

Aus der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
der Philipps-Universität Marburg
Leitung: Prof. Dr. med. Erika Baum

in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Standort Marburg

**WEITERBILDUNGSVERBÜNDE ALLGEMEINMEDIZIN IN DEUTSCHLAND
– EINE BESTANDSAUFNAHME –**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Humanmedizin
dem Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
Willi Heinrich
aus Strümpfelbach

Marburg 2006

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin
der Philipps-Universität Marburg

am 10.Mai 2007

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof. Dr. med. Bernhard Maisch

Referent: Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff

Correferent: Prof. Dr. med. P. v. Wichert

**Gewidmet meinem behinderten Sohn Alexander,
bei dem ich sehr viel Seelenbildung gelernt habe**

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	LITERATURÜBERSICHT	1
1.1.1	<i>Standortbestimmung der Allgemeinmedizin im deutschen Gesundheitssystem .</i>	<i>1</i>
1.1.2	<i>Gesetzliche und standesrechtliche Rahmenbedingungen der Weiterbildung</i>	<i>6</i>
1.1.3	<i>Initiativen zur Qualitätssicherung.....</i>	<i>11</i>
1.2	PROBLEMSTELLUNG DER STUDIE	16
2	MATERIAL UND METHODEN	19
2.1	DATENERHEBUNG.....	19
2.2	DATENAUSWERTUNG UND STATISTIK.....	20
3	ERGEBNISSE	22
3.1	BETEILIGTE KLINIKEN	22
3.2	STELLENAUSSCHREIBUNG UND BESETZUNG DER WEITERBILDUNGSSTELLEN	26
3.3	ORGANISATION UND DURCHFÜHRUNG DER WEITERBILDUNG.....	29
3.4	BEWERTUNG DES VERBUNDSYSTEMS.....	32
4	DISKUSSION.....	34
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	44
6	SUMMARY	46
7	LITERATURVERZEICHNIS	47
8	ANHANG	56
8.1	VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN	56
8.2	ANSCHREIBEN.....	58
8.3	PROTOKOLLBOGEN FÜR DAS STRUKTURIERTE INTERVIEW	59
9	DANKSAGUNG	62
10	LEBENS LAUF.....	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

1 Einleitung

1.1 Literaturübersicht

1.1.1 Standortbestimmung der Allgemeinmedizin im deutschen Gesundheitssystem

Die Allgemeinmedizin als eigenständiges Fach ist eine vergleichsweise junge Disziplin. Sie entwickelte sich in Deutschland ab etwa Anfang der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts, nachdem der Deutsche Ärztetag 1958 eine dreijährige obligate Weiterbildung für Praktische Ärzte beschlossen hatte (BUNDESÄRZTEKAMMER 1994).

Dieser Schritt kann als Resultat eines rapiden Ansehensverlustes des Praktischen Arztes im Gefolge der zunehmenden Spezialisierung angesehen werden, die im 19. Jahrhundert von den Medizinischen Fakultäten ausging und 1924 erstmals durch eine Facharztordnung festgeschrieben wurde. Die Erosion der Patientenstämme Praktischer Ärzte durch die zunehmende Niederlassung von Fachärzten ließ sich auch durch das von den Praktischen Ärzten durchgesetzte Verbot für Spezialisten, sich auf anderen als ihrem Fachgebiet zu betätigen, nicht aufhalten. Zunehmend suchten die Patienten direkt den Facharzt statt des als minderwertig angesehenen, da nicht weitergebildeten Praktischen Arztes auf. Das Verhältnis niedergelassener Spezialisten zu Praktischen Ärzten stieg dadurch bis zum Jahr 1960 auf 40:60, mit exponentiell wachsender Tendenz. Gleichzeitig wurde in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts auch deutlich, dass der Praktische Arzt Aufgaben in der hausärztlichen Versorgung wahrgenommen hatte bzw. wahrnahm, die auch durch eine Vielzahl von Fachärzten in dieser Form nicht geleistet werden konnten, und zudem zeigte sich, dass die primäre Inanspruchnahme von Spezialisten durch ein unausgelesenes

Krankengut weder ökonomisch noch medizinisch sinnvoll war (IN DER SCHMITTEN und HELMICH 2000).

1968 beschloss der Deutsche Ärztetag eine fakultative vierjährige Weiterbildung für das neu geschaffene Fach Allgemeinmedizin; Studienabgänger konnten wählen, ob sie wie bisher als Praktischer Arzt oder aber als freiwillig weitergebildeter und geprüfter Allgemeinarzt in der hausärztlichen Versorgung tätig sein wollten. Dieser Schritt war jedoch im Rückblick ein Fehler, da die Weiterbildung freiwillig war und somit in der Wahrnehmung der Patienten Allgemein- und Praktischer Arzt gleichermaßen „zweitklassig“ waren. Im Gefolge stieg das Verhältnis der Primärkonsultationen von Fach- und Allgemein- bzw. Praktischen Ärzten auf 60:40 (IN DER SCHMITTEN und HELMICH 2000); mit der Gründung des FDA (Fachverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin) wurde versucht, dieser Entwicklung entgegenzusteuern.

In den folgenden Jahrzehnten wandelte sich das Tätigkeitsbild des Allgemein- arztes von der – mittlerweile nicht mehr leistbaren – allumfassenden Heiltätigkeit hin zu einem in z. B. in der Fachdefinition¹ der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin) umschriebenen Aufgabengebiet, was zunächst als Niederlage aufgefasst wurde (HOPPE 1997). Erst etwa in den letzten 10 Jahren hat sich eine Positivdefinition der Allgemeinmedizin etabliert, was sich u. a. auch in der Schaffung und/oder dem Ausbau Allgemeinmedizinischer Abteilungen an den Medizinischen Fakultäten Ausdruck verschafft hat. Der wesentliche Impuls dazu ging aus der Diskussion um die nationale Umsetzung einer EU-Richtlinie in den 90er Jahren hervor, in dem u. a. die traditionell stärkere Position der Allgemeinmedizin in der früheren DDR eine Ausschlag gebende Bedeutung hatte (IN DER SCHMITTEN und HELMICH 2000). In der Konsequenz wurde auf den Ärztetagen 1996 bis 1998 eine obligatorische 5-jährige Weiterbildung Allgemeinmedizin beschlossen und der Praktische Arzt abgeschafft (Näheres zu Struktur und Inhalten der Weiterbildung in Kapitel 1.1.2, Seite 6ff).

Der auf dem 100. Deutschen Ärztetag 1997 beschlossene Versorgungsauftrag der Allgemeinmedizin lautet wie folgt:

¹ <http://www.degam.de/fachdefinition.html>

„Die Allgemeinmedizin umfasst die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfasst die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall, auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit.

Dazu gehören auch die Betreuung von akut oder chronisch Erkrankten, die Vorsorge und Gesundheitsberatung, die Früherkennung von Krankheiten, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Zusammenarbeit mit allen Personen und Institutionen, die für die gesundheitliche Betreuung der Patienten Bedeutung haben, die Unterstützung gemeindenaher gesundheitsfördernder Aktivitäten, die Zusammenführung aller medizinisch wichtigen Daten des Patienten.“²

Der größte Teil des für die Bundesrepublik zur Verfügung stehenden Zahlenmaterials zur hausärztlichen Versorgung stammt aus der so genannten EVAS-Studie (EVAS = Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor durch niedergelassene Ärzte). Die Daten wurden im Bereich mehrerer kassenärztlicher Vereinigungen im 4. Quartal 1981 und dem 1. Quartal 1982 durch repräsentative Befragungen gewonnen. Zahlreiche Autoren befassten sich seither mit den Ergebnissen der EVAS-Studie. Die wohl umfassendste Aufarbeitung des Datenmaterials wurde von FISCHER (1990) geleistet.

Nach HAMM (1986) wurden seinerzeit ca. 90% der Personen mit gesundheitlichen Problemen ambulant versorgt. Rund 42% dieser Gruppe standen unter allgemeinärztlicher, ca. 58% unter fachärztlicher Behandlung. Betrachtet man hingegen die Versorgung älterer Patienten (>65 Jahre) gesondert, so lassen sich

² <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/040Beschluss/BeDAET100.pdf>

signifikante Verschiebungen feststellen. Der Anteil allgemeinärztlich versorgter Patienten in dieser Altersklasse liegt bei knapp 57% und damit erheblich über dem Anteil der von Fachärzten versorgten Patienten dieser Altersgruppe. Noch deutlicher wird die Rolle des Allgemeinarztes für die Versorgung älterer Menschen bei der Betrachtung der Praxiskontakte; neben der höheren Morbidität, die zu einer generell stärkeren Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung bei den über 65-Jährigen führt, scheint diese Altersgruppe damit spezifisch in höherem Maße den Allgemeinarzt zu konsultieren (KEREK-BODDEN et al. 1984).

Betrachtet man die Verteilung verschiedener Krankheitsgruppen, so lässt sich erkennen, dass beim Allgemeinarzt überdurchschnittlich häufig Erkrankungen des Endokriniums (Diabetes) und des Herz-Kreislauf-Systems und relativ selten Erkrankungen der Augen, Ohren und des Urogenitaltraktes vorkommen (FISCHER und KEREK 1989). Im Vergleich mit allen anderen Fachärzten mit Ausnahme der Neurologen/Psychiater ist das Beratungsgespräch vergleichsweise häufig als Behandlungsmaßnahme zu finden (FISCHER 1990).

Zusammenfassend kann der Allgemeinarzt als ‚zentraler Lotse‘ zwischen primärärztlicher Versorgung und weiterführender Betreuung durch Fachärzte und Krankenhäuser angesehen werden. Er stellt die erste Anlaufstelle für den erkrankten Patienten dar, wobei ältere Personen in weit stärkerem Maße dem Hausarzt ihr gesamtes Vertrauen entgegenbringen als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist. Aus den geschilderten Gegebenheiten erwachsen für den Allgemeinmediziner komplexere Strukturen im Arzt-Patienten-Verhältnis. Diese sollten in Weiterbildung und Praxisalltag stets Berücksichtigung finden.

Als einer der zentralen Punkte der hausärztlichen Betreuung kann der Hausbesuch angesehen werden. Ausgehend vom Datenmaterial der EVAS-Studie liegt der Anteil dieser Betreuungsform bei älteren Patienten mit rund 30% erheblich über dem Anteil bei jüngeren Patienten (6%). Rund 2/3 aller im allgemeinärztlichen Alltag anfallenden Hausbesuche entfallen auf Personen, die älter als 65 Jahre sind. Dabei erfolgen über 60% aller Hausbesuche bei alten Menschen als Routinebesuch (FISCHER 1990). Wie diesem Zahlenmaterial zu entnehmen ist, stellt der Hausbesuch einen sehr wichtigen Anteil am allgemeinärztlichen Praxisalltag dar (rund 30% der Arbeitszeit).

Der Hausbesuch hat gegenüber der Konsultation in der Praxis zahlreiche Vorteile. Hierzu zählen die intensivere Zuwendung und bessere psychische Betreuung, die der Patient beim Hausbesuch erfährt (TÖNIES 1985); oft stellt der Hausbesuch im Leben eines bettlägerigen oder anderweitig ans Haus gebundenen Patienten eine hochwillkommene und letztlich auch in ganzheitlichem Sinne therapeutisch wirksame Bereicherung des Alltags dar.

Darüber hinaus wird der Arzt oft in eine Situation versetzt, in der er die Lage des Patienten aufgrund des engen häuslichen Kontaktes besser einzuschätzen vermag; insgesamt wird das Arzt-Patientenverhältnis intensiviert (BURTON 1985). Dies ist besonders für ältere Menschen von großer Bedeutung, da bei ihnen psychosoziale Probleme weit stärker im Vordergrund stehen (FEDERATED COUNCIL FOR INTERNAL MEDICINE 1981) und oftmals zu einer Verschärfung der chronischen Krankheitssituation führen (BERKMAN 1981). Im Rahmen eines Hausbesuchs lassen sich diese Probleme (da oftmals mit dem sozialen Umfeld verbunden) sowie mögliche negative Einflüsse auf den Therapieplan weit besser erkennen und berücksichtigen, als dies beim Praxisbesuch möglich ist (WILLIAMS und WILLIAMS 1986, REIFLER et al. 1981, CURRIE et al. 1981).

Trotz des in der Regel positiven Einflusses von Hausbesuchen gibt es interessante Unterschiede zwischen den verschiedenen ärztlichen Disziplinen. Wie eine Studie aus den USA belegt (BOLING et al. 1990), nimmt die Bereitschaft für einen Hausbesuch und die Überzeugung, dass der Hausbesuch eine adäquate Betreuungsform ist, mit zunehmender Spezialisierung ab. Demnach sind 69% der Hausärzte und 63% der Allgemeinmediziner, hingegen aber nur 37% der Fachärzte geneigt, Hausbesuche durchzuführen.

Hinsichtlich der Erkrankungsformen der Patienten, die regelmäßig vom behandelnden Arzt zu Hause besucht werden, gibt es keine signifikanten Unterschiede zu den Personen der gleichen Altersgruppe, die den Arzt aufsuchen. Lediglich die Schwere der jeweiligen Erkrankungen wird sowohl vom Patienten als auch vom Arzt beim Hausbesuch höher eingestuft. Die Erkrankten, die zu Hause aufgesucht werden, weisen in nahezu 90% aller Fälle einen chronischen Krankheitsverlauf auf (FISCHER 1990).

