

Anästhesiologische Kompetenzen in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

Eine qualitative Inhaltsanalyse leitfadengeführter
Interviews

Dissertation
zur Erlangung des Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)
am Institut für Allgemeinmedizin
der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von
Katharina Ortner
aus Schwerin

Rostock, den 16.09.2024

Gutachter:

PD Dr. rer. pol. habil. Christin Löffler,
Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Jean-François Chenot,
Universitätsmedizin Greifswald, Abteilung für Allgemeinmedizin

PD Dr. med. habil. Benjamin Löser,
Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und
Schmerztherapie

Jahr der Einreichung: 2024

Jahr der Verteidigung: 2025

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	4
Zusammenfassung	5
1. Einleitung.....	8
2. Hintergrund.....	11
2.1. Allgemeinmedizinische Weiterbildungen im europäischen Kontext.....	11
2.1.1. Dauer und Struktur allgemeinmedizinischer Weiterbildungen in Europa	13
2.1.2. Allgemeinmedizinische Curricula in Europa	14
2.2. Allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland	16
2.3. Entwicklung und rechtliche Grundlagen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland.....	17
2.4. Allgemeinmedizinische Weiterbildung in Mecklenburg-Vorpommern	21
2.5. Anästhesiologie in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung	24
3. Forschungsfragen.....	26
4. Methoden	28
4.1. Vorüberlegungen zum qualitativen Forschungsdesign	28
4.1.1. Qualitative Forschungsmethoden	28
4.1.2. Experteninterviews	29
4.2. Expertenauswahl.....	30
4.2.1. Theoretisches Sampling	31
4.2.2. Kontaktaufnahme mit Expertinnen und Experten	31
4.2.3. Entwicklung des Samplings	32
4.2.4. Samplebeschreibung	32
4.3. Durchführung der Experteninterviews	34
4.3.1. Der Interviewleitfaden	34
4.3.2. Interviewsituation und Interviewablauf	35
4.3.3. Die Nachbereitung der Interviews	36
4.4. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	36
5. Ergebnisse	38
5.1. Notfallmedizin.....	39
5.1.1. Bedeutung der Notfallmedizin und allgemeinmedizinische Erstversorgung	39
5.1.2. Atemwegssicherung	43
5.1.3. Notfallmedizin in der Weiterbildung.....	46
5.2. Anästhesievorbereitung.....	50
5.2.1. Präoperative Risikoevaluation und Anpassung der Medikation	50

5.2.2. Die allgemeinmedizinische Praxis als Schnittstelle zur Klinik.....	53
5.2.3. Perioperative Abläufe in der Weiterbildung.....	55
5.3. Anästhesiedurchführungen	57
5.3.1. Anästhesieverfahren	57
5.3.2. Anästhesiologische Weiterbildung im OP	59
5.4. Intensivmedizin	61
5.4.1. Bedeutung der Intensivmedizin für die Allgemeinmedizin	61
5.4.2. Intensivmedizin in der Weiterbildung	64
5.5. Schmerztherapie.....	67
5.5.1. Bedeutung und Inhalte der Schmerztherapie für die Allgemeinmedizin .	67
5.5.2. Schmerzmedizin in der Weiterbildung	70
5.6. Palliativmedizin	73
5.6.1. Bedeutung und Abgrenzung zur Anästhesiologie	73
5.6.2. Palliativmedizin in der Weiterbildung	74
5.7. Der Weiterbildungsabschnitt Anästhesiologie	77
5.7.1. Möglichkeiten in der anästhesiologischen Weiterbildung	77
5.7.2. Alternativen zur Rotation in die Anästhesiologie	80
6. Diskussion.....	83
6.1. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	83
6.2. Einbindung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand	85
6.2.1. Notfallmedizin.....	85
6.2.2. Anästhesiologische Inhalte in der hausärztlichen Praxis: Primärversorgung und interdisziplinäre Schnittstelle	88
6.2.3. Zusatzweiterbildungen.....	90
6.3. Stärken und Limitationen der Arbeit.....	92
6.3.1. Stärken.....	92
6.3.2. Limitationen.....	92
6.4. Implikationen für die allgemeinmedizinische Weiterbildung.....	93
6.4.1. Gestaltung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung unabhängig einer anästhesiologischen Rotation.....	93
6.4.2. Weiterbildungsbegleitende Seminare	94
6.4.3. Anästhesiologie als Wahlrotation.....	96
6.5. Weiterer Forschungsbedarf.....	97
7. Literaturverzeichnis	100
Anhang	116
Danksagung.....	127

Abkürzungsverzeichnis

AED	automatisierter externer Defibrillator
ALS	Advanced Cardiac Life Support
BLS	Basic Life Support
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
EPA	Entrustable Professional Activities
EKG	Elektrokardiogramm
EU	Europäische Union
EURACT	European Academy of Teachers in General practice/ Family Medicine
ERC	European Resuscitation Council
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
ITS	Intensivstation
KV	Kassenärztliche Vereinigung (des jeweiligen Bundeslandes)
KWMV	Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Mecklenburg-Vorpommern
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MWBO	Musterweiterbildungsordnung
OP	Operationsbereich
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
VWB	Verbundweiterbildung (-en)
WBO	Weiterbildungsordnung (-en)
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians Kurzname: World Family Doctors Caring for people

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der WBO MV 2019 und 2020 mit der aktuellen MWBO, Angabe der Dauer der Weiterbildungszeit in Monaten.....	23
Tabelle 2: Übersicht der Expertinnen – und Expertenauswahl nach Fachgebieten und Berufsstand mit Darstellung der Samplekriterien.....	33
Tabelle 3: Beispielhafte Darstellung eines Kodiervorgangs anhand eines Interviews mit einem Facharzt für Anästhesiologie, 42 Jahre.....	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: WONCA-Baum: Europäische Definition der Hausarztmedizin.....	9
Abbildung 2: CanMEDS-Model des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.....	13
Abbildung 3: Schematische Darstellung der Entstehung einer Weiterbildungsordnung in Deutschland.....	18

Zusammenfassung

Hintergrund

Die allgemeinmedizinische Weiterbildung Deutschlands befindet sich in einer ständigen Entwicklung, zeigt im internationalen Vergleich jedoch weiterhin Defizite. Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin, Verbundweiterbildungen und kompetenzbasierte Weiterbildungsordnungen (WBO) können die Weiterbildungsqualität in Struktur und Ergebnis steigern. In der allgemeinmedizinischen WBO Mecklenburg-Vorpommerns war eine dreimonatige Rotation in die Anästhesiologie vorgeschrieben. Seit der Umsetzung der neuen WBO entfällt diese Pflichtrotation. Konkrete Vorgaben, welche anästhesiologischen Kompetenzen in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erworben werden sollen, fehlen.

Forschungsfragen

Welche anästhesiologischen Kompetenzen werden im hausärztlichen Alltag benötigt? Und wo und wie sollten diese in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermittelt werden?

Methoden

Mit Hilfe des gewählten qualitativen Forschungsdesigns ist die Erhebung und Auswertung von Daten mit anschließender Entwicklung von Hypothesen möglich. Im Leitfadeninterview, angepasst an die jeweilige Fachgruppe, wurden drei Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung, fünf Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Niederlassung, zwei allgemeinmedizinisch Tätige mit Lehrstuhl, vier Anästhesiologinnen und Anästhesiologen und ein Palliativmediziner interviewt. Die Auswahl der zu Interviewenden zielt auf eine breite Meinungsvielfalt aller an der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in der Anästhesiologie beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Parallel zur Interviewführung wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring mit textgeleiteter Zusammenfassung durchgeführt. Nach Eintreten einer theoretischen Sättigung konnten die einzelnen Interviews in Tabellenform verglichen werden.

Ergebnisse

Basierend auf den qualitativen Interviews und unter Berücksichtigung aktueller Leitlinien, lässt sich Folgendes zusammenfassen:

1. Jede Ärztin und jeder Arzt unabhängig der Fachrichtung müsse die notfallmedizinische Erstversorgung, allgemeinmedizinisch Tätige auch Fähigkeiten des Advanced Life Support (ALS) beherrschen.
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sollen im Notfall die Atemwege sichern können. Die Indikation zur invasiven Atemwegssicherung ist kritisch zu stellen.
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin wünschen, endotracheales Intubieren in der Weiterbildung zu erlernen. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie empfehlen Larynxmasken oder Larynxtuben.
4. Ein sicheres endotracheales Intubieren unter Notfallbedingungen ist in Simulationskursen oder während Hospitationen nicht vermittelbar. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, die des Weiteren in der Notfallmedizin tätig sind, erlernen und wiederholen unabhängig der Allgemeinmedizin die Durchführung von invasiven Atemwegssicherungen.
5. Hausärztliche Praxen sind als vertraute Schnittstelle für Patientinnen und Patienten für die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mitverantwortlich.
6. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sollen orientierende Gespräche mit Patientinnen und Patienten über perioperative Abläufe, Narkosemöglichkeiten und Anpassungen der Medikation führen können.
7. Erfahrungen auf einer Intensivstation sensibilisieren allgemeinmedizinische Weiterzubildende für den schmalen Grat zwischen kurativer Maximaltherapie und Palliativmedizin.
8. Eine dreimonatige Rotation in die Anästhesiologie muss klar strukturiert und an die Bedürfnisse der allgemeinmedizinischen Weiterzubildenden angepasst sein.
9. Weiterzubildende können die vorliegende Dissertation als Entscheidungshilfe für oder gegen diesen fakultativen Weiterbildungsabschnitt nutzen.
10. Durch Weiterbildung in der Chirurgie, Inneren Medizin und allgemeinmedizinischen Praxis können einige relevante anästhesiologische Kompetenzen wie beispielsweise präoperative Risikoeinschätzung und Vorbereitung erworben werden.
11. Weiterbildungsbegleitende Seminare ermöglichen eine Vertiefung und Reflektion anästhesiologischer Themen wie zum Beispiel der Schmerztherapie.

