualitativ hochwertig wahrgenommen. Sie bietet eine solide fachliche Ausbildung, ein gutes Arbeitsklima und praxisnahe Lehre. Handlungsbedarf besteht vor allem im Bereich der strukturierten Vermittlung spezieller Fertigkeiten, der Kommunikation in schwierigen Situationen sowie beim interprofessionellen Arbeiten. Eine stärkere Individualisierung der Weiterbildung, mehr zeitliche Ressourcen für Supervision und Feedback sowie eine bessere Unterstützung der Weiterbilder wären sinnvolle nächste Schritte.

5.3 Ausblick

Bei erneuter Datenerhebung unter Hinzunahme weiterer Detailfragen zu den Weiterbildungskonzepten und deren Umsetzungen, könnten Inhalt sowie die Qualität der aktuellen Weiterbildung zum Allgemeinmediziner noch aufschlussreicher untersucht werden. Methodisch sollten die unter 5.1 beschriebenen Anpassungen erfolgen. Zudem ließen sich bei Wiederholung bestimmter Umfrageparameter beispielsweise über die gemessene Zufriedenheit der ÄiW Rückschlüsse auf Erfolg bzw. Misserfolg modifizierter Weiterbildungskonzepte ziehen. Sofern die Weiterbildung weiterhin optimiert und noch attraktiver gestaltet werden kann und folglich die Weiterbildungsassistenten in dieser Fachrichtung eine hohe Zufriedenheit davon tragen, darf man auf einen weiteren Zuwachs an Nachwuchsmediziner in der Allgemeinmedizin hoffen. Besonders vielversprechend hinsichtlich der Qualitätsverbesserung der Weiterbildung war gemäß unserer Erhebung die Einrichtung des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin an

der Universität des Saarlandes. Bundesweit etablierten sich jüngst weitere Kompetenzzentren in den Bundesländern. Es wäre dadurch auch eine Datenerhebung auf bundesweiter Ebene denkbar. So erhaltene Umfragewerte ließen eine Vergleichbarkeit von Inhalt und Qualität der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung zwischen den Bundesländern zu und wären aufgrund der größeren Population aussagekräftiger.

6 Literaturverzeichnis

- 1 Ärztekammer des Saarlandes (2020) WBO 2020.
- 2 Becker C, Stengel S, Roos M, Altiner A, Schwill S (2024) Starting postgraduate medical training in general practice with a rotation in general practice - a qualitative study on experiences and effects. *GMS journal for medical education* 41: Doc53.
- 3 Beerheide R, Richter-Kuhlmann E (2018) Lehre in der Allgemeinmedizin: Innovativ und individuell. *Dtsch Arztebl International* 115: A-1204-A-1208.
- 4 Broermann M, Wunder A, Messemaker A, Schnoor H, Gerlach FM, Sennekamp M (2018) Strukturiert und unterstützt durch die Weiterbildung Allgemeinmedizin: Evaluation eines hessenweiten Mentoringprogramms für Ärzte/innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 137-138: 69–76.
- 5 Christian (2017) Der letzte Vollarzt. <http://naturheilkunde.ovh/der-letzte-vollarzt/> (27.08.2024).
- 6 EB (2018) Facharzt: Vertragsärzte bilden mehr Weiterbildungsassistenten aus. *Dtsch Arztebl International* 115: A-2150-A-2150.
- 7 Eckart WU (2021) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. 9., überarbeitete und erweiterte Auflage Springer, Berlin, Germany.
- 8 Flum E, Magez J, Aluttis F, Hoffmann M, Joos S, Ledig T, Oeljeklaus L, Simon M, Szecsenyi J, Steinhäuser J (2016) Das Schulungsprogramm der Verbundweiterbildung(plus) Baden-Württemberg: Entwicklung und Implikationen für die Implementierung von Verbundweiterbildungsprogrammen in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 112: 54–60.
- 9 Gong B, Zhang X, Lu C, Wu C, Yang J (2024) The effectiveness of Balint groups at improving empathy in medical and nursing education: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC medical education* 24: 1089.
- 10 Gronseth IM, Malterud K, Nilsen S (2020) Why do doctors in Norway choose general practice and remain there? A qualitative study about motivational experiences. *Scandinavian journal of primary health care* 38: 184–191.
- 11 Haumann H, Flum E, Joos S (2016) Aktiv in Forschung und Lehre in der Weiterbildung Allgemeinmedizin – Perspektiven der nachrückenden Ärztegeneration. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 118-119: 65–72.
- 12 Hillienhof A (2019) Allgemeinmedizin: Neues Kompetenzzentrum Weiterbildung im Saarland. *Dtsch Arztebl International* 116: A-388-A-388.
- 13 Hinrichs H (2022) Viele sehen im Hausarzt einen Attest-Automaten. *Mmw Fortschritte Der Medizin* 164: 32–33.