1.1.2 Gesetzliche und standesrechtliche Rahmenbedingungen der Weiterbildung

Aktuelle Grundlage der Allgemeinärztlichen Weiterbildung ist die Fachdefinition der DEGAM³, die aufgrund eines Beschlusses der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002 folgende Punkte festlegt:

- **Arbeitsbereich:** Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.
- **Arbeitsweise:** Berücksichtigung somatischer, psycho-sozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte unter Würdigung von Krankheitskonzept, Umfeld und Geschichte des Patienten (hermeneutisches Fallverständnis).
- **Arbeitsgrundlagen:** Auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung, Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs.
- **Arbeitsziel:** Qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.
- **Arbeitsauftrag:** Primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, haus- und familienärztliche Funktion, Gesundheitsbildungsfunktion, Koordinations- und Integrationsfunktion.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung zum Allgemeinarzt wurden auf dem 100. Deutschen Ärztetag wie folgt definiert:

³ <http://www.degam.de/fachdefinition.html>

„Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung von Krankheiten, Beratung, Diagnostik und Therapie, insbesondere beim unausgelesenen Krankengut unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen, in der Langzeitbetreuung chronisch Kranker, in den Maßnahmen der ersten ärztlichen Hilfe beim Notfallpatienten, der Integration medizinischer, sozialer, pflegerischer und psychischer Hilfen einschließlich der Rehabilitation in den Behandlungsplan unter Einbezug des familiären und sozialen Umfeldes des Patienten.“⁴

Nach der vom 100. Deutschen Ärztetag 1997 verabschiedeten Muster-Weiterbildungsordnung⁵ war die Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin an folgende Voraussetzungen gebunden:

Weiterbildungszeit: 5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 8 Abs. 1

- 1 1/2 Jahre Allgemeinmedizin
- 1 Jahr Innere Medizin im Stationsdienst sowie mindestens ein weiteres 1/2 Jahr im Stationsdienst
- 1/2 Jahr Chirurgie
- 1/2 Jahr Kinderheilkunde
- 1 1/2 Jahre Weiterbildung, wobei auch Weiterbildungsabschnitte von mindestens 3 Monaten angerechnet werden können.

Anrechnungsfähig auf diese Weiterbildung sind jeweils bis zu

- 1 1/2 Jahre Allgemeinmedizin oder Innere Medizin

4 <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/040Beschluss/BeDAET100.pdf>

5 <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/040Beschluss/BeDAET100.pdf>

- 1 Jahr Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Kinderheilkunde oder Orthopädie
- 1/2 Jahr Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Augenheilkunde oder Chirurgie oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin oder Urologie

Gefordert wurde ferner die Teilnahme an Kursen von insgesamt 80 Stunden; 3 Jahre der Weiterbildung konnten bei niedergelassenen Ärzten abgeleistet werden. Auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen⁶ wurde die Weiterbildungsordnung geändert; gefordert wird nun eine 3-jährige internistische Weiterbildung, davon 2 Jahre stationär, sowie 18 Monate Allgemeinmedizin, davon mindestens 1 Jahr in einer Allgemeinpraxis, sowie weitere Wahlfächer und ein 80-stündiger Kurs in Psychosomatik.

Das Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ umfasst nach der 2004 verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung⁷ die „Vorbeugung, (Früh-) Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die hausärztliche Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.“

Das Weiterbildungsziel ist wie folgt definiert:

⁶ http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/107_DAET/03Beschluss/index.html

⁷ <http://www.aerztetag.de/30/Weiterbildung/03MWBO/MWBOB/12.html>

„Ziel der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin ist die Erlangung von Facharzt- / Schwerpunktkompetenzen 12.1 / 12.2 nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.“

Diese Musterweiterbildungsordnung ist bisher sehr unterschiedlich umgesetzt worden. In Bayern erfolgte die Umsetzung fast vollständig, in Hessen dagegen wurde der Facharzt für Innere Medizin beibehalten, obwohl dieser sich weder als Internist noch als Hausarzt niederlassen kann, die neuen Regelungen für die Allgemeinmedizin aber übernommen. Es gibt bisher keinen von der Aufsichtsbehörde genehmigten neuen Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin.

Für die Allgemeinmedizin bedeutet die neue Regelung einen Rückschritt, da die bisherige Kursweiterbildung der Garant für eine qualitativ hoch stehende Allgemeinärztliche Versorgung war, weiter ist durch den Wegfall der Chirurgie ein weiteres Moment hausärztlicher Kompetenz verschwunden.

Seit dem 1. Januar 2006 sind Fachärzte für Allgemeinmedizin nur noch zulassungsfähig, wenn sie die fünfjährige Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen haben. Ebenfalls von diesem Zeitpunkt an sollen frei werdende Hausarztsitze in dem durch Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen geregelten System der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nur durch Fachärzte für Allgemeinmedizin besetzt werden⁸.

Zur Deckung des Bedarfs an Allgemeinmedizinern haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999 ein Förderprogramm für den stationären Bereich ins Leben gerufen, nach dem für die Weiterbildung Allgemeinmedizin umgewandelte Vollzeitstellen bis zu einer Maximalzahl von 3000 im Jahr mit einem Betrag von 1020 € monatlich bezuschusst werden. Dennoch ist die Personalsituation in der Allgemeinmedizin mit steigender Tendenz „defizitär“. Eine Studie von KBV und Bundesärztekammer (2003) ermittelte bis 2008 einen Bedarf von 2200 Hausärzten pro Jahr und 2009-

⁸ Beschlussprotokoll des 104. Deutschen Ärztetages

http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/104_DAET/03Beschluss/5/03Allgemeinmed/503_01.html

2010 2600 pro Jahr; demgegenüber erhielten im Jahr 2002 lediglich 1917 Ärzte die Gebietsanerkennung, was einer Unterdeckung von 13,8 bzw. 26,3% entspricht.

In der oben skizzierten Strukturierung ist die Anrechenbarkeit der stationären Tätigkeit in den „Kernfächern“ vergleichsweise großzügig angelegt; es ist möglich, die komplette 5-jährige Weiterbildung zum Allgemeinarzt mit lediglich 2 Jahren ambulanter Tätigkeit zu absolvieren. Dies schafft – speziell unter der derzeit gegebenen Voraussetzung, dass der Weiterbildungsassistent seine Tätigkeiten selbst organisieren muss und für beide Seiten möglichst lange Vertragslaufzeiten aus ökonomischer Sicht angestrebt werden – strukturell eine Situation, in der die Weiterbildung vorzugsweise mit geringer Rotation und einem Schwerpunkt auf der stationären Tätigkeit absolviert wird (IN DER SCHMITTEN und HELMICH 2000). Zudem begünstigt diese Situation die Wahl einer Weiterbildung in einem Spezialfach statt in der Allgemeinmedizin, reduziert also tendenziell die Zahl der Allgemeinärzte.

Dies ist im Kontext der gegenwärtigen Versorgungssituation in Deutschland mehr als unerwünscht. Schon insgesamt sind die Zeiten der sprichwörtlichen „Ärztenschwemme“ vorbei: Nach einer Umfrage des DEUTSCHEN KRANKENHAUSINSTITUTS (2005) können derzeit 22% der deutschen Krankenhäuser offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzen, 10% bemühen sich aktiv um Ärzte aus dem Ausland. Zudem findet eine Umverteilung zuungunsten der Allgemeinmedizin und besonders der strukturschwachen Regionen statt: In den neuen Bundesländern haben die Zahlen von Allgemein- und Kinderärzten von 1995 bis 2004 um 9,7% bzw. 8,2% abgenommen (KOPETSCH 2005); bezüglich der Dichte niedergelassener Fachärzte in Großstädten besteht dagegen nach wie vor eine Tendenz zur Überversorgung. Dabei ist die Situation innerhalb der BRD sehr unterschiedlich. Hessen könnte mit den hier weitergebildeten Allgemeinärzten die frei werdenden Stellen z. Zt. noch besetzen. Die erwünschte und versorgungsökonomisch sinnvolle Relation von Haus- zu Fachärzten (60:40) wird derzeit aber insgesamt deutlich verfehlt (DONNERBANZHOFF 2006).

Von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) wird vor diesem Hintergrund in den letzten Jahren eine Verbundlösung für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt empfohlen⁹, mit der die oben beschriebenen Fehlentwicklungen korrigiert werden sollen; solche Verbundlösungen sind dabei keine revolutionäre Neuerung, sondern nehmen strukturelle Merkmale aus Ländern auf, in denen es eine längere Tradition der Allgemeinmedizinischen Weiterbildung und Forschung gibt, wie etwa Großbritannien, Kanada oder die USA und auch die ehemalige DDR.

Inhaltlich unterscheidet sich das Verbundmodell von der gegenwärtigen Situation neben der strukturierten Rotation auch durch regelmäßige Seminare, in denen allgemeinmedizinische Lerninhalte vertieft werden können, sowie ein Mentorensystem, in dem jedem Assistenten für die gesamte Dauer seiner Weiterbildung ein erfahrener Allgemeinarzt zur Seite gestellt wird, der den Bezug zur Praxis auf einer persönlichen Ebene sicherstellt. Insgesamt erhöht sich durch die frühe Entwicklung einer „allgemeinärztlichen Identität“ die Wahrscheinlichkeit, dass tatsächlich eine allgemeinmedizinische Weiterbildung abgeschlossen wird und damit Fördermittel zielgerecht eingesetzt werden.

Dieses Modell lässt sich komplett im Rahmen der derzeit geltenden gesetzlichen, standesrechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen umsetzen; weder die Weiterbildungsordnung noch die Ermächtigung zur Weiterbildung durch die Landesärztekammern werden durch diese Regelungen tangiert.

1.1.3 Initiativen zur Qualitätssicherung

Die strukturellen ökonomischen Probleme im deutschen System der Gesundheitsversorgung implizieren zwangsläufig eine größere Bedeutung von Quali-

⁹ <http://www.degam.de/alt/weiterbildung/rotation.htm>

tätskontrolle und –sicherung in der Zukunft. Es ist sicher kaum praktikabel, die durch zunehmenden Anteil älterer Menschen und den fortlaufenden medizinischen Fortschritt verursachte Verknappung der Ressourcen durch fortlaufende Erhöhung des finanziellen Inputs – ob nun steuer- oder beitragsfinanziert – zu lösen; auf der anderen Seite hat die einfache „Deckelung“ der Ausgaben den Nachteil, dass Leistungserbringer mit guter Ergebnisqualität ebenso in ihren Möglichkeiten beeinträchtigt werden wie solche mit Qualitätsproblemen. Neben allen anderen Leistungserbringern wird sich daher auch die Ärzteschaft Gedanken darüber machen müssen, wie die vorhandenen Mittel im Interesse einer möglichst hohen Versorgungsqualität für die Bevölkerung besser verteilt werden können.

Die Implementierung einer Qualitätssicherung ist an zwei wesentliche Voraussetzungen gebunden:

1. Das Vorhandensein von Leitlinien, die einerseits wissenschaftlich fundiert und evidenzbasiert, andererseits aber auch praxisorientiert und umfassend umsetzbar sind.
2. Instrumente zur Sicherstellung und Kontrolle der Umsetzung solcher Leitlinien.

Evidenzbasierte Leitlinien mit dem Ziel einer Verbesserung von Qualität und Kosten-Nutzen-Relation der hausärztlichen Versorgung wurden und werden ebenfalls von der DEGAM erarbeitet (GERLACH et al. 1999).

Besonders für den Allgemeinarzt mit seinem fachlich breit gestreuten Tätigkeitsfeld stellt der enorme Wissenszuwachs in der Medizin ohne Vorhandensein solcher verlässlicher Leitlinien ein zunehmendes Problem dar (HEINTZE et al. 2005).

Einige aktuelle Entwicklungen haben dazu beigetragen, daß dieses Dilemma zunehmend das Stigma der Unlösbarkeit verliert (SACKETT et al. 2000):

1. Verbesserte Möglichkeiten, die in Frage stehende Evidenz zu finden und nach Validität und Relevanz zu beurteilen;
2. systematische Auswertungen und evidenzbasierte Berichte über die Effekte der Gesundheitsversorgung, wie sie beispielhaft von der „Cochrane Collaboration“ erarbeitet werden;
3. Evidenzbasierte Zeitschriften, in denen sich in hoher „Konzentration“ Informationen finden, die sowohl valide als auch relevant sind;
4. elektronische Informationssysteme, die den Zugang zu den genannten Informationen bedeutend vereinfachen oder überhaupt erst ermöglichen;
5. das Finden und die Anwendung von Strategien für das lebenslange Lernen und die Verbesserung der klinischen Leistungsfähigkeit.

Die Entwicklung von Leitlinien durch die DEGAM erfolgt auf der Basis gründlicher Literaturübersichten nach den Prinzipien der EBM (SACKETT et al. 2000); sie bezieht Anwender wie Patienten ein und umfasst bereits vor Veröffentlichung einer Leitlinie die Prüfung von Praktikabilität und Akzeptanz in einem Praxistest.

Die Themen der zu bearbeitenden Leitlinien werden nach Möglichkeit so ausgewählt, dass die „beantwortbare Fragestellung“ im Sinne der Evidenzbasierten Medizin das konkrete Anliegen eines Patienten – und nicht eine bereits verifizierte Diagnose – ist, da der Hausarzt typischerweise genau damit konfrontiert wird. Die DEGAM-Leitlinien beschreiben dabei nicht alle maximal möglichen Versorgungsoptionen, sondern eine optimale, im Einzelfall angemessene, bedarfs- und aufgabengerechte hausärztliche Grundversorgung. Soweit Studien als Belege für einzelne Empfehlungen vorliegen, werden die Evidenzstufen zu einer dreistufigen ‘Stärke der Empfehlung’ zusammengefasst. Eine kritische Beurteilung von Entwürfen erfolgt erstmals auf dem Wege einer Panelbefragung von etwa 25 erfahrenen Allgemeinärzten/innen aus Forschung, Lehre und Praxis. Darüber hinaus wird in einem Praxistest bereits vor der Veröf-

fentlichung die Praktikabilität und Akzeptanz der Leitlinien unter Praxisbedingungen durch Ärzte/innen, Praxismitarbeiter/innen und Patienten/innen beurteilt.

Der ablauforientierte – und bewusst nicht enzyklopädische – Aufbau prädestiniert für die angestrebte Integration der Module in Praxis-EDV- bzw. Inter- und Intranetkonzepte (insbesondere in 'vernetzten Praxen', z. B. Qualitätszirkeln [s. u.]).

Zur Vorbereitung einer späteren Überprüfung von Wirkungen und Folgen werden in jeder Leitlinie detaillierte Evaluationsziele und -kriterien angegeben.

Die Überprüfung der methodischen Qualität aller DEGAM-Leitlinien erfolgt nach dem aktuellen Stand mit Hilfe des DELBI¹⁰ in der Fassung von 2005/2006 (AWMF und ÄZQ 2005). Leitlinien, die in angemessener Weise die verfügbare wissenschaftliche Evidenz sowie die Praktikabilität und Akzeptanz unter Praxisbedingungen berücksichtigen, richten sich als Hilfen zur Entscheidungsfindung an Ärzte wie Patienten. Insbesondere in der hier angestrebten Verbindung mit einem strukturierten Qualitätsmanagement in der Praxis sind sie geeignet, in unserem Gesundheitswesen als Instrumente zur Steuerung von Qualität und Aufwand zu wirken.