12. Weiterbildungsbegleitende Seminare bestimmter Themen und praktische Notfallkurse können den Abschnitt Anästhesiologie ersetzen.

13. Die allgemeinmedizinische WBO sollte regelmäßig an aktuelle Entwicklungen angepasst und trotz Föderalismus möglichst einheitlich gestaltet werden.

14. Ein Zusammenspiel aus WBO und obligatorischen, begleitenden Seminaren muss eine zweifelsfreie Qualifizierung der zukünftigen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner gewährleisten.

15. Die allgemeinmedizinische Weiterbildung soll eine breite und hochqualitative medizinische Primärversorgung der Bevölkerung ermöglichen.

Fazit

Die allgemeinmedizinische Weiterbildung kann auch ohne eine Rotation in die Anästhesiologie qualitativ hochwertig gestaltet werden. Voraussetzungen sind weiterbildungsbegleitende Seminare mit Themen zur Schmerztherapie und praktische Kurse zur Notfallmedizin. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sollten sicher ALS anwenden können einschließlich nichtinvasiver Atemwegssicherung. Eine bedeutsame hausärztliche Aufgabe ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten an Schnittstellen wie Übergängen von ambulant zu stationär und kurativ zu palliativ. Fachfremde Einblicke während der Weiterbildung ermöglichen es, für das weitere Berufsleben wertvolle Erfahrungen zu sammeln, so auch Rotationen in die Anästhesiologie. Diese Dissertation bietet relevante und konkrete anästhesiologische Inhalte für die allgemeinmedizinische Weiterbildung.

1. Einleitung

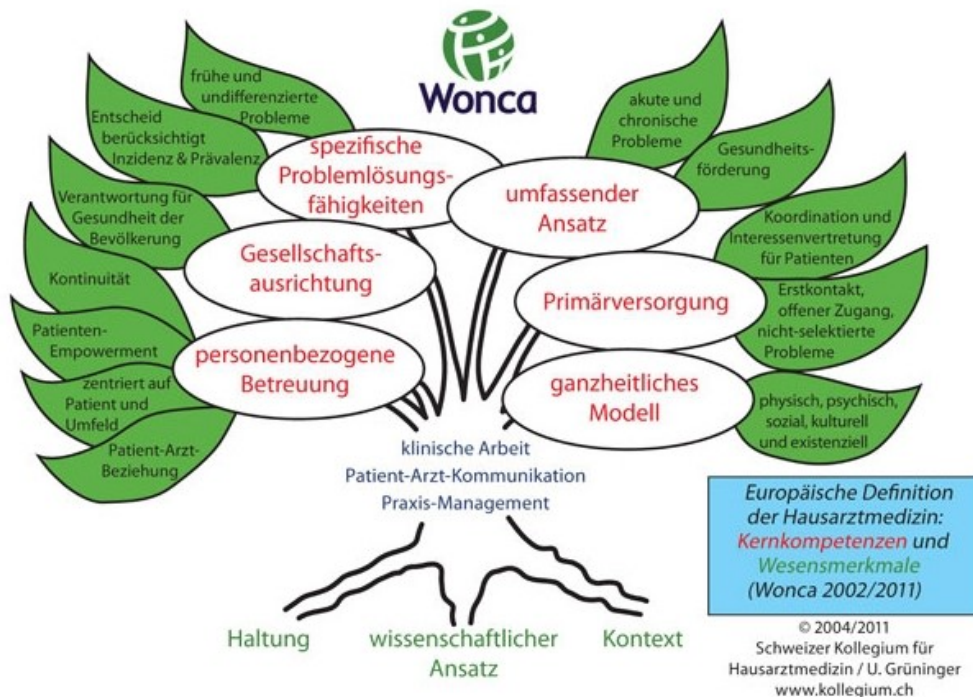
In Deutschland kümmern sich Hausärztinnen und Hausärzte als Generalisten um circa 90 % der medizinischen Beratungsanlässe. (1) Ihre Aufgabenfelder sind dabei äußerst umfangreich. Sie erstrecken sich von der medizinischen Versorgung im Niedrigprävalenzbereich (2) über Praxisorganisation einschließlich wirtschaftlicher Fragen (3) bis hin zu beständiger wissenschaftlicher und ethischer Reflexion. (4) Aufgrund der Spezialisierung auf die flächendeckende Primärversorgung¹ der Bevölkerung ist auch die Weiterbildung breit aufgestellt. Die Weiterbildungszeit ist jedoch begrenzt. Es können und müssen nicht alle Fachgebiete durchlaufen werden. (5) Zudem gibt es in Deutschland regionale Unterschiede. Noch bis 2015 war die Anästhesiologie Teil der allgemeinmedizinischen Pflichtweiterbildung in Mecklenburg-Vorpommern (MV). (6,7) Die Frage, welche Inhalte genau eine allgemeinmedizinische Qualifizierung voraussetzt, gewinnt an Bedeutung.

Im Jahr 2002 definierte die World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA, Kurzname: World Organization of Family Doctors) Europe (8) die hausärztlichen Aufgaben wie folgt: Die Allgemeinmedizin ist ein Spezialgebiet „für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung aller Personen (...), die der medizinischen Hilfe bedürfen, und zwar unabhängig von deren Alter, Geschlecht und Erkrankung“. (9) Das erarbeitete Vertrauensverhältnis ermöglicht laut WONCA eine Berücksichtigung physischer, psychologischer, sozialer, kultureller und existenzieller Faktoren. Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin werden in folgende sechs Kernkompetenzen zusammengefasst: Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben, personenbezogene Betreuung, spezifische Problemlösungsfertigkeiten, umfassende Betrachtung sowohl akuter als auch chronischer Erkrankungen einschließlich deren Prävention, Gemeinschaftsorientierung und ganzheitliches Modell der Gesundheitsprobleme. (10) Die WONCA illustrierte die Definition der Allgemeinmedizin später als eine Baumkrone mit Stamm und Wurzeln (siehe Abbildung 1) (11,12). In diesem sogenannten WONCA-Baum entwachsen den als Äste dargestellten Kernkompetenzen insgesamt zwölf Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin. Beispielsweise trägt der Kompetenzzweig „umfassender Ansatz“ die Blätter „akute und chronische Probleme“ und „Gesundheitsförderung“. Die Merkmale

¹ Gemäß der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bedeutet Primärversorgung Folgendes: „Die primäre Gesundheitsversorgung eines Landes ist die erste, niedragschwellige Ansprechenebene für Patientinnen und Patienten bei Erkrankungen, die a) häufig vorkommen, b) weite Teile der Bevölkerung betreffen und c) entweder vorübergehend oder chronisch ausgeprägt sind.“ (171)

konkretisieren somit die allgemeinmedizinischen Kompetenzen und präsentieren die Bandbreite der Anforderungen auf einen Blick. Der Stamm, aus dem sich die Kompetenzäste entwickeln, besteht aus der klinischen Arbeit, der Patienten-Arzt-Kommunikation und dem Praxismanagement. Der WONCA-Baum und somit auch die Allgemeinmedizin wurzeln symbolisch in einer ärztlichen Haltung sowie auf den wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Kontext.