- 14 Hoffmann M, Flum E, Steinhäuser J (2016) Mentoring in der Allgemeinmedizin: Beratungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 112: 61–65.
- 15 Holmboe ES, Sherbino J, Long DM, Swing SR, Frank JR (2010) The role of assessment in competency-based medical education. Medical teacher 32: 676–682.
- 16 Hoppe J-D (1997) 1947/1997 – Bundesärztekammer im Wandel (XII): Die Weiterbildungsordnung - Von der Schilderordnung zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf. Deutsches Ärzteblatt: A-2483 / B-2121 / C-1986.
- 17 Hummers-Pradier E, Bleidorn J, Schmiemann G, Joos S, Becker A, Altiner A, Chenot J-F, Scherer M (2012) General practice-based clinical trials in Germany - a problem analysis. Trials 13: 205.
- 18 Jäkel K, Flum E, Szecsenyi J, Steinhäuser J (2016) Welche häufig in der Allgemeinmedizin durchgeführten Prozeduren beherrschen Ärzte in Weiterbildung in ihrer Selbsteinschätzung bereits nach dem Studium? - eine Querschnittstudie. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 115-116: 85–92.
- 19 Kiobassa K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Szecsenyi J, Joos S, Goetz K (2011) Becoming a general practitioner--which factors have most impact on career choice of medical students? BMC family practice 12: 25.
- 20 Ko J, Krug K, Förster C, Jähnig T, Bischoff M, Becker C, Schwill S (2024) Lateral entry into general practice - an explorative analysis of general practice trainees in the competence centre for postgraduate medical education Baden-Württemberg. GMS journal for medical education 41: Doc51.
- 21 Korzilius H (2019) Die Zahl der Hausärzte steigt. Deutsches Ärzteblatt 116: 1096.
- 22 Ledig T, Flum E, Magez J, Eicher C, Engeser P, Joos S, Schwill S, Szecsenyi J, Steinhäuser J (2016) Fünf Jahre Train-the-Trainer-Kurs für weiterbildungsbefugte Hausärzte - qualitativ-quantitative Analyse der Begleitevaluation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 117: 65–70.
- 23 Linde K, Maria Huber C, Barth N, Schneider A (2020) Wie erleben junge Allgemeinärzt*innen den Übergang in die hausärztliche Praxis? Eine qualitative Studie. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.
- 24 Mader FH (2016) Professionalisierung eines Fachgebiets. Der Allgemeinarzt 38: 31–34.
- 25 Mader FH, Riedl B (2018) Ausbildung, Weiterbildung und Facharztprüfung. In: Mader FH, Riedl B (Hrsg.) Allgemeinmedizin und Praxis. Facharztwissen, Facharztprüfung : Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung 423–433. 8., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage Springer, Berlin, Heidelberg.

- 26 Nittritz C, Schaffer S, Kühlein T, Roos M (2016) Konsultationskompetenz als Element in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland – eine qualitative Befragung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 117: 57–64.
- 27 Roick C, Heider D, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH (2012) Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 74: 12–20.
- 28 Römer F, Ziegler S, Scherer M, van den Bussche H (2017) Die Berufsverlaufszufriedenheit von Assistenzärzten und -ärztinnen nach vierjähriger Weiterbildung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 120: 47–53.
- 29 Roos M, Schneider A, Gensichen J, Simmenroth A, Kühlein T, Schneider D (2022) The "Seminartage Weiterbildung Allgemeinmedizin" (SemiWAM®) - development, implementation and evaluation of a five-year, competence-based postgraduate programme in Bavaria. *GMS journal for medical education* 39: Doc19.
- 30 Rourke J, Frank JR (2005) Implementing the CanMEDSTM physician roles in rural specialist education: the Multi-Speciality Community Training Network. *Rural and remote health* 5: 406.
- 31 Sewering HJ (1987) Von der "Bremer Richtlinie" zur Weiterbildungsordnung: A 2299-A2306.
- 32 Sierocinski E, Mathias L, Freyer Martins Pereira J, Chenot J-F (2022) Postgraduate medical training in Germany: A narrative review. *GMS journal for medical education* 39: Doc49.
- 33 Steinhäuser J (2013) DEGAM-Konzept VerbundweiterbildungPlus 2013.
- 34 Valentini J, Flum E, Schwill S, Krug K, Szecsenyi J, Joos S (2018) Komplementäre und Integrative Medizin in der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin: Ergebnisse einer Bedarfserhebung bei Ärzten in Weiterbildung. *Complementary medicine research* 25: 233–239.
- 35 van den Bussche H (2019) Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62: 1129–1137.
- 36 Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B (2015) Position statement GMA Committee--"Interprofessional Education for the Health Care Professions". *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 32: Doc22.
- 37 Walton MM (2006) Hierarchies: the Berlin Wall of patient safety. *Quality & safety in health care* 15: 229–230.