Als Instrument zur Sicherung der Leitlinientreue und damit der Versorgungsqualität haben sich in den letzten Jahren insbesondere so genannte Qualitätszirkel etabliert, deren Entwicklung zunächst – mit einem Pilotprojekt der Universität Nijmegen mit 234 Allgemeinärzten zwischen 1979 und 1985 – in den Niederlanden begann. BEYER et al. (2003) legten eine Untersuchung über den Entwicklungsstand der Qualitätszirkel in der Allgemeinmedizin in der EU vor, die folgenden Entwicklungsstand erkennen lässt:

1. In 10 europäischen Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Großbritannien, Irland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden und

¹⁰ „Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung“

Schweiz) wurde die Aktivität in der Qualitätssicherung als „hoch“ bewertet, in den restlichen EU-Ländern als niedrig bis nicht existent.

2. Die Zahl der Qualitätszirkel in Deutschland wurde mit 700 ermittelt, 20% der Allgemeinärzte waren in solchen Zirkeln organisiert. Einen niedrigeren Anteil unter den o. g. 10 Ländern wies nur Österreich auf, in den anderen Ländern lag er mit Ausnahme Norwegens und der Schweiz um Größenordnungen höher (Belgien 75-80%, Dänemark 85%, Großbritannien 86%, Irland 60%, Niederlande 78,3%, Schweden 40%).
3. Zudem ist der Focus der deutschen Qualitätszirkel begrenzt, er umfasst z. B. keine Richtlinienarbeit (anders als in allen anderen Ländern außer Großbritannien, Irland und Schweden) und kein klinisches Audit (anders als in allen anderen Ländern außer den Niederlanden), dessen wichtigen Stellenwert z. B. eine Untersuchung von CRANNEY et al. (1999) unterstreicht.
4. Es fand sich eine eindeutige statistisch signifikante Korrelation der Teilnahme an Qualitätszirkeln mit dem Qualifikationsgrad der in den Praxen tätigen Ärzte.

In Deutschland wurden die ersten Qualitätszirkel 1991/92 auf Initiative der Allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universität Göttingen und der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet. In einem 1993 entwickelten Trainingsprogramm für Moderatoren von Qualitätszirkeln werden die Ärzte in Kleingruppenleitung, Problemanalyse, Gruppenkommunikation und Konfliktlösung instruiert; alle Teilnehmer erlernen die Dokumentation und Evaluation der Versorgungsqualität. Es wird geschätzt, dass insgesamt 2500 Qualitätszirkel – in allen Fachdisziplinen zusammen – existieren, davon etwa 30% in der Allgemeinmedizin (SZECSENYI et al. 1995, GERLACH et al. 1998, BAHRS et al. 2001).

Nach einer Untersuchung von HEINTZE et al. (2005) wird an den Qualitätszirkeln vor allem geschätzt, dass man sich dort seiner eigenen Defizite bewusst wird, wozu allerdings ein vertrauensvolles Verhältnis zu den anderen Teilnehmern erforderlich ist. Tendenziell nachteilig ist dagegen der zeitliche Auf-

wand, der mit der Teilnahme verbunden ist, da niedergelassene Ärzte insgesamt Mittel der Fortbildung bevorzugen, die sich zeitlich flexibel und in den Arbeitsalltag integriert verwenden lassen, also vorwiegend Zeitschriften und Bücher (HEINTZE et al. 2005).

Während die Einrichtung der Qualitätszirkel natürlich zu begrüßen ist, zeigt der „Organisationsgrad“ von nur 20% der Allgemeinärzte in solchen Zirkeln einen Raum für Verbesserungen, auch im europäischen Vergleich. Die DEGAM schlägt die Bildung von Qualitätszirkeln auf lokaler Ebene vor, die von der zuständigen Ärztekammer anerkannt und gemäß der freiwilligen Zertifizierung mit Punkten bewertet werden. Auf diese Weise kann eine regionale Verstärkung der Sektionsarbeit mit individueller Motivation verbunden werden¹¹.

Inwieweit eine Qualitätsverbesserung durch Bildung von Qualitätszirkeln gelingt, ist – besonders in Anbetracht des niedrigen Anteils von in solchen Zirkeln organisierten Leistungserbringern – derzeit praktisch nicht zu beurteilen; man muss nämlich unterstellen, dass sich in dieser Situation bevorzugt Praxen in Zirkeln organisieren, die ohnehin schon auf höherem Niveau arbeiten. Ein tatsächlicher kausaler Effekt lässt sich damit per se nicht nachweisen, bevor Längsschnittuntersuchungen der Leistungsqualität vor und nach dem Eintritt einer Praxis in einen Qualitätszirkel vorliegen.

1.2 Problemstellung der Studie

Bei Diskussionen auf Bundes- und Länderebene, aber auch in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung wird der Allgemeinmedizin eine zunehmende Bedeutung im gesundheitlichen Versorgungsgeschehen zugewiesen; ein besonderer Stellenwert ergibt sich in diesem Zusammenhang aus der gesundheitsöko-

¹¹ http://www.degam.de/qualitaet/zirkel_qualitaet.html

nomisch sinnvollen Koordinationsfunktion für die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen. Diesen Erwartungen und Anforderungen kann die Allgemeinmedizin nur gerecht werden, wenn das notwendige fachliche Rüstzeug in der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung ausreichend vermittelt wird.

Neben der ärztlichen Basisversorgung umfasst die Funktion der Allgemeinmedizin Aspekte der Betreuung der Patienten im häuslichen Umfeld, der Gesundheitsförderung und der Versorgungscoordination. In komplementärer Ergänzung der ständig voranschreitenden Spezialisierung der medizinischen Fachdisziplinen beschäftigt sich das Fach Allgemeinmedizin mit einer breiten Palette alltäglicher Krankheitsphänomene und stellt zugleich hohe Anforderungen an eine umfassende Betrachtung im Umgang mit komplexen Krankheitsbildern. Dabei erfordert das exponentielle Anwachsen von sich zunehmend diversifizierenden Erkenntnissen in den Spezialfächern ein spezielles Allgemeinmedizinisches Curriculum für die Weiterbildung innerhalb dieser Disziplinen, während derzeit die Weiterbildung eher als sequentielles Durchlaufen unvollständiger Facharztweiterbildungen erscheint, das eher ein eklektisch zusammengestelltes Fachwissen als eine systematische Allgemeinärztliche Ausbildung produziert.

Die Allgemeinärztliche Aus- und Weiterbildung in Deutschland ist dabei allerdings derzeit nicht optimal organisiert. Die Weiterbildungsordnung (WBO) verlangt nach der Approbation stationäre Ausbildungsphasen in verschiedenen Fachdisziplinen; bei einem insgesamt knappen Angebot von Assistenzarztstellen werden von den Fachabteilungen dabei häufig Bewerber bevorzugt, die eine Facharztausbildung in der jeweiligen Disziplin anstreben. Das Stellenangebot für junge Ärzte, die sich gezielt zum Allgemeinmediziner weiterbilden wollen, wird weiter verknappt durch die Tendenz, Weiterbildungsstellen durch mit Fachärzten besetzte „Altassistenten“-Stellen zu ersetzen oder ganz zu streichen. Ein erfolgreiches Absolvieren der von der WBO vorgeschriebenen Weiterbildungsstationen in Eigenregie ist dadurch in den letzten Jahren überaus schwierig geworden (DEGAM 2006).

Die nahe liegende Lösung für dieses strukturelle Problem ist die Schaffung von Weiterbildungsverbänden, in denen Weiterbildungsassistenten durch ein Rota-

tionsprinzip mehrere – idealerweise alle – erforderlichen Disziplinen in der stationären und ambulanten Versorgung durchlaufen können. Solche Verbundsysteme existieren im angloamerikanischen Sprachraum schon seit den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts (ALBERTI 1967, GASKELL 1967, SEVER et al. 1971), während ihr Potential in Deutschland erst seit wenigen Jahren erkannt wird und die Umsetzung entsprechender Verbundsysteme hierzulande noch in den Anfängen steckt (DEGAM 2006). Auch die Förderung der Allgemeinmedizin durch das Initiativprogramm der Krankenkassen schafft im Prinzip finanzielle Spielräume zur Verbesserung der Situation, hat aber ohne einen organisatorischen „Überbau“ im Sinne eines Verbundsystems per se keinen bahnbrechenden Effekt, da die Mittel nicht zu 100% abgerufen werden und ihre weiterbildungsbezogene Verwendung nicht sichergestellt ist.

In der vorliegenden Untersuchung wird versucht, Zahl, Größe und Struktur von allgemeinärztlichen Weiterbildungsverbänden in Deutschland zu erfassen.

2 Material und Methoden

2.1 Stichprobe und Datenerhebung

Die Identifikation von existierenden Weiterbildungsverbänden für Allgemeinmedizin erfolgte auf mehreren Wegen:

- Alle Stellenanzeigen des Deutschen Ärzteblattes vom 1.1.2003 bis zum 30.6.2004 wurden daraufhin untersucht, ob mehr als eine Stelle im Rahmen der Weiterbildung für die Allgemeinmedizin in einem Haus angeboten wurde.
- Einige Verbände waren in der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Marburg aufgrund einer bestehenden Zusammenarbeit bekannt (Marburg, Lich, Winterberg).

Alle gefundenen Verbände (i. d. R. lokalisiert an Krankenhäusern) wurden mit einem Standardbrief (s. Anhang [Kapitel 8.2, Seite 58]) angeschrieben und um ihre Mitarbeit bei dieser Bestandsaufnahme gebeten.

14 Tage nach dem Versenden des Briefes wurden die in den Stellenanzeigen angegebenen oder anderweitig eruierten Kontaktpersonen angerufen und um ein Telefoninterview gebeten.

Von den 31 gefundenen Krankenhäusern lehnten es 2 ab, an dieser Befragung teilzunehmen; von den weiteren Kontaktpersonen wurden im Rahmen eines strukturierten Interviews mit Protokollbogen (s. Anhang [Kapitel 8.3, Seite 59]) folgende Informationskomplexe abgefragt:

- Größe, Lage und Versorgungscharakter des Krankenhauses

- An der Verbundweiterbildung beteiligte Fachabteilungen, Initiatoren und Bestehensdauer des WB-Verbundes
- Ausschreibung und Besetzung der WB-Stellen
- Organisation und Durchführung der Weiterbildung
- Bewertung des Verbundsystems

Fragen zur Organisation und Durchführung der Weiterbildung betrafen die Koordination, den Ansprechpartner oder Mentor für die eingestellten Ärzte in Weiterbildung, Einzelheiten zur Arbeit der Ärzte in Weiterbildung sowie die Inanspruchnahme von Zuschüssen.

Freitext-Äußerungen wurden, so weit dies möglich war, bereits während des Gesprächs den im Protokollbogen vorgegebenen Kategorien angepasst. Bei offenen Items (z. B. „Gibt es spezielle Probleme?“) erfolgte die Kategorisierung im Verlauf der Auswertung durch Zusammenfassen ähnlicher bzw. inhaltsgleicher Antworten.

Für die Bewertung des Weiterbildungs-Verbundsystems wurden Noten von 1-6 entsprechend den Schulnoten für die Bereiche Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kooperation mit niedergelassenen Kollegen, Qualität der Weiterbildung, Qualität der Assistenten, Stellenbesetzung, Zufriedenheit der anderen Abteilungen vergeben. Außerdem wurde eine Gesamtnote erteilt und nach Problemen speziell mit diesem System gefragt.

2.2 Datenauswertung und Statistik

Die erhobenen Daten wurden rein deskriptiv dargestellt. Prüfstatistische Vergleiche wurden nicht durchgeführt. Da es sich von der Intention her um eine flächendeckende Vollerhebung handelt, wurde auch auf die Ermittlung von

statistischen Kenngrößen wie dem Konfidenzintervall o. ä. verzichtet. Stetige Variablen wie Bettenzahl wurden durch die Berechnung der statistischen Kenngrößen Mittelwert und Standardabweichung charakterisiert. Für diskrete Größen, wie zum Beispiel Kliniktyp, wurden Häufigkeitsverteilungen berechnet (SACHS 2002). Die Auswertung erfolgte durch Auszählen der Antworten bei geschlossenen Items und durch zusammenfassende Betrachtung der freien Antworten (s. o.).

Die Auswertung erfolgte mit dem Statistik-Programmpaket Statistica (STATSOFT 2002).

3 Ergebnisse

3.1 Beteiligte Kliniken

Insgesamt beteiligten sich an der Befragung 29 Verbände. Die regionale Verteilung ergibt sich aus der Tabelle 1. Jeweils 8 Kliniken lagen in Niedersachsen und Hessen, 5 in Bayern und 4 in Nordrhein-Westfalen. Aus den neuen Bundesländern beteiligte sich dagegen nur ein Krankenhaus (Mecklenburg-Vorpommern) an der Befragung.

Tabelle 1: Regionale Verteilung der an der Umfrage beteiligten Kliniken

Bundesland	Anzahl	Anteil (%)
Mecklenburg-Vorpommern	1	3,4
Niedersachsen	8	27,6
Nordrhein-Westfalen	4	13,8
Hessen	8	27,6
Rheinland-Pfalz	2	6,9
Baden-Württemberg	1	3,4
Bayern	5	17,2
Summe	29	100

Die Bettenzahl der beteiligten Krankenhäuser lag zwischen 60 und 1350 und betrug im Mittel 220 ± 239 Betten (Mittelwert \pm Standardabweichung; Median 148, Interquartilabstand 124,5 Betten). Jeweils etwa die Hälfte der Kliniken wies Bettenzahlen über bzw. unter 150 auf. In lediglich 3 Kliniken lag die Bettenzahl über 300, die Mehrheit hatte 100 bis 300 Betten (Abbildung 1).