Abbildung 1: WONCA-Baum: Europäische Definition der Hausarztmedizin. (11)



Seit 2020 werden auf Initiative Skandinaviens und der Niederlande weitere Kernaufgaben wie die Notfallversorgung und Palliativmedizin diskutiert. (13)

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) definierte ebenfalls 2002 ihren Fachbereich neu. Auf diese Definition wird sich hierzulande meist bezogen. Sie lautet: „Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die 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.“ (14) Bei der Versorgung werden wie bei der WONCA-Definition ganzheitlich Kontext und Individualität der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Jedoch wird teilweise präziser formuliert. Die allgemeinmedizinische Aufgabe der Koordination beinhaltet eine Steuerung im Sinne der Stufendiagnostik, das Zusammenführen der Befunde und Integration verschiedenster Akteure

im Gesundheitssystem. Begrifflichkeiten wie hermeneutisches Fallverständnis, unselektierte Patientenpopulation mit abwartendem Offenhalten und abwendbar gefährlichen Verläufen sowie die Durchführung von Hausbesuchen spielen dabei eine zentrale Rolle. (14) Die DEGAM unterstreicht ebenfalls die Vermeidung von Fehl-/ Unter- und Überversorgung als gesellschaftlich wichtige Aufgabe von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern. (14,15)

Diese verschiedenen Bezugsebenen von Patientinnen und Patienten als Individuen über die Koordination im Gesundheitssystem bis zur Verantwortung in der Gesellschaft demonstrieren die Aufgabenfelder. Die haus- und familienärztliche Arbeit setzt ein fundiertes Grundwissen vieler anderer Fachgebiete und eine eigene Denk- und Arbeitsweise voraus. (12,16) Es stellt sich die Frage, was genau die von der WONCA und DEGAM genannten Kompetenzen beinhalten. Des Weiteren sollten diese Inhalte adäquat in die allgemeinmedizinische Weiterbildung implementierbar sein. Im internationalen Kontext wird die Weiterbildung von Primärversorgenden sehr unterschiedlich umgesetzt. (17) Zur Einordnung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung Deutschlands lohnt sich ein Blick auf andere Länder.

Die allgemeinmedizinische Weiterbildung dauert in Deutschland fünf Jahre. Sie besteht aus mindestens 24 Monaten in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, zwölf Monaten in der Inneren Medizin und mindestens sechs Monaten in anderen fachfremden Spezialisierungen. Letztere müssen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung sein. (18) Anästhesiologie ist eines dieser sogenannten kleineren, spezialisierten Fachgebiete. Bis zum Jahr 2015 war das Fach ein obligatorischer kurzer Rotationsabschnitt für drei Monate; jedoch ausschließlich in MV (6,7) und in Berlin. (19,20) In der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) Deutschlands aus dem Jahr 2018 entfallen kurze Pflichtrotationen. Nun werden allerdings fakultative Weiterbildungsabschnitte ab einem Monat (in Vollzeittätigkeit) ausdrücklich anerkannt. (21) Damit besteht in MV aktuell die Möglichkeit, Anästhesiologie aus eigener Intention heraus zu wählen und als Teil der Weiterbildungszeit anrechnen zu lassen. Insgesamt zwölf Weiterbildungsmonate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung können in MV frei gestaltet werden. Entscheiden sich Ärztinnen und Ärzte für eine Rotation in die Anästhesiologie, wäre es wünschenswert, dass diese kurze fachfremde Weiterbildungszeit effektiv genutzt wird. Damit dies gelingen kann, fehlen jedoch Empfehlungen, welche Inhalte explizit in diesem fachfremden Rotationsabschnitt erarbeitet werden sollten.

Genau an dieser Stelle setzt die vorliegende Dissertation an und nutzt ein qualitatives Forschungsdesign, um für das Fach Anästhesiologie entsprechende Inhalte zu formulieren. Dazu wurden leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten (22) geführt, welche

an der allgemeinmedizinischen Weiterbildung im Bereich der Anästhesiologie teil- oder Einfluss nahmen. Ziel war die Gewinnung möglichst breiter Erfahrungswerte und somit neuer, bisher bei der Weiterbildung nicht betrachteter Gesichtspunkte. Nach der Transkription wurden die Interviews mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (23) ausgewertet. Nach dem folgenden Kapitel „Hintergrund“ mit einer differenzierten Betrachtung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Europa und in Deutschland sowie dem dritten Kapitel „Fazit und Forschungsfragen“ wird im vierten Kapitel das methodische Vorgehen erläutert. Die Darstellung der durch die qualitative Inhaltsanalyse erhaltenen Interviewergebnisse erfolgt im fünften Kapitel.

Die Erkenntnisse dieser Dissertation bieten eine solide Grundlage zur Integration in die aktuelle allgemeinmedizinische MWBO: Für die allgemeinmedizinische Arbeit notwendige Kompetenzen aus der Anästhesiologie könnten präziser formuliert werden. Auch Empfehlungen für die Weiterbildungsorganisation wären möglich. Einige anästhesiologische Themen sind ebenso Teil anderer Fachbereiche, was auf die interdisziplinäre Bedeutung verweist. Fachärztinnen und Fachärzte können unter anderem eine Qualifikation für spezielle Schmerztherapie und/ oder Notfallmedizin erwerben. (18) Wünschenswert wäre eine Unterscheidung zwischen durch Weiterbildung erlangtem allgemeinmedizinischem Basiswissen und weiterer Spezialisierung in Form einer Zusatzweiterbildung. In der deutschen Politik wird des Weiteren seit einigen Jahren eine Neuordnung der Notfallversorgung diskutiert. (24,25) In den geplanten Integrierten Notfallzentren sollen eine zentrale Ersteinschätzungsstelle mit einer Kassenärztlichen Notdienstpraxis und der Notaufnahme eines Krankenhauses örtlich und organisatorisch vereint werden. (26) Gesetzliche Änderungen könnten die Bereitschaftsdienste Niedergelassener und somit auch die von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern betreffen. Ein klar formuliertes Weiterbildungscurriculum kann zum Beispiel notfallmedizinische Fähigkeiten nachvollziehbar darstellen, gleichzeitig auch Kompetenzgrenzen aufzeigen. Gerade vor diesem Hintergrund ist eine zielgerichtete Weiterbildung wünschenswert und notwendig.

2. Hintergrund

2.1. Allgemeinmedizinische Weiterbildungen im europäischen Kontext

Die Europäische Union (EU) legte 2005 eine „Richtlinie (...) über die Anerkennung von Berufsqualifikationen“ fest, um die Grundlage für eine berufliche Freizügigkeit innerhalb der EU zu schaffen. Gemäß dieser Richtlinie ist eine Weiterbildungszeit von drei Jahren zum

Erwerb des Facharztstatus für Allgemeinmedizin vorgesehen. Davon müssen mindestens je sechs Monate in einem Krankenhaus und in einer Allgemeinpraxis absolviert werden. (27) Diese sind als Mindeststandards zu verstehen. Mitgliedsländer der EU können weitere Qualifikationen von Ärztinnen und Ärzten fordern.

Die oben aufgeführte europäische Definition der WONCA (28) gilt als verbindlicher Leitfaden auch für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. 2013 beschloss die WONCA in einer Konferenz zusätzlich Standards zur Verbesserung der Weiterbildungsqualität. (29) Die Weiterbildung müsse klar strukturiert sein und mindestens zur Hälfte in Hausarztpraxen stattfinden. Abschnitte in der Sekundär- und Tertiärversorgung würden nur dann als sinnvoll angesehen, wenn diese allgemeinmedizinisch besetzt sind oder dorthin häufig Überweisungen durch Hausarztpraxen erfolgen. Der Fokus sollte eindeutig und kontinuierlich auf der Weiterbildung sowie auf der Allgemeinmedizin liegen. Weiterzubildenden ständen laut WONCA-Standards engmaschige Rückmeldungen zu den erreichten Kompetenzen zu, um ihre Entwicklung und ihren Lernprozess zu fördern. Neben einem eigenen Arbeitsplatz benötigten diese auch einen Zugang zu Literatur und Informationssystemen sowie Zeiten zum Lernen während des Arbeitsalltags. Weiterbildende wiederum sollten für ihre Aufgabe geschult sein. Im Sinne einer evidenzbasierten Medizin seien aktuelle Forschungsergebnisse in die Patientenversorgung zu integrieren. Den Rahmen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sollten eindeutige Verantwortlichkeiten der Finanzierung und Organisation bilden. Engmaschige Evaluationen der Weiterbildenden und Weiterzubildenden müssten implementiert werden. (29) Das Ziel dieser WONCA-Standards ist eine Professionalisierung einschließlich des Erwerbs definierter allgemeinmedizinischer Kompetenzen. Zu letzteren zählten unter anderem die patientenzentrierte Langzeitbetreuung, kommunikative Fähigkeiten, lebenslanges Lernen, Kenntnisse von Public Health und Gesundheitspolitik sowie die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. (30)

In manchen europäischen Ländern unterstützen kompetenzbasierte Curricula die allgemeinmedizinische Weiterbildung und sind praktischer Teil der dortigen Weiterbildungskultur. Zu diesen Nationen gehören unter anderem die Niederlande und Dänemark. (31) Als Vorlage für neu zu entwickelnden Lernplänen werden regelmäßig die kanadischen CanMEDS-Rollen (Canadian Medical Education Directives for Specialists) verwendet. (31,32) Dieses in den 1990er Jahren entwickelte Rahmenwerk beinhaltet neben zentralen medizinischen Kompetenzen sechs weitere, für eine gute Patientenversorgung notwendige Rollen. Diese sind inhaltlich ausführlich beschrieben, international akzeptiert und bereits mehrfach aktualisiert worden. (32) Zu diesen ärztlichen Rollenbilder zählen: Ärztin/ Arzt als Kommunikatorin/ Kommunikator, Teamarbeiterin/ Teamarbeiter, Managerin/

Manager, Gesundheitsfürsprecherin/ Gesundheitsführsprecher, lebenslang Lernende/ Lernender und Lehrende/ Lehrender sowie Ärztin/ Arzt mit professioneller Haltung. (33)

Abbildung 2: CanMEDS-Model des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (32)



Integriert ist das CanMEDS-Rollenkonzept für mehrere medizinische Berufe beispielsweise in den Niederlanden, in Dänemark, in der Schweiz und auch in Deutschland. (34–37) Aus den Niederlanden, Dänemark sowie Groß Britannien wurden 2009 Expertinnen und Experten zur Beratung der DEGAM zum Thema allgemeinmedizinischer Weiterbildung Deutschlands zu Rate gezogen. (38)

Es bestehen international verschiedenste Ideen und Konzepte der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Sie können weitere Optimierungen für Deutschland anregen. Im Folgenden werden europäische Weiterbildungsprogramme insbesondere im Hinblick auf anästhesiologische Themen beleuchtet. Einen Rahmen bieten hierbei die oben genannten WONCA-Standards.