- 38 Wangler J, Claus S, Jansky M (2025) Approaches towards averting a potential structural shortage of general practitioners: results of a quantitative survey on attitudes, experiences, and ideas from general practitioners in the Federal Republic of Germany. *BMC primary care* 26: 124.
- 39 Wangler J, Jansky M (2024) Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Befunde einer quantitativen Befragung von Allgemeinmediziner*innen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 67: 998–1009.

7 **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

Abbildung 1: Verbundweiterbildung plus nach Steinhäuser et al. 2013	6
Abbildung 2: Verteilung Fragebogen / Interview (N=26)	13
Abbildung 3: Verteilung nach Geschlecht (N=26)	13
Abbildung 4: Orte der Arztpraxen der Teilnehmer.....	14
Abbildung 5: Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz (N=26)	15
Abbildung 6: Erwartungshaltung an die fachliche Kompetenz (N=26)	16
Abbildung 7: Zufriedenheit mit der kommunikativen Kompetenz (N=26)	17
Abbildung 8: Entwicklung der kommunikativen Kompetenz (N=26)	18
Abbildung 9: Kompetenz in schwierigen Arzt-Patienten-Situationen (N=26).....	19
Abbildung 10: Kompetenz in schwierigen Arzt-Patienten-Situationen durch die Weiterbildung? (N=26)	20
Abbildung 11: Zufriedenheit mit dem Teaching (N=26).....	21
Abbildung 12: Erwartungen an das Teaching (N=26)	21
Abbildung 13: Kompetenz in Bezug auf interprofessionelles Arbeiten (N=26)	23
Abbildung 14: Kompetenz in Bezug auf interprofessionelles Arbeiten durch die Weiterbildung? (N=26) ...	24
Abbildung 15: Wurde die Erwartungshaltung an die Lerninhalte erfüllt? (N=26).....	25
Abbildung 16: Wie zufrieden sind Sie mit der Vermittlung der Lerninhalte (N=26)	25
Abbildung 17: Umgang mit belastenden Ereignissen (N=26).....	28
Abbildung 18: Entwickeln die Ärzte Bewältigungsstrategien? (N=26).....	31
Tabelle 1: Verteilung Fragebogen/Interview	12
Tabelle 2: Verteilung Geschlecht	12
Tabelle 3: Empfinden von Hierarchie (N=25, N=1 fehlend).....	27

8 Abkürzungsverzeichnis

AiW / ÄiW	Arzt/ Ärzte in Weiterbildung
ÄKS	Ärztetkammer des Saarlandes
AM	Allgemeinmedizin
ca.	circa
DEGAM.....	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
e.V.	eingetragener Verein
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
FA	Facharzt
i.d.R.	in der Regel
Kassenärztliche Vereinigung	KV
Kompetenzzentrum Weiterbildung Saarland	KWS
Universität des Saarlandes	UdS
z.B.	zum Beispiel
ZAM.....	Zentrum Allgemeinmedizin

9 Publikationen und Dank

9.1. Publikationen

- Postervortrag, Tag der Allgemeinmedizin, 29.02.2020, Homburg



Fragestellung und Einleitung

Wie zufrieden sind die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Saarland mit dem Inhalt und der Qualität ihrer Weiterbildung?