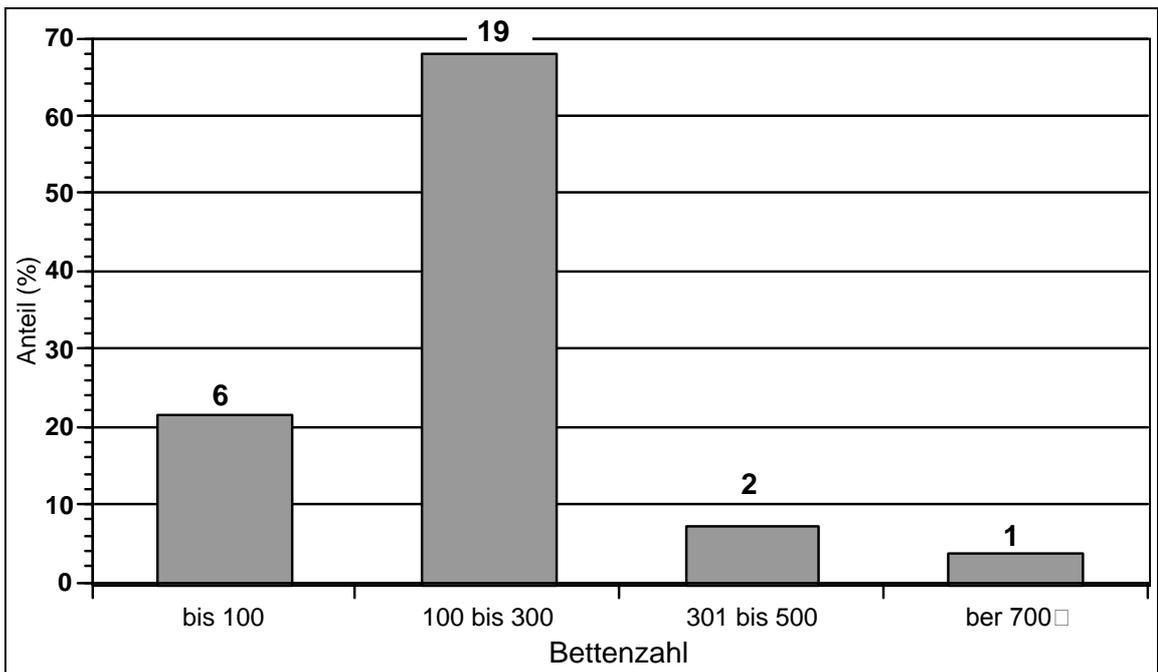


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Bettenzahl unter den 29 befragten Krankenhäusern (einmal k. A.)

Abbildung 2 gibt einen Überblick über den Kliniktyp der beteiligten Krankenhäuser. Von den beteiligten 29 Krankenhäusern waren 26 Kliniken der Grund- und Regelversorgung. In die Auswertung konnten zudem ein Krankenhaus der Maximalversorgung und 2 Rehabilitationskliniken eingeschlossen werden.

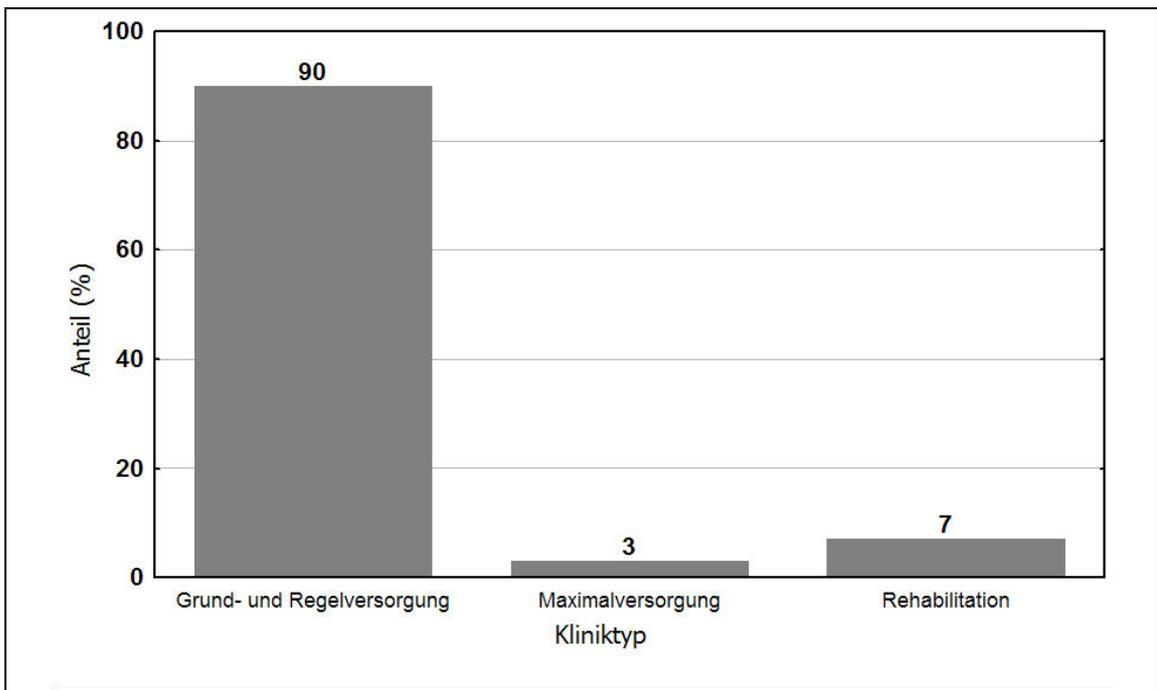


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Kliniktypen unter den 29 befragten Krankenhäusern

Die an der Verbundweiterbildung beteiligten Abteilungen waren in erster Linie die Innere Abteilung (26 Nennungen) sowie die Chirurgie (25 Nennungen). Daneben wurden Kinderheilkunde (7) sowie sonstige Abteilungen (Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie, Radiologie, Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin) angegeben. Ein niedergelassener Allgemeinmediziner war in 5 Fällen beteiligt (Abbildung 3).

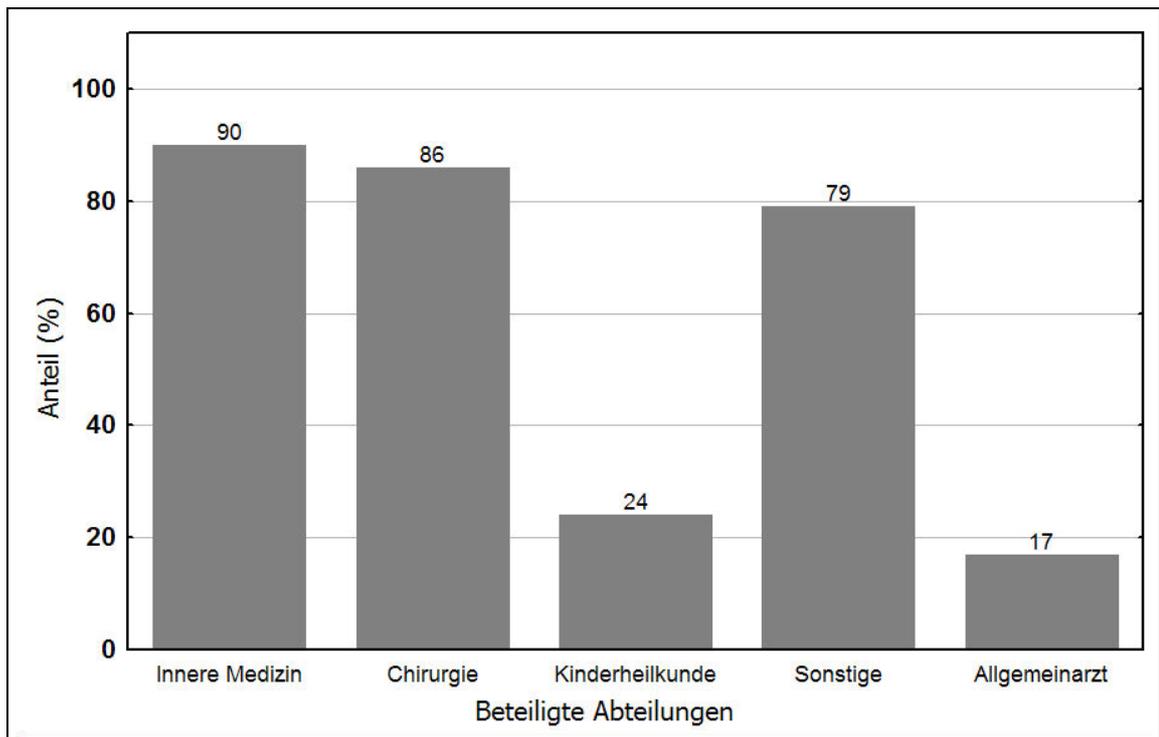


Abbildung 3: Anteil der Nennungen zu den am Verbundsystem beteiligten Abteilungen (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%)

Das Verbundsystem existierte an den befragten Kliniken im Mittel seit $6,0 \pm 7,5$ Jahren (0,5 bis 30 Jahre), in etwa der Hälfte der Fälle lag die Dauer des Verbundsystems bei 3 Jahren oder mehr. Als Initiatoren des Systems wurden überwiegend die Chefarzte der Inneren und der Chirurgischen Abteilungen genannt (je 8 Mal). Daneben waren der ärztliche Direktor (2), der Verwaltungschef (2) ein Allgemeinarzt (4) oder sonstige Personen (3) die Initiatoren des Systems. In 6 Fällen wurde kein Initiator angegeben (Abbildung 4).

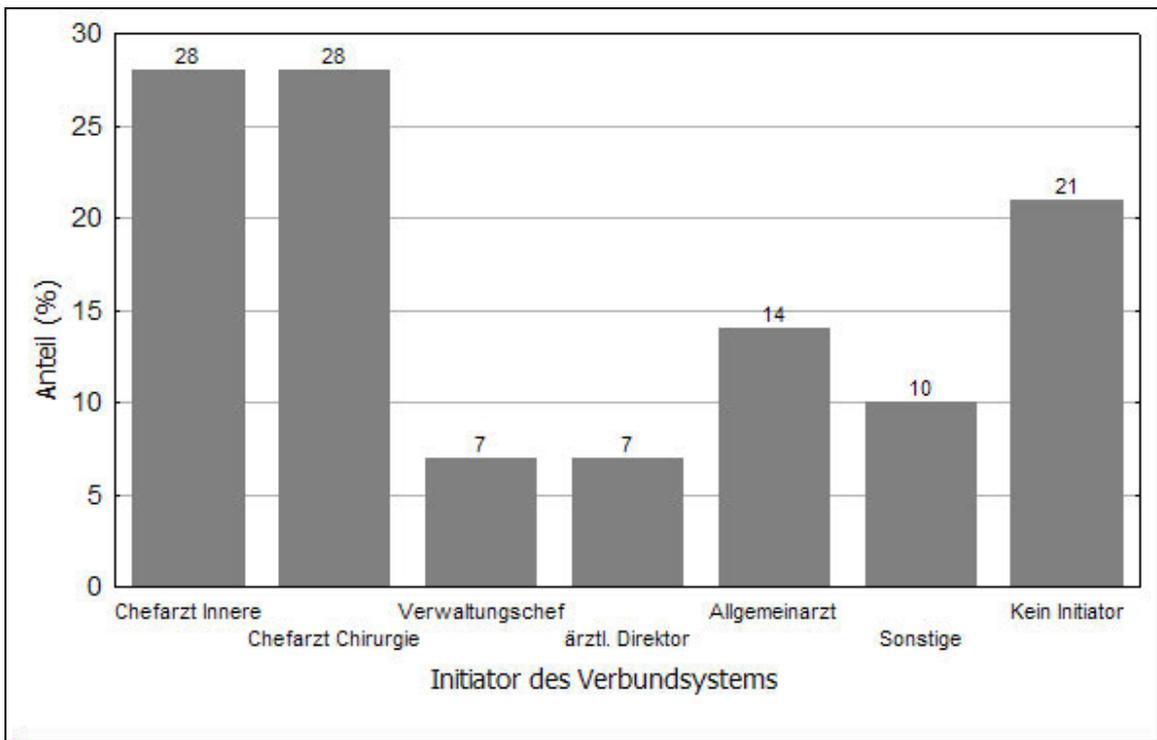


Abbildung 4: Angaben zum Initiator des Weiterbildungs-Verbundsystems (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%)

3.2 Stellenausschreibung und Besetzung der Weiterbildungsstellen

Die Anzahl der Weiterbildungsstellen im Verbundsystem lag zwischen einer und 6. Im Mittel wurden $2,7 \pm 1,4$ Stellen angeboten (Tabelle 2). In allen Fällen waren dies Stellen für Assistenzärzte, in 2 Fällen (7%) waren zudem Stellen für Ärzte im Praktikum vorgesehen.

Tabelle 2: Anzahl der im Verbundsystem angebotenen Ausbildungsstellen

Anzahl der Stellen	Anzahl	Anteil (%)
1	7	24,1
2	8	27,6
3	7	24,1
4	4	13,8
5	1	3,4
6	2	6,9
Summe	29	100

Die befragten Kliniken wurden nach der Resonanz auf die Stellenausschreibungen gefragt. Die Antworten zu diesem Punkt waren sehr unterschiedlich. Teilweise wurde die Anzahl der Bewerber angegeben, teilweise wurden pauschale Angaben wie „wenig Resonanz“ oder „sehr gut“ gemacht. Für die Auswertung wurden die Antworten in die Kategorien „gut“ und „schlecht“ eingeteilt, wobei die Resonanz als „gut“ eingestuft wurde, wenn ein positiver Kommentar angegeben war oder die Anzahl der Bewerber größer oder gleich der Anzahl der angebotenen Stellen war. In den anderen Fällen wurde die Resonanz als „schlecht“ klassifiziert. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der verschiedenen Kategorien. Danach war die Reaktion auf die Stellenausschreibungen in weit über der Hälfte „schlecht“ und nur in 11 Fällen als „gut“ zu bezeichnen.

Tabelle 3: Beurteilung des Echos auf Stellenausschreibungen

Echo auf Stellenausschreibung	Anzahl	Anteil (%)
schlecht	18	62,1
gut	11	37,9
Summe	29	100

Zwischen 1 und 12 Bewerber wurden zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen, im Mittel $3,9 \pm 3,0$ Bewerber. In etwa der Hälfte der Fälle betrug die Anzahl der eingeladenen Bewerber 3 oder mehr (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl der zum Vorstellungsgespräch eingeladenen Bewerber

Eingeladene Bewerber	Anzahl	Anteil (%)
bis 2	10	34,5
bis 5	15	51,7
über 5	4	13,8
Summe	29	100

Tatsächlich eingestellt wurde in etwa der Hälfte der Fälle (15 Nennungen) jeweils 1 Arzt. In 12 Kliniken waren jeweils 2 Ärzte auf die Weiterbildungsstellen im Verbundsystem eingestellt und 2 Mal wurde die Zahl von 3 neu eingestellten Ärzten genannt (Tabelle 5).