2.1.1. Dauer und Struktur allgemeinmedizinischer Weiterbildungen in Europa

Allgemeinmedizinische Weiterbildungen in Europa beanspruchen wenigstens drei Jahre, um die Kriterien der EU-Richtlinie von 2005 zu erfüllen. (27) Gemäß der WONCA-Standards von 2013 sollte die Weiterbildung mindestens zur Hälfte in einer allgemeinmedizinischen Praxis stattfinden. (29) In Frankreich und in den Niederlanden beträgt die allgemeinmedizinische Weiterbildungsdauer beispielsweise drei Jahre. (39,40) Die gesamte Zeitspanne vom Studium bis zur abgeschlossenen Weiterbildung hängt in den Niederlanden jedoch zusätzlich vom Erfolg der zentralen Bewerbung auf einen Weiterbildungsplatz ab. Erst nach meist ein- bis

dreijähriger klinischer Erfahrung schließt sich die dreijährige Weiterbildung an. (39) Auch in Dänemark ist die allgemeinmedizinische Weiterbildung beliebt, sodass es zu Wartezeiten kommen kann. Diese müssen ergänzend zu insgesamt einem Turnusjahr in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin sowie den dortigen fünf Weiterbildungsjahren berücksichtigt werden. (41) Im Gegensatz zu der Schweiz mit ebenfalls fünfjähriger Weiterbildung (42) erfüllt Dänemark den WONCA Standard mit hälftiger Rotationszeit in einer allgemeinmedizinischen Praxis.

Weiterzubildende für Allgemeinmedizin erhalten in einigen europäischen Ländern Rotationspläne mit teilweise sehr umfassendem Spektrum auch kleinerer Fachgebiete. Ob diese Rotationsabschnitte in der Sekundär- und Tertiärversorgung allgemeinmedizinisch besetzt sind, ist sicherlich von Region zu Region verschieden. So ist eine allgemeinmedizinische Leitung beispielsweise in Notaufnahmen durchaus möglich. Ob dorthin häufig Überweisungen durch hausärztliche Praxen erfolgen, hängt wiederum von der Organisation der Gesundheitssysteme ab. Diese Kriterien der WONCA für eine besser Weiterbildungqualität ist somit auf nationaler Ebene zu diskutieren. Die Innere Medizin und Chirurgie gehören bei den meisten allgemeinmedizinischen Weiterbildungen zu den Rotationen in einem Krankenhaus dazu. In den Niederlanden zum Beispiel sind diese jedoch nicht vorgeschrieben. (43) In Großbritannien und Österreich hospitieren Ärztinnen und Ärzte neben der Inneren Medizin und Chirurgie unter anderem auch in der Gynäkologie, Pädiatrie und Psychiatrie. (44,45) Die Anzahl der fachfremden Gebiete, in welchen allgemeinmedizinische Weiterzubildende arbeiten müssen, variiert stark. So müssen Weiterzubildende der Allgemeinmedizin in Österreich mindestens zehn verschiedene Fachgebiete durchlaufen. (46) Andererseits ist das Absolvieren der Weiterbildung in den Niederlanden mit nur vier verschiedenen Fachbereichen möglich. (43) In den Niederlanden, Frankreich, Großbritannien und Spanien sind auch einige Monate in der Notaufnahme Bestandteil der WBO. (40,43,44,47) In Österreich kann Anästhesiologie und Intensivmedizin als ein Wahlfach für drei Monate absolviert werden. (46)

2.1.2. Allgemeinmedizinische Curricula in Europa

Mehrere europäische Nationen haben Curricula für die allgemeinmedizinische Weiterbildung entwickelt. Ein Curriculum wird als eine „präzise Regelung und Festlegung aller Lernziele und Lerninhalte sowie der zugehörigen Lernprozesse und der zugehörigen Lernorganisation für ein Fach und für einen bestimmten Zeitraum“ definiert. (48) Es kann somit Struktur für die Weiterbildung bieten. Zugleich ermöglicht es ein regelmäßiges Feedback zu erworbenen Kompetenzen, welches gemäß WONCA-Standards regelmäßig gegeben und erhalten werden sollte. (29) Kompetenzbasierte Curricula werden in der allgemeinmedizinischen

Weiterbildung unter anderem in Dänemark, Groß Britannien und in der Schweiz verwendet. (49)

Basis für die allgemeinmedizinische Curriculaentwicklung ist häufig das Can-MEDS- Modell. (32) In den Niederlanden besteht eine jahrzehntelange Erfahrung mit einem kompetenzbasierten Curriculum. (31) Es wurde zu „Entrustable Professional Activities“ (EPA) weiterentwickelt. (50) Unter EPA werden zentrale professionelle Aktivitäten verstanden, die unter Berücksichtigung der CanMEDS-Rollen mehrere Kompetenzen zusammenfassen und den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung im Verlauf anvertraut werden können. (51) Sie schlagen eine Brücke zwischen theoretischem Curriculum, klinischem Alltag und überprüfbareren Fähigkeiten, ohne eine direkte Supervision vorauszusetzen. (31) Eine EPA könnte zum Beispiel „Durchführung eines geplanten Haus- bzw. Heimbisuches“ lauten. Nach der Beschreibung der Tätigkeit werden das Ziel der Anvertraubarkeit wie eigenständige Durchführung und situative Voraussetzungen dargestellt. Für diese EPA wird unter anderem medizinisches Wissen zu beispielsweise geriatrischen Assessments und Aspekten der Familienmedizin sowie klinische Fähigkeiten zur symptombezogenen körperlichen Untersuchung und Gesprächsführung auch mit Pflegenden benötigt. (52) Der Satz „Morgen wird es der Ärztin oder dem Arzt gestattet sein, selbstständig einen Heimbisuch einschließlich Diagnostik und Therapieplanung durchzuführen.“ kann hilfreich bei der Zielsetzung der EPA sein. (50)

Das britische Curriculum hingegen wurde in Anlehnung an Empfehlungen der WONCA Europe und der European Academy of Teachers in General Practice/ Family Medicine (EURACT) entwickelt. (53) In dem Curriculum werden unter 13 Überschriften Statements aufgeführt. Zwei Überschriften lauten exemplarisch: „Die Sprechstunde in der Allgemeinarztpraxis“ oder „Die Behandlung akut kranker Patienten“. Die Statements innerhalb der Überschriften beinhalten medizinische Problemfelder oder Diagnosen. Bei Erkrankungen wird beispielsweise nicht nur die Diagnostik und Therapie aufgeführt, sondern auch dadurch möglicherweise entstehende soziale und psychische Beeinträchtigungen sowie Kriterien für eine fachspezifische Überweisung.

In den meisten Ländern wird eine Weiterbildungskultur mit regelmäßigem Feedback und Evaluationen gefordert. Dazu werden häufig begleitende Seminare und Mentoring angeboten. Der Einblick in die verschiedenen Weiterbildungsstrukturen unter Berücksichtigung der WONCA-Standards bildet die jeweilige Weiterbildungsqualität jedoch nur unzureichend ab. (17) Die Frage ist, wie diese Programme im Klinik- und Praxisalltag umgesetzt werden und ob tatsächlich täglich der Fokus auf eine allgemeinmedizinische Arbeitsweise gelegt wird. Ausländische Weiterbildungsprogramme können eine Inspiration für die deutsche

Weiterbildung sein. Aufgrund der verschiedenen Gesundheitssysteme sind Anteile davon nur schwerlich von einem auf das andere Land übertragbar. Die Weiterbildung im Ausland priorisiert klar die Qualifizierung statt der ärztlichen Arbeitsleistung. (43,54)

2.2. Allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland

Im deutschen Gesundheitssystem wird die hausärztliche Versorgung von Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung und der Kinderheilkunde sichergestellt. (55) Es besteht eine freie Arztwahl im niedergelassenen Bereich, sodass Patientinnen und Patienten auch Praxen anderer Fachrichtungen direkt aufsuchen können. (56) Ausnahmen bilden hierbei Versicherte, die sich freiwillig für die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) entschieden haben. (57) Die ambulante und stationäre medizinische Versorgung ist organisatorisch und finanziell als getrennt zu betrachten. (61)