Aktuell sind die Inhalte der Weiterbildung in der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes (2004) geregelt. Bisherige Studien kommen jedoch zu dem Ergebnis, dass insbesondere die Konsultationskompetenz als Kernpunkt der allgemeinmedizinischen Versorgung kein Ausbildungsgegenstand der Weiterbildung ist und den Weiterbildenden u.a. die didaktischen Fähigkeiten in der Ausbildung fehlen (Nitzritz et al. 2016). Die Arbeit soll einen aktuellen Standpunkt zu diesem Thema und die daraus folgenden notwendigen Veränderungen in der Weiterbildung aufzeigen. Sie kann nach eventuellen Neuerungen wiederholt werden und Effekte von Veränderungen untersuchen. Nachfolgend werden einige Positionen aus der aktuellen Erhebung dargestellt.

Material und Methodik

Von den Autoren wurde ein neuer Fragebogen entworfen, der in anonymisierter Form ausgewertet wurde. N=26, davon 76,9% weiblich, ÄiW konnten in die Erhebung eingeschlossen werden (Teilnahmequote: 40,6% aller ÄiW, die aktuell innerhalb des Saarlandes in einer Praxis angestellt sind). Die Teilnehmer konnten ihre Antworten zudem auch in persönlicher Form (19,2%) mittels Interview äußern. So konnten auch individuelle Meinungen und Kritikpunkte erfasst werden. Die Interviews wurden im Zeitraum von August bis September 2019 geführt. ÄiW mit dem Ziel Facharzt für Allgemeinmedizin, die sich noch in der Ausbildung innerhalb einer Klinik befinden, konnten nicht befragt werden, da sie nicht durch die kassenärztliche Vereinigung erfasst werden.

Ergebnisse

Generell sind die ÄiW aktuell überwiegend zufrieden mit der Entwicklung ihrer fachlichen Kompetenz in der Weiterbildung (Abb. 1).

Auch die Art und Weise der Vermittlung der Lerninhalte im Praxisalltag führt mehrheitlich, unabhängig vom Geschlecht, zur Zufriedenheit der Befragten (Abb. 2).

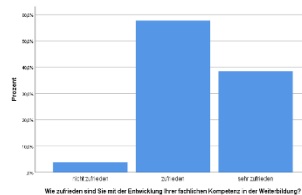


Abb. 1, N=26

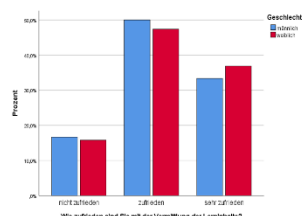


Abb. 2, N=26, davon weiblich N=20

Mangelnde Zeit für Ausbildung aufgrund eines hohen Patientenaufkommens und fehlende Standards werden allerdings durch die ÄiW als belastend empfunden. Defizite stellen sich in der Ausbildung bezogen auf schwierige Arzt-Patienten-Situationen dar: Hier geben 61,5% der befragten ÄiW an, sich nur wechselnd bzw. zeitweise kompetent zu fühlen. Außerdem zeigt sich ein Unterschied abhängig vom Geschlecht der Befragten: Weibliche ÄiW fühlen sich hier weniger kompetent als ihre männlichen Kollegen (Abb. 3).

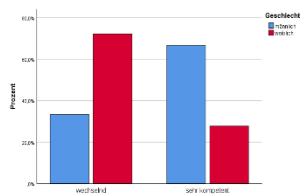


Abb. 3, N=26, davon weiblich N=20

Zudem schreiben viele der ÄiW die Entwicklung ihrer Kompetenz in schwierigen Arzt-Patienten-Beziehungen nicht explizit der Weiterbildung zu, sondern sehen diese

in persönlichen und eigenständigen Weiterbildungsmaßnahmen begründet (Abb. 4).

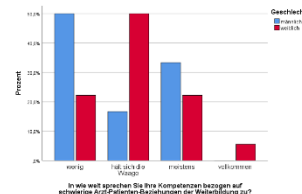


Abb. 4, N=26, davon weiblich N=20

Schlussfolgerung

Allgemein lässt sich eine **hohe Zufriedenheit zum aktuellen Weiterbildungskonzept** feststellen. Bezogen auf den Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung ist dies ein wichtiger Faktor, um neue Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin im Saarland zu gewinnen und den Beruf attraktiv zu machen. Auch die Vermittlung des Wissens eingebunden in die alltägliche Patientenversorgung kommt überwiegend gut bei den ÄiW an.