Tabelle 5: Anzahl der eingestellten Ärzte

Eingestellte Ärzte	Anzahl	Anteil (%)
1	15	51,7
2	12	41,4
3	2	6,9
Summe	29	100

Die Entscheidung über die Einstellungen traf in 15 Fällen der Chefarzt der Inneren Abteilung und in 12 Kliniken der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung (Abbildung 5). Weitere Entscheider waren hier der Verwaltungschef (3 Nennungen), der ärztliche Direktor (8), der beteiligte Allgemeinarzt bzw. sonstige Personen (je 2 Nennungen) sowie in einem Fall eine Einstellungskommission.

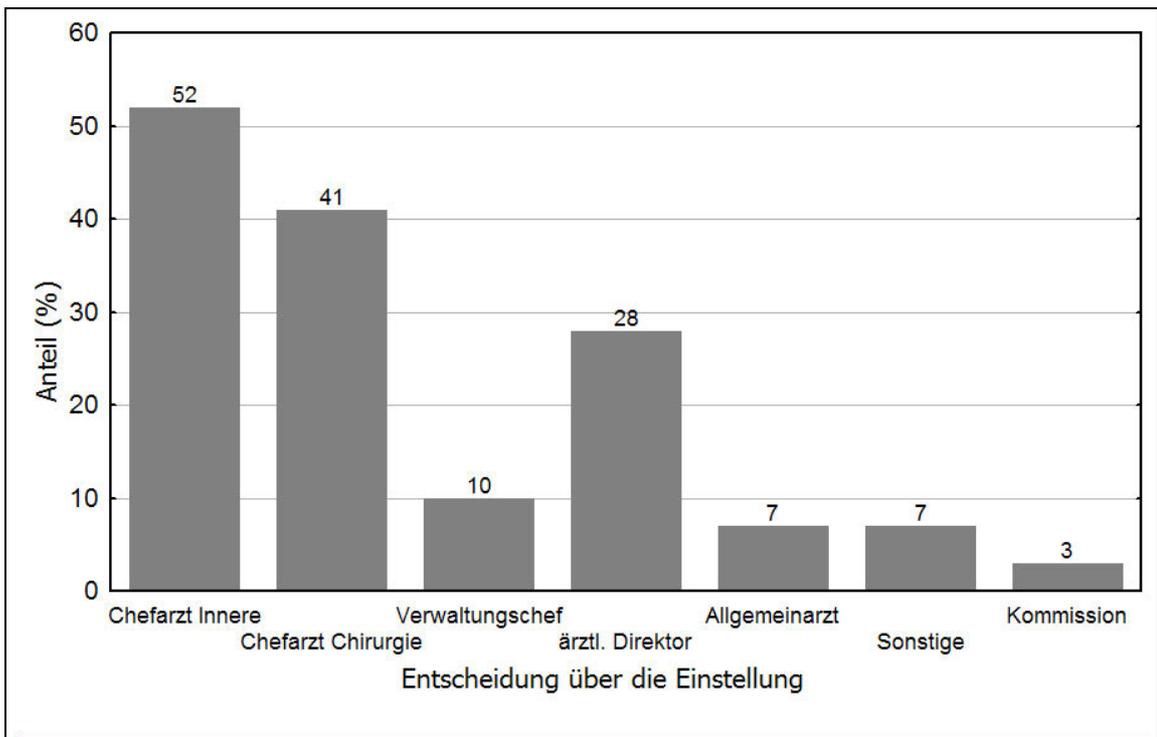


Abbildung 5: Angaben zur Entscheidung über Einstellungen im Rahmen des Weiterbildungs-Verbundsystems (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%)

3.3 Organisation und Durchführung der Weiterbildung

Fragen zur Organisation und Durchführung der Weiterbildung betrafen die Koordination, den Ansprechpartner oder Mentor für die eingestellten Ärzte in Weiterbildung, Einzelheiten zur Arbeit der Ärzte in Weiterbildung sowie die Inanspruchnahme von Zuschüssen.

Als Koordinatoren des Systems wurden bei der Mehrzahl der Kliniken der Chefarzt der Inneren Abteilung und der Chirurgischen Abteilung (je 8 Nennungen) angegeben. Weniger häufig waren dies der Verwaltungschef oder der

ärztliche Direktor (je 2 Fälle), der beteiligte Allgemeinarzt (4 Fälle) oder sonstige Personen (3 Fälle). In 6 Kliniken war kein Koordinator für das Weiterbildungs-Verbundsystem benannt.

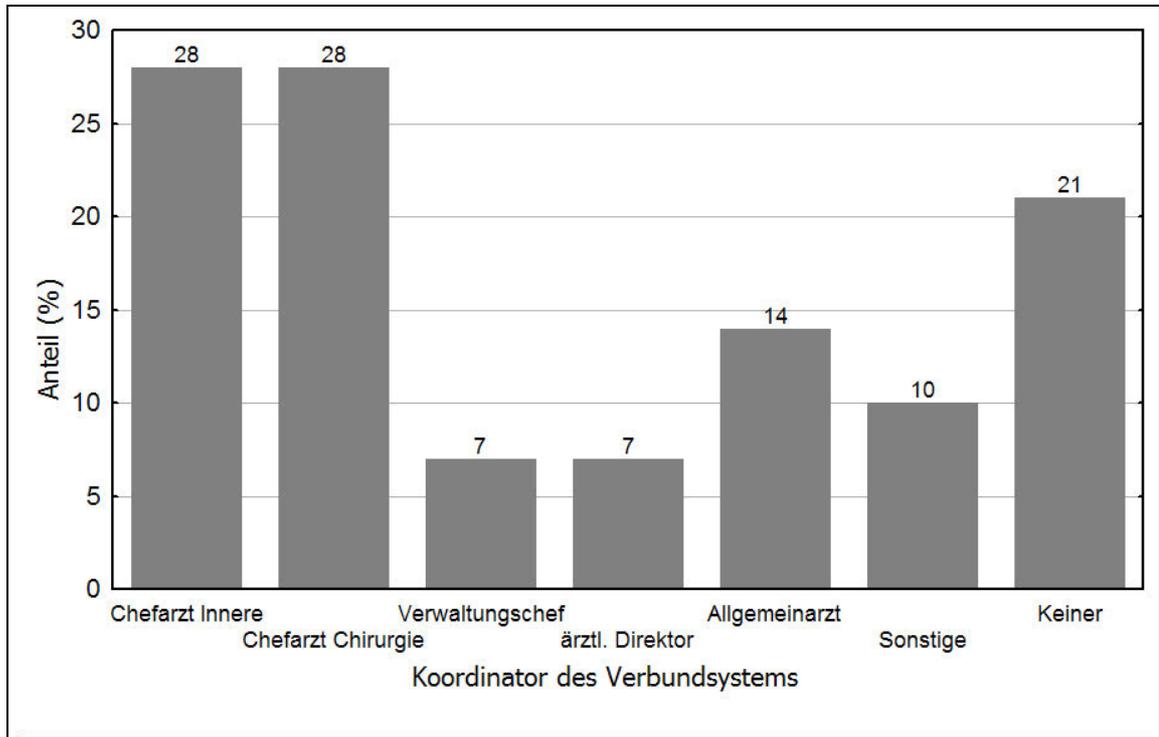


Abbildung 6: Angaben zum Koordinator des Weiterbildungs-Verbundsystems (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%)

Die Ansprechpartner für die in Weiterbildung befindlichen Ärzte waren in erster Linie die Chefärzte der Inneren (16 Nennungen) und der Chirurgischen Abteilung (13 Nennungen) der beteiligten Krankenhäuser (Abbildung 7). Daneben wurden der Verwaltungschef (1 Fall), der beteiligte Allgemeinarzt (2 Fälle) oder sonstige Personen (4 Fälle) genannt. In 7 Kliniken war kein Koordinator für das Weiterbildungs-Verbundsystem benannt; nur in zwei Weiterbildungsverbänden gab es einen Mentor mit definiertem Aufgabenbereich.

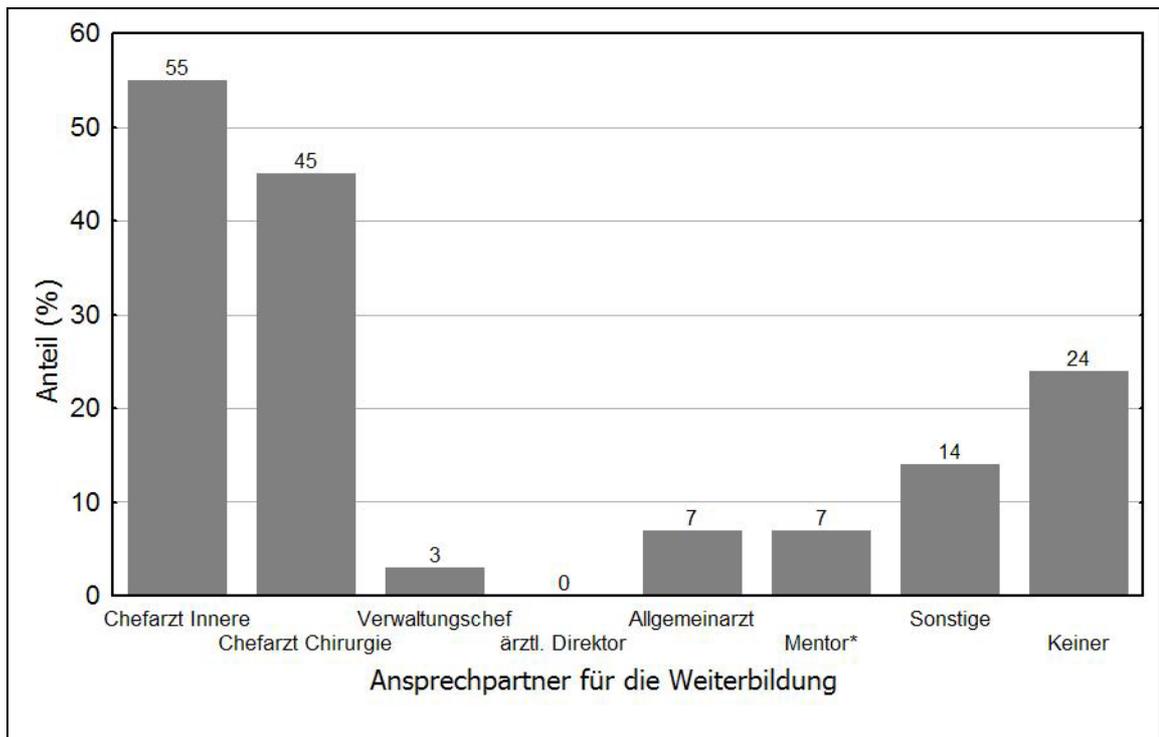


Abbildung 7: Angaben zum Ansprechpartner für die Weiterbildung (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%)

* Mentor mit definiertem Aufgabenbereich

In 12 Krankenhäusern (41,4%) fanden regelmäßige Treffen der Weiterbildungsassistenten statt. Alle Kliniken gaben an, dass die im Rahmen der Verbundausbildung eingestellten Assistenten die gleichen Aufgaben durchführten wie die anderen Assistenzärzte. Den Abbruch der Ausbildung eines Weiterbildungsassistenten hatten 5 Kliniken (17,2%) angegeben.

25 der 29 Kliniken (86,2%) nahmen Zuschüsse für die Ausbildung (s. Seite 18) in Anspruch.

3.4 Bewertung des Verbundsystems

Im Mittel lagen die für das Weiterbildungs-Verbundsystem gegebenen Noten zwischen 2 und 3 (Abbildung 8). Die beste mittlere Note wurde mit jeweils 2,2 für die Interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Weiterbildungsqualität gegeben. Es folgte mit 2,3 die Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen, mit 2,4 die Zufriedenheit anderer Abteilungen und mit jeweils 2,7 die Stellenbesetzung und die Qualität der eingestellten Assistenten. Auffällig ist, dass die Gesamtnote für das System der Verbundweiterbildung mit im Mittel 2,0 besser war als die Noten der genannten Einzelaspekte. Weiterhin fällt auf, dass die Einzelnoten zu den Fragen der Kooperation mit niedergelassenen Kollegen und der Qualität der Weiterbildung von allen Kliniken ähnlich (zwischen 2 und 3 bzw. zwischen 1,5 und 3) beantwortet wurden, während zu den übrigen Fragen teilweise sehr unterschiedliche Noten erteilt wurden (1 bis 4, teilweise 1 bis 5).

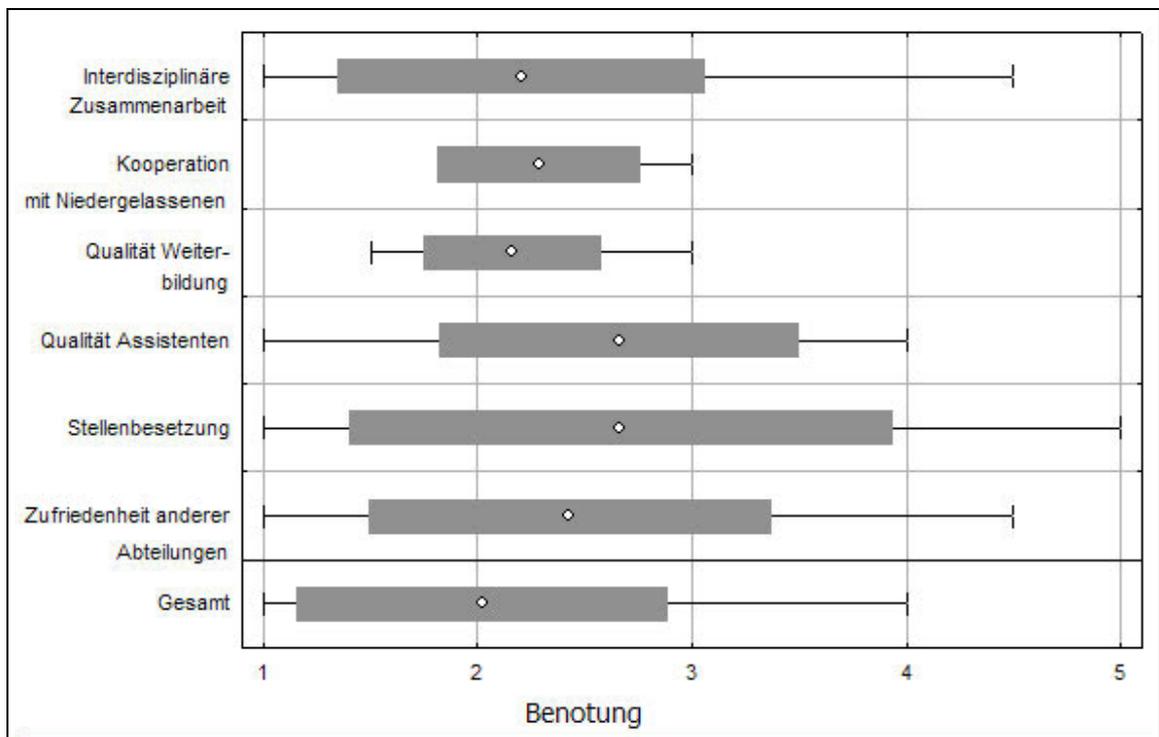


Abbildung 8: Benotung des Verbundsystems durch die Kliniken

Von 15 der 29 beteiligten Kliniken wurden Probleme mit dem Verbundsystem benannt, 14 Kliniken hatten keine Probleme mit dem System zu verzeichnen. Die Probleme ließen sich in zwei Gruppen einteilen. Als interne Probleme (11 Nennungen) wurden zum Beispiel Koordinationsprobleme der unterschiedlichen Abteilungen (2-mal) oder ein Mangel an Bewerbern (u. a. durch eine geographische Randlage des Krankenhauses; 4-mal) sowie diverse andere Nennungen (Wettbewerbssituation, Überlastung der Assistenten, mangelnde Strukturierung) eingestuft. Bewerberprobleme (4 Nennungen) betrafen dagegen beispielsweise Sprachprobleme oder vorzeitiges Ausscheiden der Assistenzärzte.