In der MWBO Deutschlands aus dem Jahr 2018 sind für die Weiterbildung Allgemeinmedizin insgesamt fünf Jahre vorgesehen. Diese beinhalten 24 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, zwölf Monate in der Inneren Medizin in einer stationären Akutversorgung und sechs Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung sowie die Absolvierung eines psychosomatischen Grundkurses. (18) Rechtlich bindend und für den Abschluss der Weiterbildung relevant sind jedoch die länderspezifischen WBO. Sie werden von den jeweiligen Landesärztekammern beschlossen und weichen teilweise stark von der MWBO ab. (58) Eine einheitliche und empfehlungsnahe Umsetzung der MWBO in die WBO wurde jedoch vom Deutschen Ärztetag wiederholt gefordert. (59) Die Rotationen in die verschiedenen Fachgebiete können Ärztinnen und Ärzte selbstständig organisieren oder sich auf die sehr begrenzt vorhandenen Stellen in Verbundweiterbildungen (VWB) bewerben. In VWB wird der Weiterbildungsablauf mit verschiedenen Fachgebieten auf regionaler Ebene organisiert. (60) Die Erstellung von Rotationsplänen zu Beginn der Weiterbildung wird zwar gefordert, aber meist nicht praktisch umgesetzt. (59) Mit Hilfe eines bundeseinheitlichen, der jeweiligen WBO der Bundesländer angepassten, elektronischen Logbuches soll eine zeitnahe Dokumentation der erlernten Kompetenzen sichergestellt werden. (61)

Das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin ist von der rechtlich bindenden WBO und Dokumentation im Logbuch zu unterscheiden. Neben einer Orientierungshilfe für Seminarthemen ist das Curriculum vor allem ein didaktisches Instrument. Es ermöglicht regelmäßige selbstständige Reflektionen der Weiterzubildenden und unterstützt Rückmeldungen der Weiterzubildenden oder Mentoren über den aktuellen Kompetenzerwerb. (37,62) Da sich das deutsche kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin an den

CanMEDS-Rollen orientiert, sind die Themen im ersten Teil der zentralen medizinischen Expertise und im zweiten Teil dessen sechs professionellen Kompetenzen gewidmet. In einem dritten Teil sind sogenannte Prozeduren, also in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu erwerbende praktische Fähigkeiten aufgelistet. (63) Eine Überarbeitung erfolgte zuletzt 2021 einschließlich Einarbeitung erster EPA. (37) Das Ziel ist eine deutschlandweite Implementierung. (31)

Universitär angebundene Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin arbeiten innerhalb der jeweiligen Bundesländer überregional zusammen. Die Universitätsmedizin Greifswald und Rostock richten beispielsweise regelmäßig gemeinsam im Rahmen des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Mecklenburg-Vorpommern (KWMV) Seminare für Weiterzubildende an wechselnden Orten aus. (64) Bei der Themenwahl für Begleitseminare wird auf häufige Beratungsanlässe in einer allgemeinmedizinischen Praxis, auf die CanMEDS-Rollen und auf das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin zurückgegriffen. (65) Die Universität Jena nutzte beispielsweise eine Synopse aus dem dänischem, britischem und schweizerischem Curriculum um umfangreiche Themenfelder für Seminarreihen zu erstellen. (49) Inhalte des dänischen Curriculums sind des Weiteren bei der Entwicklung des deutschen kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin der DEGAM mit eingeflossen. (66) Die Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin bieten außerdem Mentoringprogramme und Train the Trainer-Seminare an. (67) In letzteren können Weiterbildungsbefugte sich, auch auf der Basis der Can-MEDS-Rollen und des kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin, umfassend didaktisch qualifizieren. (68) Eine Teilnahme an jeglichen Seminaren ist für die Weiterzubildenden und Weiterbildungsbefugte freiwillig. Anstatt der allgemeinmedizinischen Qualifizierung steht für viele weiterbildende Krankenhäuser oder Niederlassungen die fachspezifische Arbeitsleistung der approbierten Ärztinnen und Ärzte im Vordergrund. (54) Die Weiterbildung in Deutschland bietet je nach Region eine große zeitliche und fachliche Flexibilität.

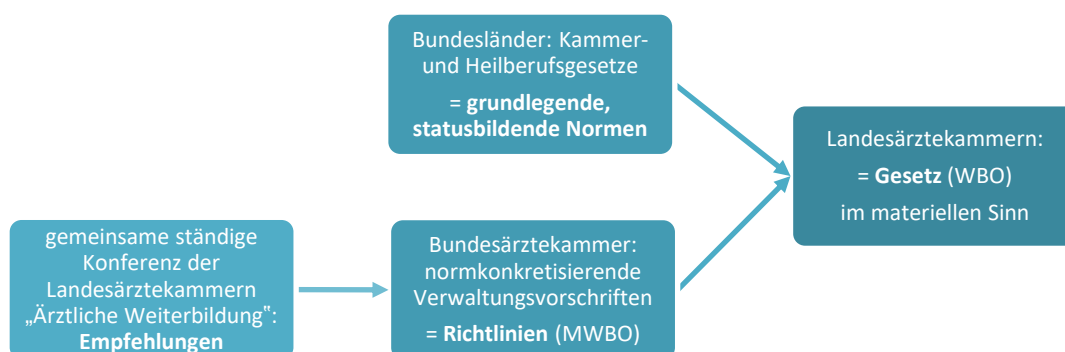
2.3. Entwicklung und rechtliche Grundlagen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland

Seit Jahren herrscht in Deutschland eine Umbruchstimmung in der Allgemeinmedizin. Dies schließt deren wissenschaftlichen Diskurs und Selbstverständnis mit ein. Der Mangel an hausärztlichem Nachwuchs erhöht zusätzlich den Druck auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Bis vor einigen Jahren galt die Weiterbildung noch als unstrukturiert, unsicher und unterbezahlt. Die Organisation der Rotationen war und ist meist schwierig und (zeit-)aufwendig. (47,69) Da ein einheitliches Curriculum mit klarer Definition der Lerninhalte und

einer genauen Struktur fehlt, scheint das Lernen nur durch Zufall, „learning by doing“ und Eigeninitiative möglich zu sein. (47) Während der Rotation durch die verschiedenen Spezialgebiete verrichten die angehenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner meist die gleiche Arbeit unter den gleichen Anforderungen wie die Weiterzubildenden der jeweiligen Fachabteilungen. (38) Eine Fokussierung auf allgemeinmedizinische Inhalte besteht kaum. Es fehlt häufig eine kontinuierliche persönliche und allgemeinmedizinische Betreuung.

Die gesetzliche Entwicklung der Weiterbildungslandschaft Deutschlands ist kompliziert und erklärt teilweise die jahrelang andauernden Reformprozesse. In Deutschland werden grundlegende statusbildende Rechtsnormen wie unter anderem zugelassene Facharztrichtungen und Mindestdauer durch die einzelnen Bundesländer festgelegt, da Kammer- und Heilberufsgesetze in deren Zuständigkeitsbereich gehören. (58) Die weitere Ausgestaltung obliegt den jeweiligen Ärztekammern. Struktur und Inhalte einer Weiterbildung werden jedoch bundesweit durch die ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“, eine Vertretung aller Landesärztekammern, zusammengestellt. Nach Beschluss dieser Empfehlungen durch den deutschen Ärztetag empfiehlt die Bundesärztekammer eine Übernahme dieser Richtlinien in das Satzungsrecht der jeweiligen Ärztekammer. Somit erhalten die Landesärztekammern gesetzlich festgelegte Rahmenbedingungen von den jeweiligen Bundesländern und rechtlich unverbindliche Empfehlungen in Form von MWBO von der Bundesärztekammer. Die anschließend von den einzelnen Bundesländern ausgestalteten WBO sind rechtsverbindlich für Weiterbilder und Weiterzubildende. (58,70) Eine schematische Darstellung der Entstehung einer MWBO wird in Abbildung 3 gezeigt.

Abbildung 3: Schematische Darstellung der Entstehung einer Weiterbildungsordnung in Deutschland, erstellt durch K. Ortner nach (58)



Die verbindlichen WBO zum Erwerb eines Facharztstatus werden demzufolge von den einzelnen Landesärztekammern festgelegt. Diese sind maßgebend für die Anerkennung eines Facharztstatus.