Ergänzendes Konzept dazu könnte ein **erweitertes Angebot an Kursen** (z. B. Sonografie, wirtschaftliche Aspekte, Umgang mit belastenden Situationen) sein. Dazu müssen sowohl die Weiterbildenden als auch die ÄiW die notwendigen **zeitlichen Freiräume** in den Praxisalltag integrieren können, wozu es eines **finanziellen Ausgleiches** bedarf. Zudem sollten sich die Weiterbildenden an **klar definierte Standards** halten, um so eine möglichst gleiche Ausbildungsqualität zu gewährleisten. Solche müssen noch erarbeitet und an die aktuellen Anforderungen für Allgemeinmediziner in medizinischer, wirtschaftlicher und menschlicher Hinsicht angepasst werden. So kann die Weiterbildung Lernende und Lehrende bereichern und die zukünftige hausärztliche Versorgung in hoher Qualität gewährleisten.



Abb. 5: Gute Weiterbildung in der Praxis Metz, Homburg

Literaturverzeichnis

1. Nitzritz C, Schuffer S, Kühlein T, Roos M (2016) Konsultationskompetenz als Element in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland – eine qualitative Befragung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 117: 57–64.

9.2 Danksagung

Ich möchte allen danken, die mich unterstützt haben.

Meine Familie und meine Freunde trugen mich mit großer Zuversicht durch die Zeit bis zum Einreichen der Dissertation.

10 Lebenslauf

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Lebenslauf in der elektronischen Fassung der Dissertation nicht veröffentlicht.

11 Anlagen

11.1 Anschreiben

Zentrum Allgemeinmedizin
Universitätskliniken, Gebäude 80.2, 66421 Homburg

Max Mustermann
Praxis Muster
Musterstraße 1
12345 Musterstadt

Sarah Rings

Zentrum Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät der Uni-
versität des Saarlandes Ge-
bäude 80.2

66421 Homburg

☎ 06841 9689596

📞 +49 162 344 1614

✉ sarah.rings1@gmail.com

Homburg, Juni 2019

**An alle Ärztinnen und Ärzte, die sich im Saarland in der
Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befin-
den!**

Sehr geehrter Herr Muster,

mein Name ist Sarah Rings. Zurzeit befinde ich mich im 5. klinischen Semester des Medizinstudiums und schreibe meine Doktorarbeit in meinem Forschungssemester.

Wir möchten Inhalt und Qualität der Fachweiterbildung Allgemeinmedizin überprüfen. Dazu möchte ich Sie befragen.

Es sollen Qualität und Inhalt Ihrer Weiterbildung entsprechend der Antworten verbessert und justiert werden. Des Weiteren soll in einigen Jahren eine Kontrollarbeit aufzeigen, ob und was sich für eine qualitativ gute und praxisorientierte Facharztausbildung getan hat bzw. weiter ändern muss.

Professor Dr. Johannes Jäger vom Zentrum für Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes fungiert als Betreuer dieser Arbeit.

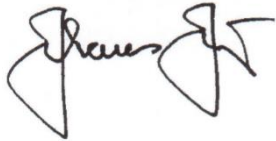
Ich bin abhängig von Ihrer Mithilfe und Ihren Antworten. Daher würde ich mich über ein Gespräch mit Ihnen sehr freuen! Gerne besuche ich Sie an Ihrem Arbeitsplatz oder wir treffen uns nach

individueller Absprache an einem anderen für Sie geeigneten Ort. Kommt dies für Sie nicht infrage, bin ich Ihnen dankbar, wenn Sie den beigefügten Fragebogen mittels frankiertem Rückumschlag **bis zum 20.09.2019 an mich zurücksenden**. Die Daten werden selbstverständlich anonym und ohne die Möglichkeit der Rückverfolgung ausgewertet!

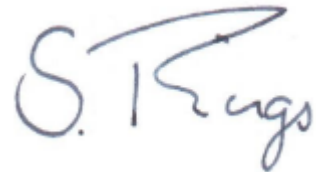
Ich bin zwecks Terminabsprache oder bei Fragen zum Thema für Sie erreichbar unter den o.g. Telefonnummern und per E-Mail.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Bereitschaft!

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Jäger' with a stylized flourish at the end.

Prof. Dr. Johannes Jäger, MME

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'S. Rings' with a large, sweeping flourish above the name.