Tabelle 6: Angaben zu Problemen mit dem Verbundsystem

Spezielle Probleme	Anzahl	Anteil (%)
keine	14	48,3
interne Probleme	11	37,9
Probleme durch Bewerber	4	13,8
Summe	29	100

In allen 29 Kliniken wurde die Verbundweiterbildung zum Zeitpunkt der Befragung noch durchgeführt.

4 Diskussion

Die geringe Zahl identifizierter Weiterbildungsverbände für AM stellt den zentralen Befund dieser Arbeit dar. Die Umsetzung ist außerdem mit verschiedenen Problemen behaftet:

- Das Echo auf die Stellenausschreibungen war überwiegend schlecht, es wurden lediglich zwischen einem und drei Ärzten eingestellt.
- Es gab nur in einer Minderheit (weniger als $\frac{1}{4}$) der Kliniken (teil-) freigestellte Mentoren mit definiertem Aufgabenbereich, die sich speziell um die Belange der Weiterbildung und der Assistenten kümmerten.
- Wichtigste Triebfeder für die Einrichtung von WB-Verbänden sind nach unserer Erhebung bisher wohl die Probleme ländlicher Häuser, offene Assistentenstellen überhaupt besetzen zu können.
- Die Erfahrungen der Befragten waren zwar überwiegend positiv, die Zahl der angebotenen WB-Verbände hat im vergangenen Halbjahr jedoch wieder abgenommen, d. h. der derzeit unbefriedigende Zustand darf nicht als „Zwischenstation“ einer grundsätzlich positiven Entwicklung aufgefasst werden.

Die vorliegende Untersuchung ergab, dass die – in anderen Ländern wie den USA (FREY et al. 2003, EGNEW et al. 2004, NAGYKALDI et al. 2005), Kanada (HAWKINS 1999, JOHNSTON 2005), Großbritannien (ALBERTI 1967, GASKELL 1967, SEVER et al. 1971), den Niederlanden (KRAMER et al. 2003), Dänemark (CHRISTENSEN et al. 2001) oder Australien (HAYS 1997) längst etablierte – Verbundweiterbildung mit systematischer Rotation und verbindlichen Curricula, durch die die momentan unbefriedigende Weiterbildungssituation in Deutschland verbessert werden könnte, derzeit quantitativ und qualitativ nicht ausreichend verankert ist. Zunächst wurden bei einer flächendeckenden Erhebung bundesweit im Zeitraum 2002-2004 lediglich 31 solcher Verbände ausfindig

gemacht, was angesichts der Gesamtzahl von Ärzten in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt keinen systematischen Effekt auf deren Qualität erwarten lässt.

Vor der weiter gehenden Interpretation dieser Befunde muss kritisch hinterfragt werden, inwieweit die Ergebnisse unserer flächendeckenden Erhebung die tatsächlich Situation der Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland realistisch abbilden. In erster Linie muss dabei geprüft werden, ob die ausgesprochen niedrig erscheinende Gesamtzahl identifizierter Verbünde, die weiter gehende Analysen naturgemäß limitiert, realistisch ist. Aufgrund der verwendeten Recherchemethode ist natürlich nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen, dass existierende Verbünde nicht erfasst wurden; eine substantielle Fehleinschätzung dürfte sich daraus aber nicht ergeben. Dafür sind in erster Linie zwei Gründe zu nennen:

1. Die Zahl der von uns identifizierten Verbünde ist um Größenordnungen zu gering, um einen systematischen Einfluss auf die Verbesserung der eingangs geschilderten Situation der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auszuüben. Selbst, wenn es in Wirklichkeit die doppelte Zahl von Verbänden gäbe, wäre diese noch deutlich inadäquat.
2. Die Wahrscheinlichkeit, einen existierenden Weiterbildungsverbund zu übersehen, ist um so niedriger, je höher dessen Qualität und Größe sind. Effektive, etablierte Verbünde sind untereinander und mit der DEGAM informell vernetzt und haben einen höheren Bedarf an Assistenten, der sich auch in entsprechenden Insertionen im „Deutschen Ärzteblatt“ manifestiert. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sind damit von den effektiv und kontinuierlich arbeitenden Verbänden keine oder nur wenige übersehen worden. Eher besteht die Möglichkeit der Nichterfassung bei lose strukturierten Verbänden ohne definierte Organisations- und Kommunikationsprozesse; solche Verbünde können den Aufgaben der Verbundweiterbildung aber auch nicht adäquat gerecht werden.

Eine zweite potentielle Fehlerquelle ist die Tatsache, dass die Auswertung ausschließlich auf den ungeprüften und nicht objektivierten Aussagen derjenigen

Personen beruht, die in den Stellenanzeigen als Kontaktperson angegebene waren, d. h. den – freiwilligen oder unfreiwilligen – Protagonisten der Weiterbildung. Auch hier ist aber unter Würdigung der möglichen Motivationslage eine systematische, relevante Unterschätzung der Qualität der Verbände praktisch auszuschließen. Überzeugten Protagonisten der WB-Verbände würde man bei unserer Befragung eher eine „Tendenz zur erwünschten Antwort“ (FIELDS und SCHUMAN 1976, MCMANUS et al. 2006), d. h. ein zu positives Antwortverhalten, unterstellen; Ärzte, die die Betreuung des WB-Verbundes hauptsächlich als unerwünschte zusätzliche Belastung ansehen, könnten zwar tendenziös negative Bewertungen abgeben, sind aber andererseits weitgehend „unverdächtig“, gegenüber ihrer eigenen Bewertung substantiell bessere Strukturen zu schaffen.

Naturgemäß limitiert die geringe Zahl der gefundenen WB-Verbände die Aussagekraft weiterer Analysen, da die gefundenen Aussagekonstellationen mit hoher Wahrscheinlichkeit zufällig sind, d. h. in einer größeren Stichprobe im eher geringer Wahrscheinlichkeit so oder ähnlich wieder gefunden würden. Gleichzeitig macht aber die geringe Zahl der Verbände weiterführende Überlegungen über den Hintergrund der einen oder anderen Aussagekonstellation weitgehend überflüssig, da das gesamte System „Verbundweiterbildung“ momentan – und diesbezüglich sollten die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bei aller Methodenkritik „robust“ sein – keinen oder nur einen marginalen Einfluss auf die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als Ganzes hat.

Mit den Begriffen „Qualität“ und „Kosten“, die letztlich zwei Seiten derselben Medaille sind, verbinden sich Fragen, die über die Zukunft des Gesundheitswesens und insbesondere der hausärztlichen Versorgung entscheiden werden. Es wird viel davon abhängen, ob es der Allgemeinmedizin gelingt, ein glaubwürdiges und funktionierendes Konzept für die Definition und die systematische Verbesserung der Versorgungsqualität zu etablieren.

Dabei gibt es zwei grundlegend unterschiedliche Herangehensweisen, die aber in der Umsetzung eng zusammenhängen:

1. Die Verbesserung des Arbeitsumfeldes und der Qualifikation von Ärzten, die bereits als Allgemeinmediziner tätig sind, z. B. durch die Förderung von Qualitätszirkeln sowie
2. die strukturelle und inhaltliche Verbesserung der Weiterbildung zum Allgemeinarzt, der in der vorliegenden Untersuchung das Haupt-Augenmerk gilt

Dabei ist jede Verbesserung der Situation in der Allgemeinmedizin eine weise Investition in die Zukunft, da der Allgemeinarzt insbesondere in der Versorgung des älteren Menschen eine Schlüsselfunktion innehat und der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahrzehnten stetig zunehmen wird. Insbesondere, wenn die geburtenstarken Jahrgänge, d. h. die derzeit 40- bis 50-Jährigen, ins Rentenalter eintreten, d. h. in etwa 15-25 Jahren, wird sich dies nachhaltig auf die ökonomische Gesamtlage und die Situation im Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie in der Allgemeinmedizin im Besonderen auswirken (GAZEWOOD et al. 2003, WARSHAW et al. 2003). Angesichts dieser Situation ist der – trotz finanzieller Förderung – zunehmende Mangel an ausgebildeten Allgemeinärzten um so bedenklicher.

Es ist an dieser Stelle erforderlich, auf einen Aspekt hinzuweisen, der in anderen Ländern längst Allgemeingut ist: Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, aber auch in allen anderen Fächern, muss sich am gegenwärtigen und v. a. auch am zukünftigen Versorgungsauftrag dieses Faches und an den konkreten Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung orientieren. Deshalb müssen aufgrund von evidenzbasierten Leitlinien – je nach der regionalen sozioökonomischen Situation auch unterschiedliche – Curricula geschaffen und „gepflegt“ werden; so sind z. B. Kenntnisse in der Geburtshilfe für einen Allgemeinarzt in der Großstadt heute in der Regel verzichtbar (TIEMSTRA 2004), während dies für eine abgelegene ländliche Praxis nicht ohne weiteres gilt.

In den großen Flächenländern wie Kanada, den ländlichen USA und Australien gibt es für die ländlichen Gebiete spezielle Trainingsnetzwerke für Allgemeinmediziner (ROURKE 2000, MALATI und PATHMAN 2002, KRUPA und CHAN 2005).

Es ist aus den einleitenden Kapiteln der Arbeit ersichtlich geworden, dass die Weiterbildung zum Allgemeinarzt im Hinblick auf die Qualität und die Zahl der Ärzte, die sie – erfolgreich und bis zum Ende – absolvieren, dringend der Verbesserung bedarf.

Grundsätzlich muss der Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit vorangestellt werden, dass eine systematische Beurteilung der Weiterbildung in ihrer gegenwärtigen Form nicht möglich ist, da es an entsprechenden Erhebungen fehlt (DONNER-BANZHOFF 2006). Die Weiterbildung wird aber strukturell im Prinzip als vom Assistenten selbst zu organisierende Nebensache ohne definierten didaktischen „Überbau“ behandelt, während die Aufgaben in der Patientenversorgung deutlich und weit im Vordergrund stehen. Langfristige Entwicklungen im Gesundheitswesen wie die Verdichtung von Arbeitsabläufen und die Verkürzung von Liegezeiten, die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor, die (Sub-)Spezialisierung der Medizin und die Umsetzung des von der Rechtsprechung geforderten Facharzt-Standards (MARTIN 2006) sind nicht dazu angetan, diese Situation zu verbessern. Während ähnliche strukturelle Änderungen in anderen Ländern wie den USA oder Kanada dazu geführt haben, dass die Weiterbildung als eine eigene, öffentlich zu erfüllende Aufgabe angesehen wird, steht diese Entwicklung in Deutschland im Wesentlichen noch aus.

Es muss natürlich darauf hingewiesen werden, dass eine Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin kein Patentrezept gegen das Problem der „Abwanderung“ der Ärzte in Spezialfächer darstellt; mit diesem Phänomen haben vielmehr auch Länder zu kämpfen, in denen es eine Verbundweiterbildung schon lange gibt, etwa Großbritannien (HARRIS et al. 1996) oder die USA (BROTHERTON et al. 2005).

Bisherige Bemühungen um die Umsetzung der Verbundweiterbildung stammen eher von den Allgemeinmedizinischen Hochschulinstituten, etwa in Frei-

burg, Göttingen, Hannover oder Marburg, als von der Ärzteschaft als Ganzes. Noch auf dem 104. Deutschen Ärztetag 2001 in Ludwigshafen wurde zwar – aus der Erkenntnis des steigenden Mangels an Fachärzten für Allgemeinmedizin – eine „Weiterbildungsoffensive in der Allgemeinmedizin“ beschlossen; diese hat jedoch hauptsächlich eine quantitative Verstärkung der nominell als Allgemeinärzte „Zulassungsfähigen“ zum Ziel und umfasst Maßnahmen, die der Qualität der Weiterbildung tendenziell eher abträglich sind. So soll z. B. auch die dreijährige Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in das Förderprogramm für eine begrenzte Übergangszeit einbezogen werden. Zur Verbundweiterbildung wird lediglich ausgeführt, dass „Eine Verbreiterung des Weiterbildungsangebotes durch Verbundweiterbildung unter Krankenhäusern (vgl. z.B. § 45 Heilberufe-Kammergesetz Nordrhein-Westfalen), aber auch in der Erprobung von Möglichkeiten der Verbundweiterbildung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern [...] auszubauen [ist].“⁸

Dabei sind die Ausgangsbedingungen in der Allgemeinmedizin keineswegs besonders ungünstig: Nach einer Untersuchung von DONNER-BANZHOF et al. (2004) sind die Allgemeinärzte Fragen der Weiterbildung gegenüber durchaus aufgeschlossen und auch kooperationsbereit. Nach NEUMANN-OELLERKING und HAVEL (1998) gilt dies ebenso für die Qualitätssicherung, und zwar sowohl im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung im Allgemeinen als auch auf die eigene Praxis.