Rückblickend war in der alten MWBO Deutschlands von 2003 von den 5 Jahren allgemeinmedizinischer Weiterbildung mindestens 18 Monate stationär in der Inneren Medizin und mindestens 18 Monate in einer hausärztlichen Praxis vorgeschlagen. Eine Zeit in der Chirurgie konnte fakultativ abgeleistet werden. Auch Abschnitte von drei Monaten konnten angerechnet werden. Das Erlernen der psychosomatischen Grundversorgung war in Form eines Pflichtkurses von 80 Stunden empfohlen. (71) Die MWBO gibt neben der Struktur auch allgemeine Inhalte in Form von „Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten“ sowie „definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Inneren Medizin“ vor. Aus diesen Rahmenempfehlungen beschlossenen die einzelnen Landesärztekammern die verbindlichen WBO. Diese sind weiterhin maßgebend für die Anerkennung des Facharztstatus Allgemeinmedizin. (70) Nach dieser MWBO von 2003 schrieben alle Bundesländer eine 60-monatige Weiterbildungszeit, die Absolvierung eines 80-stündigen Kurses in Psychosomatik sowie eine Rotation in die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin, fünf Bundesländer auch in die Chirurgie vor. (72) In Berlin und MV gab es die meisten obligat zu durchlaufenden Fachgebiete einschließlich der Pädiatrie, Orthopädie und Anästhesiologie. Allerdings erkannten alle Bundesländer die Anrechnung bestimmter Zeitspannen in der Chirurgie und wenige auch in der Pädiatrie an. (72)

Mit Blick auf ausländische Weiterbildungsprogramme lud die DEGAM 2009 internationale Expertinnen und Experten ein, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland zu bewerten. Die bestellten Expertinnen und Experten kamen aus Großbritannien, den Niederlanden und Dänemark. Kritisiert wurden die WBO aufgrund ihrer Beschränkung auf technische, im allgemeinmedizinischen Alltag fraglich notwendige Fähigkeiten. Das Weiterbildungsprogramm sollte durch die Allgemeinmedizin selbst entwickelt werden. Es fehlte ein flächendeckendes standardisiertes Curriculum und regelmäßige Evaluationen. Die Expertinnen und Experten bemängelten, dass Weiterzubildende keine Kommunikationsfähigkeiten üben könnten. Weiterbildende wiederum erhielten keine Fortbildung und keine Unterstützung für ihre Aufgaben. (38)

Bereits kurz vor dieser Expertenbefragung der DEGAM begannen sich in Deutschland neue Strukturen zu bilden. An der Universität Heidelberg entstand 2007 das erste Kompetenzzentrum für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Dieses Zentrum integrierte begleitende Seminare des Forum Weiterbildung mit dem Konzept der VWB. (73) In einer VWB können Weiterzubildende zwischen verschiedenen Fachrichtungen auf regionaler Ebene

unter einem Arbeitsvertrag rotieren. VWB können auch zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen organisiert werden, wobei nicht alle Pflichtfächer abgedeckt werden müssen. (60) Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg entwickelte das Projekt zur sogenannten Verbundweiterbildung plus weiter, welches die VWB unter anderem mit begleitenden Seminaren und Mentoring verband. (73) Zugleich diente dieses Modellprojekt als Grundlage für das Positionspapier „DEGAM-Konzept der Verbundweiterbildung plus“ von 2013. Die darin definierten Kriterien für eine „zeitgemäße, qualitativ hochwertige Weiterbildung zum/r Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ (74) und Akkreditierung für die Bezeichnung „DEGAM-Verbundweiterbildung plus“ lauten(65):

- Organisation strukturierter Weiterbildungsrotationen
- Angebot begleitender Seminare mit Ausrichtung an häufigen Beratungsanlässen in einer allgemeinmedizinischen Praxis und an CanMEDS-Rollen
- Durchführung kontinuierliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung mit Evaluationen
- universitäre Anbindung
- Orientierung am kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin
- Angebot einer Mentorenbetreuung
- Teilnahme der Weiterbildenden an einem Train the Trainer-Programm
- Koordination durch Fachärztin/ Facharzt für Allgemeinmedizin

Durch eine universitäre Anbindung lernen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in den Arbeitsalltag zu integrieren. (73) Eine mögliche wissenschaftliche Qualifikation hat zudem das Ziel, unter anderem die patientenzentrierte Versorgungsforschung und somit qualifizierte Primärversorgung voranzutreiben. Ergänzend entwarf die DEGAM 2015 Kriterien für ein Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin. (67) Kompetenzzentren haben sich zusätzlich zu den Kriterien der VWB plus um Öffentlichkeitsarbeit, Beratung von an der allgemeinmedizinischen Weiterbildung Interessierten und die Vernetzung mit den verschiedensten Akteuren wie Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden zu kümmern. Aktuell sind bei allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen Kompetenzzentren eingerichtet. (75,76)

Seit 2012 wurde auf Initiative des deutschen Ärztetages an einer Novellierung der MWBO gearbeitet. Das Ziel war es, zugunsten eines Kompetenznachweises weniger Zeiten, Richtzahlen und somit technische Untersuchungen vorzuschreiben. (77) Bei der Entwicklung der neuen allgemeinmedizinischen MWBO war auch die DEGAM in Abstimmung mit dem Hausärzterverband beteiligt. (78) Für die DEGAM entspricht die neue MWBO einem

Kompromiss. Um den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung möglichst wenig Hürden in den Weg zu legen, formulierte sie die MWBO „übersichtlich, flexibel und allgemein“. (62)

In der neuen MWBO von 2018 sind für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin von insgesamt fünf Jahren 24 Monate in der hausärztlichen Versorgung, zwölf Monate in der Inneren Medizin und sechs Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung vorgesehen. Der obligate Kurs in psychosomatischer Grundversorgung bleibt erhalten. (18) Der Umgang mit dem Kompetenzbegriff wurde erstmals im deutschen Weiterbildungssystem eingeführt. Die Diskussionen dazu waren lang. (77,79) Letztendlich werden zwei zu erreichende Kompetenzniveaus unterschieden: einerseits die kognitive und Methodenkompetenz (Kenntnisse) und andererseits die Handlungskompetenz (Erfahrung und Fähigkeiten). (18) Um die breite Patientenbetreuung im Sinne einer Familienmedizin zu verdeutlichen, wurden Behandlungszahlen geriatrischer Patienten und Hausbesuche neu in der MWBO mit aufgenommen. Eine Handlungskompetenz in lebensrettenden Maßnahmen soll durch mindestens zehnmalsiges Durchführen, möglich wären auch Simulationen, nachgewiesen werden. Erfahrungen und Fertigkeiten ohne Angaben von Richtzahlen werden beispielsweise in der interdisziplinären Koordination, palliativmedizinischer Betreuung und Infusionstherapie erwartet. (18) 2018 wurde die MWBO beschlossen und eine empfehlungsnahe Umsetzung in den Bundesländern gefordert. (80) 2019 wurde ein bundeseinheitliches elektronisches Logbuch eingeführt. Es soll der jeweiligen WBO der Bundesländer angepasst werden und eine zeitnahe Dokumentation der erworbenen Kompetenzen ermöglichen. (61)

Die anschließende Umsetzung der MWBO in die länderspezifischen WBO erfolgte bereits in allen Landesärztekammern, die letzten traten 2022 in Kraft. (81) Durch praktische Anwendung der elektronischen Logbücher konnten erste Erfahrungen gesammelt werden. Der Fokus liegt derzeit auf einer besseren Nutzerfreundlichkeit, direkten Zugriffsmöglichkeiten der Weiterbildungsbefugten auf das Logbuch und einer automatischen Anpassung bei Änderung der länderspezifischen WBO. (59)

Im anschließenden Kapitel wird die allgemeinmedizinische Weiterbildungssituation in dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern erläutert.

2.4. Allgemeinmedizinische Weiterbildung in Mecklenburg-Vorpommern

Mecklenburg-Vorpommerns Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin wurde 2017 in Zusammenarbeit der Universitätsmedizinen Rostock und Greifswald, der Kassenärztlichen

Vereinigung MV (KV MV), der Krankenhausgesellschaft MV und Ärztekammer MV errichtet. (82) Es organisiert regelmäßig weiterbildungsbegleitende allgemeinmedizinische Seminare an wechselnden Orten in MV, welche meist ganztägig stattfinden. Seit der Covid-19-Pandemie werden auch abendliche online-Seminare durchgeführt. Im Sinne der DEGAM-Kriterien eines Kompetenzzentrums werden unter anderem auch Mentoringprogramme und medizindidaktische Seminare für Weiterbildungsbefugte angeboten. Zusätzlich unterstützt das Referat Weiterbildung der KV MV Ärztinnen und Ärzte bei der Suche nach Weiterbildungsstellen. Auf der Homepage der KV MV waren 22 Krankenhäuser als Verbundkliniken gelistet, welche derzeit insgesamt 68 Rotationsstellen anboten (Stand Januar 2024). (83) Jedoch wurden Rotationsstellen in VWB beispielsweise an der Universitätsmedizin Rostock gestrichen anstatt erhöht, die Finanzierung dieser Stellen ist ausgelaufen. (84)

Die neue WBO in MV nach der novellierten WBO wurde 2020 beschlossen. (21) Die spezifischen Inhalte der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin unterscheiden sich zwischen MWBO und WBO kaum. Hinzugefügt wurden zu erwerbende Kenntnisse der partizipativen Entscheidungsfindung, Förderung der Gesundheitskompetenz und Vermeidung von Fehlversorgung. Weggelassen hingegen wurden sämtliche Richtzahlen, ohne dabei das zu erreichende Niveau der Handlungskompetenz zu ändern. Tabelle 1 vergleicht die Pflichtzeiten der verschiedenen Rotationen zwischen der alten, zuletzt 2019 angepassten WBO, der neuen aktuell rechtsgültigen WBO Mecklenburg-Vorpommerns in der Tabellenmitte sowie der novellierten MWBO.