Sarah Rings, Doktorandin

11.2 Fragebogen

Fragebogen zu Inhalt und Qualität in der Weiterbildung zur/zum Allgemeinmediziner/in im Saarland

Frage 1

- a) Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer fachlichen Kompetenz in der Weiterbildung?
 - ☐ nicht zufrieden
 - ☐ zufrieden
 - ☐ sehr zufrieden
- b) In wie weit entspricht die Entwicklung Ihrer fachlichen Kompetenz Ihren Erwartungen?
 - ☐ überhaupt nicht
 - ☐ wenig
 - ☐ hält sich die Waage
 - ☐ meistens
 - ☐ vollkommen
- c) Welche Ihrer Erwartungen sind über- oder untertroffen worden, falls dies der Fall ist?

Frage 2

- a) Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer kommunikativen Kompetenz in der Weiterbildung?
 - ☐ nicht zufrieden
 - ☐ zufrieden
 - ☐ sehr zufrieden
- b) In wie weit entspricht die Entwicklung Ihrer kommunikativen Kompetenz Ihren Erwartungen?
 - ☐ überhaupt nicht
 - ☐ wenig
 - ☐ hält sich die Waage
 - ☐ meistens
 - ☐ vollkommen

Frage 3

- a) Wie kompetent fühlen Sie sich im Umgang mit schwierigen Arzt-Patienten-Situationen?
 - ☐ nicht kompetent
 - ☐ wechselnd
 - ☐ sehr kompetent
- b) In wie weit sprechen Sie Ihre Kompetenzen diesbezüglich der Weiterbildung zu?
 - ☐ überhaupt nicht
 - ☐ wenig
 - ☐ hält sich die Waage
 - ☐ meistens
 - ☐ vollkommen

Frage 4

- a) Wie zufrieden sind Sie mit dem Teaching in Ihrer Weiterbildung?
 - ☐ nicht zufrieden
 - ☐ zufrieden
 - ☐ sehr zufrieden
- b) In wie weit entspricht das Teaching Ihren Erwartungen?
 - ☐ überhaupt nicht
 - ☐ wenig
 - ☐ hält sich die Waage
 - ☐ meistens
 - ☐ vollkommen

Frage 5

- a) Wie kompetent schätzen Sie sich in Bezug auf interprofessionelles Arbeiten ein?
 - ☐ nicht kompetent
 - ☐ wechselnd
 - ☐ sehr kompetent
- b) Sehen Sie die Ausprägung ihrer Kompetenz bezogen auf interprofessionelles Arbeiten als Ergebnis der Weiterbildung?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein

Frage 6

- a) In wie weit entsprechen die Ihnen vermittelten Lerninhalte Ihren Erwartungen?

- ☐ überhaupt nicht kommen ☐ wenig ☐ hält sich die Waage ☐ meistens ☐ voll-

b) Was sind Kritikpunkte?

c) Wie zufrieden sind Sie mit der Vermittlung der Lerninhalte?

- ☐ nicht zufrieden ☐ zufrieden ☐ sehr zufrieden

d) Was sind Kritikpunkte?

Frage 7

Was belastet Sie in Ihrer Weiterbildung zum Allgemeinmediziner?

Frage 8

Wie wird Hierarchie und Kollegialität von Ihrer Seite in Ihrem Arbeitsumfeld erlebt?

Frage 9

1. Nehmen Sie manchmal belastende Erlebnisse aus dem Berufsalltag gedanklich mit nach Hause?
☐ Ja ☐ Nein
2. Falls ja: Haben Sie Strategien entwickelt, einen Umgang damit zu finden?
☐ Ja ☐ Nein ☐ bisher noch nicht

3. Wie sehen diese Strategien aus, erfahren Sie zum Beispiel Unterstützung in der beruflichen Weiterbildung oder haben Sie privat jemanden zum Reden etc.?

11.3 Anonymisierte Teilnehmerliste und Rücklauf

Teilnehmer	Antwort	Interview	Fragebogen
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10	X	X	
11			
12	X		X
13			
14			
15			
16	X		X
17			
18			
19	X	X	
20			
21	X		X
22	X		X
23			
24			
25	X	X	
26	X	X	
27			
28	X		X
29			
30	X		X
31	X		X
32	X		X
33			
34			
35	X		X
36	X		X
37	X		X
38			
39			
40	X		X
41	X		X
42	X		X
43			
44			
45	X		X
46	X	X	
47			
48			
49			
50	X		X
51	X		X
52			
53			
54			
55			
56	X		X
57	X		X
58			
59			
60			
61	X		X
62			
63			
64	X		X