Die vorliegende Erhebung unterstreicht, dass die Umsetzung der Verbundweiterbildung, deren Potential im Grundsatz unbestritten ist, in der Allgemeinmedizin im Interesse sowohl der Weiterbildungsassistenten als auch der medizinischen Basisversorgung der Bevölkerung erheblich verbesserungsbedürftig ist. Sowohl die Zahl als auch die Struktur der existierenden Weiterbildungsverbände sind, speziell im Vergleich mit den angloamerikanischen Ländern, äußerst unbefriedigend.

Bedauerlicherweise ergab die fortlaufende Durchsicht von Stellenanzeigen im „Deutschen Ärzteblatt“, dass sich keine Verbesserung dieser Situation abzeichnet, sondern dass im Gegenteil die Frequenz entsprechender Inserate eher noch

abnimmt. Es gibt damit auch keinen nachhaltig positiven Trend, auf dessen Durchsetzung man warten könnte, sondern nach unserer Erhebung eher ein wieder rückläufiges Angebot.

Neben diesem bereits rein zahlenmäßigen Defizit ist auch strukturell die Situation äußerst unbefriedigend. Die Analyse der vorhandenen Weiterbildungsverbände ergibt, dass diese vielfach – wenn überhaupt – nur zum Teil eine Verbesserung der Allgemeinmedizinischen Weiterbildung zum Ziel haben. Während sich ein unter dieser Motivation gegründeter und geführter Verbund durch eine Verbundstruktur mit ausreichend zahlreichen und qualifizierten Mentoren, die die Weiterbildungsassistenten betreuen, sowie einen abgesprochenen Weiterbildungszyklus auszeichnen, sind viele der von uns identifizierten Verbände offensichtlich aus der Not geboren, Bewerber für Weiterbildungsstellen zu finden. Dies ergibt sich beispielsweise daraus, dass Verbände vielfach in kleineren Krankenhäusern in geographischen Randlagen existieren, die häufig – bedingt durch fachliche, aber auch außerberufliche Gründe (wenig interessantes Umland, fehlende weiterbildende Schulen, mangelndes kulturelles Angebot) – unter Bewerbermangel leiden. In solchen Kliniken wird häufig versucht, Bewerber mit der Möglichkeit des klinikinternen Wechsels anzuziehen.

Unter diesem Aspekt erscheint das deutliche Ost-West-Gefälle, das wir gefunden haben – in den 5 „neuen“ Bundesländern fand sich lediglich ein einziger Verbund – um so erstaunlicher, besonders, wenn man bedenkt, dass Weiterbildungsverbände in der DDR der Regelfall waren und auch erfolgreich arbeiteten (GARGOV 1987, SPRINGFELD 1990, DEGAM 2006). Möglicherweise liegt aber gerade in der Skepsis gegen Strukturen, die denen der DDR ähneln, ein Grund für die geringe Verbreitung fester Verbände mit definierten Strukturen, und Weiterbildungsverbände in den neuen Bundesländern wurden aufgrund ihrer losen Organisation von der vorliegenden Erhebung nicht erfasst.

Sollte die o. g. Schlussfolgerung zutreffend sein – wofür auch das Benotungsverhalten der Verbände (Abbildung 8) spricht –, so würde dies zu einer unerwünschten Selektion von Bewerbern für Allgemeinmedizinische Verbundweiterbildungsstellen führen. Bewerber wären dann häufig Kolleg(inn)en, die an anderen – attraktiveren - Standorten infolge bestehender Hindernisse (schlechter Abschluss, mangelhafte Sprachkenntnisse etc.) keine Anstellung fanden.

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass die vernetzte Weiterbildung zum Allgemeinarzt eine ausgezeichnete Perspektive auch für die Verbesserung der Situation in Deutschland darstellt (DEGAM 2006).

In den USA wurde in den 90er Jahren von der AAMC eine Task Force eingerichtet, die der auch dort manifesten bedrohlichen „Umschichtung“ der ambulanten Versorgung von Allgemeinärzten auf Fachärzte entgegensteuern sollte (WILLIAMSON et al. 1993, GREER et al. 1994). Weiterbildungsverbände werden dort heute von mehreren Trägern angeboten und Verbesserungen der Prozess- und Ergebnisqualität der Allgemeinmedizin durch Allgemeinmedizinische Forschungsnetzwerke angestrebt (NAGYKALDI et al. 2005).

Das System in Großbritannien ist einerseits sicherlich dasjenige, in dem die systematische vernetzte Weiterbildung schon am längsten existiert (ALBERTI 1967, GASKELL 1967, SEVER et al. 1971). Es basiert auf einer festen Rotation, unterscheidet sich aber in drei bedeutenden Punkten von dem der USA (RODNICK 2003): Dem obligatorischen letzten Ausbildungsjahr im NHS-Ambulatorium, dem systematischen Assessment des Weiterbildungsassistenten und dem Angebot regionaler Weiterbildungskurse.

In Kanada werden aufgrund der Finanzierungsstruktur (auch im Krankenhaus werden ärztliche Leistungen nach einer Gebührenordnung vergütet) die Gehälter von Weiterbildungsassistenten durch spezielle Programme der Provinzregierungen, die für das Gesundheitswesen zuständig sind, aufgebracht; die 2-jährige Weiterbildung selbst wird von medizinischen Fakultäten nach fest strukturierten Curricula organisiert und evaluiert (JOHNSTON 2005). Das kanadische System hatte für einige Länder, etwa die USA, Vorbildfunktion (HAWKINS 1999).

Integrierte Weiterbildungsverbände mit festen Abfolgen von Fächern existieren darüber hinaus auch noch in weiteren Ländern (z. B. Israel, den Niederlanden, Schweden und Irland [DEGAM 2006]).

Grundlegende Vorteile der Weiterbildungsverbände sind – über die in Kapitel 1.1.2 (Seite 6ff) genannten Aspekte hinaus – die Möglichkeit einer stetigen Anpassung der Curricula an die Fortschritte in der Medizin, eine Verbesserung

der kollegialen Unterstützung und Vernetzung und Schaffung von Strukturen, die auch in der Fortbildung genutzt werden können (VEITCH et al. 1992, BAHRAMI 1994, DICKMANN et al. 1999, MONTRIEUX et al. 2000, PIPAS et al. 2004), ein potentieller Nachteil ist natürlich der Zeitbedarf, der mit der Schaffung und dem Betreiben eines solchen Verbundes einhergeht (DELIA et al. 2002).

Die Einrichtung von Weiterbildungsverbänden in Deutschland ist damit prinzipiell zu begrüßen, die vorliegende Bestandsaufnahme zeigt jedoch, dass der Bedarf derzeit in qualitativer und vor allem quantitativer Hinsicht alles andere als gedeckt ist. Es wäre dringend wünschenswert, dass weitere Verbände mit Koordinierungs- und Zuteilungskompetenz geschaffen werden und die Arbeitsweise der bestehenden koordiniert und optimiert wird.

Die Initiative zur strukturellen Verbesserung bestehender und Einrichtung neuer Verbände sollte dabei – in ihrem eigenen Interesse - von den praktizierenden Allgemeinärzten vor Ort ausgehen; solche Initiativen können und sollten von der DEGAM und dem Hausärzterverband logistisch und politisch unterstützt werden. Denkbar wäre es, über die DEGAM und den Hausärzterverband jährlich zehn Weiterbildungspraxen zu gewinnen und zu unterstützen, die über Gespräche mit den regionalen Krankenhäusern neue Verbände einrichten. Eine enge methodische und strategische Begleitung durch die wissenschaftliche Gesellschaft und den Verband ist notwendig.

Für die an den Verbänden beteiligten Einrichtungen ergibt sich zwar eine Einschränkung bei der Bewerberauswahl geförderter Stellen, dafür profitieren sie aber von den Fördermitteln. Die Qualität der Weiterbildung und der ärztlichen Leistungen der Weiterbildungsassistenten verbessert sich durch die stärker allgemeinmedizinisch geprägten Inhalte sowie das Mentorsystem. Gerade der neue Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin fordert das Engagement der Hausärzte, um genuine Inhalte und Methoden der Allgemeinmedizin in diesem Curriculum zu implementieren.

Änderungen dieser Art können im Rahmen der bestehenden gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen umgesetzt werden, für weitergehende Än-

derungen – etwa die Finanzierung der Gehälter von Weiterbildungsassistenten durch den Verbund (IN DER SCHMITTEN und HELMICH 2000) – wären gesetzliche Neuregelungen notwendig, so dass dies kurzfristig nicht umgesetzt werden kann. Wünschenswert wäre dies aber durchaus, da eine Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen auch, wenn diese unzureichend ist, eine positive Tendenz durch Schaffung bzw. Steigerung des Problembewusstseins bei Leistungserbringern und Kostenträgern bewirken kann (WEISSERT und SILBERMAN 1998).

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Eine wirksame Weiterbildung (WB) zum Allgemeinarzt setzt voraus, dass mehrere Fachdisziplinen (stationär, ambulant) durchlaufen werden. Überwiegend ist dies der Initiative des WB-Assistenten überlassen. Zunehmend werden jedoch auch in Deutschland Rotationsweiterbildungen angeboten, die mehrere Abteilungen bzw. Praxen umfassen. Wir untersuchten die Zahl, Struktur und Auswirkungen dieser WB-Verbünde.

Methoden: Durch Auswertung von Inseraten im Dt. Ärzteblatt und Kontakte zu ärztlichen Körperschaften wurden Verbünde identifiziert, die der WB zum Allgemeinarzt dienten und das Absolvieren von mindestens zwei Disziplinen sicherten. Mit strukturierten Telefon-Interviews von Abteilungs- und Oberärzten bzw. kaufmännischen Direktoren wurden Größe, Struktur und Erfahrungen erfasst. Neben grundlegenden Fragen zur Art und Größe des Krankenhauses, den beteiligten Abteilungen und dem Initiator des Weiterbildungs-Verbundsystems wurden Fragen zu den Aspekten Stellenausschreibung und –besetzung, Organisation und Durchführung der Weiterbildung sowie Bewertung des Verbundsystems gestellt.

Ergebnisse: Bundesweit wurden im Zeitraum von 2002 bis 2004 insgesamt 31 Verbünde gefunden; 29 waren bereit zur Befragung. Die Initiative zu diesen Verbänden ging überwiegend von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung im ländlichen Bereich aus. Zwei Verbünde waren an Universitätskliniken angesiedelt, lediglich bei fünf sind hausärztliche Praxen ein fester Bestandteil der Rotation. Praktisch immer lag die Zahl der WB-Stellen zwischen 1 und 5. Von mehr als der Hälfte der Kliniken wurde das Echo auf die Stellenausschreibungen als „schlecht“ bezeichnet, die Anzahl der tatsächlich eingestellten Ärzte lag zwischen einem und 3.

Die Chefärzte der Inneren Abteilung sowie der Chirurgischen Abteilung wurden am häufigsten als Koordinatoren und Mentoren der Weiterbildungsassistenten genannt. In allen Häusern führten die Assistenten die gleichen Aufgaben aus wie andere Assistenzärzte.

Insgesamt erhielt das System der Verbundweiterbildung zum Allgemeinmediziner eine „gute“ Benotung (2,0), wobei die Einzelaspekte im Mittel geringfügig schlechtere Benotungen zwischen 2,2 und 2,7 erhielten. Etwa die Hälfte der Krankenhäuser meldete zudem interne Probleme mit dem System bzw. mit den Bewerbern. In allen 29 Kliniken wurde die Verbundweiterbildung zum Zeitpunkt der Befragung noch durchgeführt.

Die Erfahrungen der Befragten waren damit überwiegend positiv, die Zahl der angebotenen WB-Verbünde hat im vergangenen Halbjahr jedoch wieder abgenommen.

Schlussfolgerungen: Die Einrichtung von WB-Verbänden ist zu begrüßen. Allerdings waren bisher wohl die Probleme ländlicher Häuser, Assistentenstellen zu besetzen, die wichtigste Triebkraft. Genuin allgemeinärztliche Gesichtspunkte sollten in Zukunft stärker zum Tragen kommen.

6 Summary

Vocational training schemes for general practice/family medicine in Germany – a survey

Background: An effective vocational training for future general practitioners (GPs) requires experience in various specialties. Although this is required for specialty examinations, in Germany the necessary organisation traditionally has been left to the registrar himself. However, increasingly integrated training schemes offer rotations including hospital departments and general practices. The present study evaluates the number, structure, and impact of these training schemes in Germany.

Methods: Providers of training schemes for GP registrars who offer at least two specialties were identified by advertisements in the national medical journal ('Deutsches Ärzteblatt') and through contact with various medical organisations. By means of a structured telephone interview with senior physicians or administrators, the size, structure, and impact of the education programmes were assessed.

Results: Between the years 2002 and 2004, a total of 31 providers could be identified in Germany, 29 of which were willing to participate in the questionnaire. The networks had mainly been founded by rural hospitals; only two were university-based. Five networks included GP's practices as part of the rotation. The number of positions per network was one to five. Despite overall positive experiences, the number of networks was declining within the last 6 months of the observation period.

Conclusions: We expect vocational training schemes for general practice/family medicine to increase the number of GPs and the quality of their training. However, the primary driving force behind current training schemes has been the need of small rural hospitals to attract doctors to fill vacant positions. In the future, the philosophy of general practice/family medicine and its educational consequences will have to be strengthened.