Tabelle 1: Vergleich der WBO MV 2019 und 2020 mit der aktuellen MWBO, Angabe der Dauer der Weiterbildungszeit in Monaten. (18,85,86)

	WBO MV 2005 (letzte Änderung 2019, ungültig)	WBO MV 2020 (aktueller Stand 09/2022)	Muster-WBO (aktueller Stand 06/2021)
Dauer in hausärztlicher Versorgung	18	24, davon mindestens 12 am Ende der Facharztweiterbildung	24
Dauer Innere Medizin	12	12	12
weitere fachfremde Gebiete	12 in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung	12 in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung	6 in mind. einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
	6 Chirurgie 3 Orthopädie/ Reha	6 Allgemein Chirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Unfallchirurgie oder Orthopädie	
	6 Kinder- und Jugendmedizin	6 Kinder- und Jugendmedizin	
	3 Anästhesiologie oder Notaufnahme oder Rettungsstelle		

Der Vergleich lässt erkennen, dass die Weiterbildungsreform die obligatorische Rotation in fachfremde Gebiete nur gering, genauer um sechs Monate bzw. zwei Fachrichtungen, reduziert hat. Das Absolvieren von je sechs Monaten in der Kinder- und Jugendmedizin sowie Allgemein Chirurgie oder Orthopädie bleibt bestehen. Komplett weggefallen ist der dreimonatige anästhesiologische bzw. notfallmedizinische Abschnitt. Seit der WB-Reform 2009 bis 2015 waren drei Monate Anästhesiologie Pflicht, danach konnte die Rotation alternativ durch die Notaufnahme oder Rettungsstelle ersetzt werden. (7,85) Nur in Berlin war und ist auch nach der aktuellen WBO von 2022 die Anästhesiologie weiterhin obligatorischer Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, welcher jedoch durch einen anerkannten Kurs über Notfallmaßnahmen ersetzt werden kann. (20)

Dies zeigt die, trotz umfassender Reform der deutschen MWBO, noch immer vorliegende Heterogenität der WBO in den einzelnen Bundesländern. MV bleibt nah bei seiner historisch gewachsenen WBO (87) und somit zahlreichen Pflichtrotationen. Zukünftig soll die MWBO laut des ehemaligen Vorsitzenden der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer Dr.

Franz Barmann möglichst auf jedem deutschen Ärztetag an aktuelle Entwicklungen angepasst werden. (88) Dies könnten die Bundesländer als Anlass nehmen, ebenso die WBO regelmäßig zu aktualisieren. Auf dem 126. deutschen Ärztetag 2022 wurden beispielsweise die Inhalte der MWBO zur Zusatzweiterbildung in der Intensivmedizin ergänzt und die Zusatzweiterbildung Homöopathie gestrichen. (89)

2.5. Anästhesiologie in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

Von der DEGAM werden Rotationen in die allgemeinmedizinische Praxis, Innere Medizin, Chirurgie und Pädiatrie als zentrale Weiterbildungsabschnitte benannt. (60) Weitere Pflichtfächer wurden und werden immer wieder diskutiert, wobei klar ist, dass nicht alle medizinischen Inhalte während der stationären Weiterbildung abgedeckt werden können. (90) Je spezialisierter eine Abteilung ist, desto kürzer sollte der jeweilige fachfremde Rotationsabschnitt sein. (60) Anästhesiologie ist ein spezialisiertes Fachgebiet, welches als fakultativer Abschnitt in die allgemeinmedizinische Weiterbildung integriert werden kann. In MV können Weiterzubildende der Allgemeinmedizin nun zwölf der 60 Monate frei gestalten. Eine kurze Rotation von mindestens einem Monat wird ausdrücklich anerkannt. (86) Somit ist eine Entscheidung für mindestens einen Monat in der Anästhesiologie als Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung denkbar. Weiterzubildende haben in diesem Fachgebiet die Chance, im bestmöglichen Fall engmaschig notfallmedizinische und intensivmedizinische Erfahrungen zu sammeln. Sie können einen anästhesiologischen Einblick in den OP-Bereich erhalten.

Als problematisch für Weiterzubildende und Weiterbildungsbefugte stellt sich die inhaltliche Gestaltung dieser kurzen, inzwischen freiwilligen Rotationen dar. In der WBO und im Logbuch werden geforderte Kompetenzen nicht den einzelnen Fachgebieten zugeordnet. (86,91) In deren Tabellen sind regelmäßig auch typische anästhesiologische Themen wiederzufinden. Im ersten Teil beider Dokumente sind allgemeine Kompetenzen aufgeführt, die in allen Facharztweiterbildungen vermittelt werden sollten. Zu diesen ärztlichen Grundlagen gehören beispielsweise die ärztliche Gesprächsführung, lebensrettende Sofortmaßnahmen, Schmerztherapie und interdisziplinäre Zusammenarbeit, aber auch die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender mit Therapieentscheidungen am Lebensende. Diese Themen finden sich erneut, aber präzisiert im zweiten Teil, den spezifischen Inhalten der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin wieder und bestätigen eine anteilige Überschneidung der Allgemeinmedizin mit der Anästhesiologie. In der Tabelle „Anästhesiologische Inhalte in der WBO Allgemeinmedizin MV“ im Anhang sind diese zu

erwerbenden Handlungskompetenzen auszugsweise dargestellt. Mehrere große Themenbereiche zeichnen sich in der WBO und im Logbuch der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung ab, die im Studium der Humanmedizin von anästhesiologischen Dozierenden gelehrt werden und auch in entsprechenden Lehrbüchern umfangreiche Kapitel einnehmen (92): Notfallmedizin, Schmerztherapie, teilweise nichtinvasive und invasive Diagnostik sowie Therapie. Letztere stellen wichtige Grundlagen der Intensivmedizin dar. In ihr spielt die Überwachung und die medikamentöse Therapie bei oftmals multimorbiden Menschen eine besondere, wie der Name schon verdeutlicht intensive Rolle. In der präoperativen Vorstellung stellt sich immer wieder die Frage, welche Diagnostik und gegebenenfalls Therapieoptimierungen noch erfolgen sollten. An dieser Stelle der Patientenversorgung ist interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders wichtig. (93) Notfallmedizin, Schmerztherapie und Intensivmedizin sind fachübergreifende Bereiche, die vor allem auch in der Inneren Medizin systematisch vermittelt werden.

Im kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin finden sich ebenfalls Inhalte der Anästhesiologie wieder. (37) Im ersten, medizinischen Teil des Curriculums sind akute und chronische Schmerzen unter dem Punkt Bewegungsapparat aufgelistet. Der eigene Entwicklungsstand ist von theoretischen Kenntnissen über drei Stufen verschiedener Supervisionsintensität bis zur selbstständigen Durchführung einzuschätzen. Dies schließt die Beachtung häufiger Ursachen, abwendbar gefährlicher Verläufe, Warnsignale und das weitere Prozedere mit ein. Aus dem zweiten Teil des kompetenzbasierten Curriculums gehen keine klaren anästhesiologische Schwerpunkte hervor. Kommunikation im Behandlungsteam und Zusammenarbeit sind Grundlagen für ein gutes Notfallmanagement, aber auch bei der perioperativen Patientenbetreuung essentiell. Als Gesundheitsfürsprecher, oder wie im Curriculum als „Vertretung der Patientin/ des Patienten“ bezeichnet, sollten Weiterzubildende lernen, in den meisten gesundheitlichen Belangen beraten und Bedürfnisse priorisieren zu können. Übertragen könnte man dies auf Patientenfragen zu einer geplanten Anästhesie. In einer Hausarztpraxis gilt es gegebenenfalls Bedenken zu relativieren und beispielsweise einen Bogen zwischen der Krankheitsvorstellung der Patientinnen und Patienten und aktuellen Therapiestandards zu schlagen. Das Thema Notfallmedizin wird separat in etwas größerem Umfang im dritten Curriculumabschnitt der Prozeduren aufgeführt. (37) Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems wie akutes Koronarsyndrom oder Herzrhythmusstörungen, der Atmungsorgane wie Pneumothorax oder exazerbierte COPD, aber auch neurologische Notfälle, Suizid, Augenverletzungen und andere Traumata sind Teil der 28 aufgelisteten notfallmedizinischen Beispiele. Im dritten Teil werden des Weiteren unter anderem Elektrokardiogramm (EKG), Legen einer peripheren Verweilkanüle, Notfalllabor, Notfallbehandlung, Sicherung und Wiederherstellung des Kreislaufes und Reanimation

einschließlich Defibrillation als zu erlernende Prozeduren benannt. Die Notfallbehandlung wird mit Beispielen konkretisiert: Sicherung der Atemwege, Sauerstofftherapie, Maskenbeatmung und Einführen eines Larynxtubus gehören dazu. (37) Obwohl diese Inhalte in anderen Fachdisziplinen in der täglichen Arbeit einen größeren Raum als in der Allgemeinmedizin einnehmen, sind sie keinem Rotationsfach zugeordnet.