7 Literaturverzeichnis

Alberti PWRM. Medical education. Need for integrated training schemes. Br Med J 1967; 3: 101-102

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. Z Ärztl Fortbild Quallsich 2005; 99: 465-492

Bahrami J. Editorial: General practice education and training. BMJ 1994; 309: 284-285

Bahrs O, Gerlach F, Szecsenyi J, Andres E. Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik, 4. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2001

Berkman L. Physical health and social environment, 51-77. In: Eisenberg L, Kleiman A (eds). The relevance of social science for medicine. Dordrecht/The Netherlands: Reidel, 1981

Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R, with contributions by Król Z, Munck A, Olesen F, O'Riordan M, Seuntjens L, Szecsenyi J. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. Fam Pract 2003; 20: 443-451

Boling PA, Retchin SM, Ellis J, Pancoast SA. The influence of physician specialty on housecalls. Arch Intern Med 1990; 150: 2333-2337

Brotherton SE, Rockey PH, Etzel SI. US graduate medical education, 2004-2005: trends in primary care specialties. *JAMA* 2005; 294: 1075-1082

Bundesärztekammer. Tätigkeitsbericht. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1994

Burton JR. The house call: an important service for the frail elderly. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 291-293

Christensen H, Bundgaard H, Frederiksen K, Bech K. Dimensioning of the postgraduate educational training in Denmark. *Cah Sociol Demogr Med* 2001; 41: 305-311

Cranney M, Barton S, Walley T. Addressing barriers to change: An RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 522-526

Currie CT, Moore JT, Friedman SW. Assessment of elderly patients at home: a report of fifty cases. *J Am Geriatr Soc* 1981; 29: 398

DeLia D, Cantor JC, Duck E. Productivity vs. training in primary care: analysis of hospitals and health centers in New York City. *Inquiry* 2002; 39: 314-326

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM): Vorschlag der DEGAM Weiterbildung Allgemeinmedizin: Die Verbundlösung.
<http://www.degam.de/alt/weiterbildung/rotation.htm> (Zugriff: 23.2.2006)

Deutsches Krankenhausinstitut. Krankenhaus Barometer. Umfrage 2005. Düsseldorf, 2005

- Dickmann C, van der Baaren J, Spitzer K. Post-Doc: Satisfying the information needs of general practitioners in continuing medical education and daily practice. *Stud Health Technol Inform* 1999; 68: 463-466
- Donner-Banzhoff N. Die Sicherung des ärztlichen Nachwuchses durch eine Reform der Weiterbildung. DEGAM, 2006
http://www.degam.de/dokumente/WBReform_V_1_2.pdf
- Donner-Banzhoff N, Wahab MH, Löckermann H, Griego J, Baum E. Weiterbildungsermächtigte Allgemeinärzte: Qualifikationen, Motive und Barrieren. *ZFA* 2004; 80: 119-123
- Egnew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med* 2004; 79: 737-743
- Federated Council for Internal Medicine. Geriatric medicine. *Ann Intern Med* 1981; 95: 372
- Fields JM, Schuman H. Public beliefs about the beliefs of the public. *Public Opinion Quarterly* 1976; 40: 427-448
- Fischer GC. *Betreuung älterer Patienten in der Allgemeinpraxis*. Stuttgart: Enke Verlag, 1990
- Fischer GC, Kerek HE. Herz- und Kreislauf-Erkrankungen bei älteren Patienten: Kontakte mit diesen beim Allgemeinarzt. *Allgemeinmedizin* 1989; 18: 59-66

- Frey K, Edwards F, Altman K, Spahr N, Gorman RS. The 'Collaborative Care' curriculum: an educational model addressing key ACGME core competencies in primary care residency training. *Med Educ* 2003; 37: 786-789
- Gargov K. Zu den sozialmedizinischen Funktionen des Facharztes für Allgemeinmedizin. *Z Gesamte Hyg* 1987; 33: 554-556
- Gaskell PG. A hospital and general practice combined training scheme in Scotland. *Br J Med Educ* 1967; 1: 374-380
- Gazewood JD, Vanderhoff B, Ackermann R, Cefalu C. Geriatrics in family practice residency education: an unmet challenge. *Fam Med* 2003; 35: 30-34
- Gerlach FM, Beyer M, Römer A. Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 35-42
- Gerlach FM, Abholz HH, Berndt M, Beyer M, Fischer GC, Helmich P, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Wahle K für den DEGAM-Arbeitskreis Leitlinien. Konzept zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Göttingen: DEGAM, 1999
- Greer DS, Bhak KN, Zenker BM. Comments on the AAMC policy statement recommending strategies for increasing the production of generalist physicians. *Acad Med* 1994; 69: 245-260
- Hamm H. Allgemeinmedizin – Familienmedizin. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme Verlag, 1986

- Harris T, Silver T, Rink E, Hilton S. Vocational training for general practice in inner London. Is there a dearth? And if so what's to be done? *BMJ* 1996; 312: 97-101
- Hawkins LA. Canada's generalist training: are there lessons for the United States? *Issue Brief Natl Health Policy Forum* 1999; 742: 1-9
- Hays RB. Integration of undergraduate and postgraduate general practice education--does it work? *Aust Fam Physician* 1997; 26 Suppl 2: S83-S86
- Heintze C, Matysiak-Klose D, Braun V. Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten aus Sicht von Hausärzten. Eine qualitative Befragung von Allgemeinärzten und hausärztlich tätigen Internisten in Berlin. *Z Ärztl Fortbild Quallsich* 2005; 99: 437-442
- Hoppe JD. Die Weiterbildungsordnung. Von der Schilderordnung zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf. *Dt Ärztebl* 1997; 94(39): A-2483 (B-2027)-A-2491 (B-2034)
- In der Schmitt J, Helmich P. Weiterbildung Allgemeinmedizin: Qualifizierung für die primärärztliche Versorgung. Stuttgart: Thieme Verlag, 2000
- Johnston S. Medical training in Canada. *Can J Rural Med* 2005; 10: 183
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlenentwicklung, 2. Aufl., 2003
- Kerek-Bodden HE, Schach E, Schach S, Schwartz FW, Wagner P. Care for the elderly. In: Eimeren W, v Engelbrecht R, Flagle D (Hrsg.). *System science in health care*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1984

- Köbberling J. Der Zweifel als Triebkraft des Erkenntnisgewinns in der Medizin, 18-29. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Kolkmann F-W (Hrsg.). Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2000
- Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung, 3. Aufl. Berlin: BÄK und KBV, 2005
- Kramer AW, Jansen KJ, Dusman H, Tan LH, van der Vleuten CP, Grol RP. Acquisition of clinical skills in postgraduate training for general practice. Br J Gen Pract 2003; 53: 677-682
- Krupa LK, Chan BT. Canadian rural family medicine training programs: growth and variation in recruitment. Can Fam Physician 2005; 51: 852-853
- Malaty W, Pathman DE. Factors affecting the match rate of rural training tracks in family practice. Fam Med 2002; 34: 258-261
- Martin W. Arbeitsmarkt für Ärzte. Nachfrage nach Fachärzten sprunghaft gestiegen. Dt Ärztebl 2006; 103: A364
- McManus IC, Livingston G, Katona C. The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. BMC Med Educ 2006; 6: 11
- Montrieux C, Collette G, van Lochem J-J, Baldewyns L, Orban M. Post doc (post graduate training for medical doctors in Europe). Rev Med Liege 2000; 55: 850-851

- Nagykaldi Z, Mold JW, Aspy CB. Practice facilitators: a review of the literature. *Fam Med* 2005; 37: 581-588
- Neumann-Oellerking D, Havel M. Ausgewählte Aspekte zur Qualitätssicherung in der hausärztlichen Praxis. *Z Ärztl Fortbild Quallsich* 1998; 92: 229-234
- Pipas CF, Peltier DA, Fall LH, Olson AL, Mahoney JF, Skochelak SE, Gjerde CL. Collaborating to integrate curriculum in primary care medical education: Successes and challenges from three US medical schools. *Fam Med* 2004; 36: 126-132
- Reifler BV, Larson E, Cox G. Treatment results at a multi-specialty clinic for the impaired elderly and their families. *J Am Geriatr Soc* 1981; 29: 579
- Rodnick JE. Innovations in residency education: examples from general practice in the United Kingdom. *Acad Med* 2003; 78: 888-889
- Rourke JT. Postgraduate medical education for rural family practice in Canada. *J Rural Health* 2000; 16: 280-287
- Sachs L. *Angewandte Statistik*. 10. Aufl. Berlin: Springer-Verlag, 2002
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*, 2nd ed. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone, 2000
- Sever ED, Corbett JT, Dalglish PG, Elliott-Binns CP, Richards TA, Toby P. Continuing education for general practice – Analysis of a programme. *Br Med J* 1971; 1: 164-166

- Springfeld K. Individuelle Fortbildung und Fortbildungswünsche des Facharztes für Allgemeinmedizin. Z Ärztl Fortbild 1990; 84: 567-569
- Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 1999 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1999
- STATSOFT Programmpaket Statistica für Windows, Version 6. Tulsa, USA: Eigenverlag, 2002
- Szecsényi J, Andres E, Bahrs O, Gerlach FM, Weiss-Plumeyer M. Evaluation eines Trainingsprogrammes für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualifikationszirkeln. Eine Zwischenbilanz. Z Ärztl Fortbild 1995; 89: 419-423
- Tiemstra JD. Fixing family medicine residency training. Fam Med 2004; 36: 666-668
- Tönies H. Hausbesuch, eine spezifisch allgemeinärztliche Betreuungsform. Münch Med Wochenschr 1985; 127: 619-622
- Veitch D, Lewis M, Gibbin K. General practitioner training in ENT in the Trent Region. J R Soc Med 1992; 85: 156-158
- Warshaw G, Murphy J, Buehler J, Singleton S. Geriatric medicine training for family practice residents in the 21st century: a report from the Residency Assistance Program/Harfford Geriatrics Initiative. Fam Med 2003; 35: 24-29
- Weissert CS, Silberman SL. Sending a policy signal: state legislatures, medical schools, and primary care mandates. J Health Polit Policy Law 1998; 23: 743-770

Williams ME, Williams TF. Evaluation of older persons in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 37

Williamson JW, Walters K, Cordes DL. Primary care, quality improvement, and health systems change. *Am J Med Qual* 1993; 8: 37-44

8 Anhang

8.1 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Regionale Verteilung der an der Umfrage beteiligten Kliniken.....	22
Tabelle 2: Anzahl der im Verbundsystem angebotenen Ausbildungsstellen	27
Tabelle 3: Beurteilung des Echos auf Stellenausschreibungen.....	27
Tabelle 4: Anzahl der zum Vorstellungsgespräch eingeladenen Bewerber.....	28
Tabelle 5: Anzahl der eingestellten Ärzte.....	28
Tabelle 6: Angaben zu Problemen mit dem Verbundsystem.....	33
Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Bettenzahl unter den 29 befragten Krankenhäusern (einmal k. A.)	23
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Kliniktypen unter den 29 befragten Krankenhäusern	24
Abbildung 3: Anteil der Nennungen zu den am Verbundsystem beteiligten Abteilungen (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%) .	25
Abbildung 4: Angaben zum Initiator des Weiterbildungs-Verbundsystems (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%).....	26
Abbildung 5: Angaben zur Entscheidung über Einstellungen im Rahmen des Weiterbildungs-Verbundsystems (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%)	29

Abbildung 6: Angaben zum Koordinator des Weiterbildungs-Verbundsystems (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%).....	30
Abbildung 7: Angaben zum Ansprechpartner für die Weiterbildung (Mehrfachnennungen möglich, deshalb Summe größer als 100%) * Mentor mit definiertem Aufgabenbereich.....	31
Abbildung 8: Benotung des Verbundsystems durch die Kliniken	32

8.2 Anschreiben

FACHBEREICH MEDIZIN		KLINIKUM der Philipps-Universität Marburg
Med. Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung		Abt. für Allgemeinmedizin, Präventive- und Rehabilitative Medizin
N. Donner-Banzhoff, Allgemeinmedizin, 35033 Marburg		
	Hausanschrift:	Robert-Koch-Str. 5 35037 Marburg
	Postanschrift:	35033 Marburg
	Telefon:	(06421) 2865120
	Telefax:	(06421) 2865121
	E-Mail:	norbert@med.uni-marburg.de
	Datum:	
	Bearbeiter:	ndb

Sehr geehrte Frau/Herr KollegIn,

zunehmend werden auch in Deutschland Verbundweiterbildungen für künftige Allgemeinärzte angeboten. Damit folgen wir einem international bereits weit verbreiteten Idee. Von Seiten unserer Abteilung an der Universität Marburg versuchen wir, diese Initiativen in Deutschland im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts systematisch zu erfassen. Wir glauben, dass die so gesammelten Erfahrungen die Einrichtung und Führung solcher Weiterbildungsverbände weiter fördern können.

Wir haben erfahren, dass eine solche abteilungsübergreifende Verbundweiterbildung für künftige Allgemeinärzte auch an ihrer Klinik bzw. Einrichtung durchgeführt wird. Gerne würden wir deshalb in den nächsten Tagen an Sie herantreten; dazu wird Sie Herr Heinrich, Facharzt für Allgemeinmedizin anrufen und telefonisch einige Informationen über die Verbundweiterbildung in Ihrem Hause erbitten.

Die dabei erhobenen Daten werden von uns vertraulich und entsprechend den Datenschutzvorschriften behandelt. Die Ergebnisse der Studie werden auch ihnen zur Verfügung gestellt. Nähere Information dazu telefonisch.

Ich bedanke mich schon heute für ihre Kooperation und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc.

Das Sekretariat ist Montag-Donnerstag von 7.30-11.30 Uhr und 12.00-16.00 Uhr und am Freitag von 7.30-14.30 Uhr besetzt

8.3 Protokollbogen für das strukturierte Interview

Fragebogen Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin (eine deskriptive Erhebung)

Gesprächsdatum:	
Telefon:	
Fax:	
Ansprechpartner:	
Verbund:	
Abteilungen:	
Klinik/Verbund Größe? Bettenanzahl Grund Regel Maximal Reha-klinik	
Adresse:	
Wie lange existiert an Ihrer Klinik schon das Verbundsystem?	
Wie viele Stellen sind vorgesehen?	
a) Assistenten	
b) AIP	

Welche Fächer/Praxis sind vorgesehen	
Wer Koordiniert die Rotation? Wer ist der Initiator?	
Wer betreut die Weiterbildung (Mentor?) Gibt es regelmäßige Treffen? Wird der Allgemein.-Assistent mit den gleichen Aufgaben betreut wie die anderen Assistenten? Gibt es Abbrecher/Umsteiger in der Weiterbildung?	
Werden Zuschüsse in Anspruch genommen	
Welches Echo hat die Stellenausschreibung gefunden (Stellen/Bewerber)?	
Wie viele Anwärter wurden eingeladen	
Wie viele Kandidaten sind eingestellt worden. Wer hat die Entscheidung getroffen?	
Wie zufrieden sind sie selbst mit dem Verbundsystem (Noten 1-6) 1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zw. den Abteilungen 2. Kooperation mit niedergelassenen Kollegen 3. Qualität der Weiterbildung 4. Qualitäten der Assistenten des gesamten Verbunden. 5. Stellenbesetzung Wie zufrieden sind die anderen Abteilungen?	

Gibt es spezielle Probleme?	
Werden die Stellen weiterhin angeboten?	
Kennen Sie Ansprechpartner in der Umgebung z.B. niedergelassene Kollegen?	

9 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Norbert Donner-Banzhoff für die Vergabe des Themas und seine fortlaufenden konstruktiven Vorschläge und Anregungen, die mir bei der Erstellung der Arbeit sehr geholfen haben.