3. Forschungsfragen

In der MWBO, im Fall Mecklenburg-Vorpommerns auch in der rechtlich bindenden WBO, und im kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin Deutschlands sind zahlreiche anästhesiologische Kompetenzen aufgeführt. (18,37,86) Angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sollten diese möglichst in ihrer Weiterbildung erwerben. Bis 2015 waren in MV drei Monate in der Anästhesiologie obligater Bestandteil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. (6) Seit 2015 konnte als Alternative eine Rotation in die Rettungsstelle oder Notaufnahme gewählt werden. (7) Diese zu durchlaufenden Fachgebiete fallen seit der Novellierung der WBO im Jahr 2020 nun weg. Jedoch ist eine Entscheidung für den anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt aus eigener Intention heraus möglich. In der MWBO werden 24 Monate als frei gestaltbare Weiterbildungszeit in der unmittelbaren Patientenversorgung empfohlen. In MV sind davon bei der Umsetzung der WBO zwölf Monate übriggeblieben. (86)

Anästhesiologie ist jedoch nur noch ein Fachgebiet von vielen, welches Weiterzubildende für diesen Zeitraum auswählen können. Freiwillige Rotationen in mehrere Fachgebiete über die Dauer von insgesamt zwölf Monaten hinaus würden nicht nur die Weiterbildungszeit verlängern, sondern es fiel auch die finanzielle Förderung weg. (94) Die Organisation kurzer Rotationsabschnitte ist zudem ohne Anstellung in einer VWB zeitaufwendig und mit zahlreichen Unsicherheiten verbunden. (47) Alle Weiterzubildenden der Allgemeinmedizin stehen vor der Entscheidung, wie sie die Weiterbildungsdauer von zwölf Monate in MV gestalten wollen. Rahmenbedingungen wie Rotationsorganisation mit oder ohne VWB, verfügbare Stellen, Ansprüche der Arbeitgebenden und individuelle Interessen spielen eine große Rolle. Ziel einer Weiterbildungsstruktur sollte es idealerweise jedoch sein, eine hochwertige Qualifikation unter Berücksichtigung der Praktikabilität zu ermöglichen. Wissenschaftliche Erkenntnisse könnten die Planung des individuellen Weiterbildungsablaufs unterstützen. (73) Die beispielhaft dargestellten Weiterbildungsprogramme einzelner europäischer Länder binden verschiedenste fachfremde Rotationen ein. (41,44,95) Weiterzubildende können daraus Schlussfolgerungen für die Gestaltung des eigenen

Wahljahres ziehen. So ist die Notaufnahme fester Bestandteil der Rotationen in Großbritannien und den Niederlanden. (39,44,95)

Wählen angehende Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Deutschland den anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt, fehlen explizite Empfehlungen für eine effektive Nutzung dieser meist kurzen fachfremden Rotation. In der Anästhesiologie mit verschiedensten Funktionsbereichen wären zielgerichtete Hospitationen aber besonders sinnvoll. Denn es macht einen großen Unterschied, ob später hausärztlich Tätige einen Einblick in präoperative Sprechstunden, bei Anästhesien oder auf Intensivstation erhalten. Präoperative Sprechstunden entsprechen am ehesten ambulanten Vorstellungen. Ein Anliegen soll mit Hilfe von ärztlicher Anamnese, klinischer Untersuchung, Vorbefunden und gegebenenfalls weiterer Diagnostik geklärt werden. Anästhesietechniken werden abgewogen, die Patientinnen und Patienten aufgeklärt. Intensivmedizin und Durchführungen von Anästhesien dagegen sind vor allem technisch und medikamentös anspruchsvoll. Sie unterliegen ständigen medizinischen Neuerungen. Während eine Kommunikation mit Patientinnen und Patienten nur noch eingeschränkt möglich ist, können sich Weiterzubildende der Allgemeinmedizin beispielsweise Erfahrungen über Operationsabläufe oder den Umgang mit schweren Erkrankungen erarbeiten.

In der WBO und im kompetenzbasierten Curriculum ist nicht festgelegt, welche allgemeinmedizinischen Inhalte in welchem Rotationsabschnitt erlernt werden sollen. Es ist daher unklar, wo und wie die anästhesiologischen, teils fachübergreifenden Kompetenzen erworben werden können. Weiterbildungsbegleitende Seminare unterstützen unter anderem die Lehre der Allgemeinmedizin, sie können dennoch kaum alle als relevant erachteten kleineren Fächer ersetzen. Probleme könnten in der möglichen Schlussfolgerung liegen, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin ohne eine Rotation in die Anästhesiologie weniger qualifiziert seien. Der aktuelle Trend zu Zusatzqualifikationen wie zum Beispiel für die Schmerztherapie zeigt dies. (96) Nicht nur Seminare, sondern auch konkrete Weiterbildungsinhalte könnten diesem entgegenwirken.

Andererseits könnten wissenschaftliche Aussagen, dass praktische anästhesiologische Erfahrungen verzichtbar seien, ebenso den Weiterbildungsablauf beeinflussen. Je nach dem, inwieweit beispielsweise notfallmedizinische oder schmerztherapeutische Kompetenzen als entbehrlich eingeschätzt würden, müssten Empfehlungen zur Überarbeitung der WBO und des Curriculums Allgemeinmedizin getroffen werden.

Diese Vorüberlegungen berücksichtigend befasst sich die vorliegende Dissertation mit der Frage nach relevanten anästhesiologischen Weiterbildungsinhalten für allgemeinmedizinisch

Tätige. Zugleich sollen Vorschläge gefunden werden, wie diese in die Weiterbildungsstruktur implementiert werden können. Die Fragestellung der vorliegenden Dissertation lautet daher wie folgt:

Welche anästhesiologischen Kompetenzen werden im hausärztlichen Alltag benötigt? Und wo und wie sollten diese in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermittelt werden?

Bei jedem Diskurs zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung muss der Fokus auf die Relevanz für die hausärztliche Arbeit gelegt werden. Die Allgemeinmedizin ist das Spezialgebiet der Primärversorgung, fachlich breit aufgestellt mit eigener Denk- und Arbeitsweise. Eine gelingende Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten ist zwar wichtig, grundlegend ist zunächst nichtsdestoweniger die eigene allgemeinmedizinische Identitätsbildung. Zur Bildung dieser Identität gehört es auch, Überschneidungen und Grenzen zu anderen Fachgebieten anzuerkennen. Selbstständige, allgemeinmedizinische Forschung stellt fachfremde Weiterbildung in Frage und ermöglicht das Aufzeigen der Grenzen. Diese Dissertation folgt der im Abschnitt 2.1.2. genannten Definition eines Curriculums. Relevante anästhesiologische Kompetenzen sollen strukturiert und präzise dargestellt sowie Art und Weise der Vermittlung empfohlen werden. Je nach Erkenntnisgewinn könnten Empfehlungen die nächsten Überarbeitungen der WBO und des kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin beeinflussen. Gründe für oder gegen eine Wahlrotation in die Anästhesiologie sind mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu stützen.

Zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragestellung werden qualitative Methoden genutzt. Experteninterviews wurden entsprechend durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Im folgenden vierten Kapitel wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung dieser Fragen von der Begründung des Forschungsdesigns bis hin zur konkreten Datenanalyse im Detail dargestellt.

4. Methoden

4.1. Vorüberlegungen zum qualitativen Forschungsdesign

4.1.1. Qualitative Forschungsmethoden

Die Unterteilung in quantitative und qualitative Forschungsmethoden hat ihren Ursprung in den Sozialwissenschaften. Qualitative Methoden finden aber auch in anderen Fachgebieten Verwendung, so zum Beispiel in der medizinwissenschaftlichen Forschung und insbesondere in der Versorgungsforschung. (97) Mit quantitativen Methoden können theoriengeleitete

Hypothesen unter standardisierten Bedingungen verifiziert oder falsifiziert werden. Dieses Vorgehen stößt jedoch immer dann an seine Grenzen, wenn es darum geht, Zusammenhänge zu verstehen und neue Hypothesen und Theorien zu entwickeln. So entstand in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die qualitative Sozialforschung zu deren wichtigsten Urvätern Anselm L. Strauss und Barney G. Glaser gehören. (98) Im Mittelpunkt qualitativer Forschung steht ein in Datenerhebung und -auswertung offenes und interpretatives Vorgehen. Daten sind Beobachtungen, Erzählungen und Diskussionen, die in Form von nicht-standardisierten, offenen Interviews oder Fokusgruppendifkussionen erhoben, aufgezeichnet, transkribiert und analysiert werden. In der qualitativen Forschung werden, vor allem im deutschsprachigen Raum, verschiedene Arten qualitativer Interviews genutzt, so zum Beispiel das narrative Interview, das problemzentrierte Interview, das biografische Interview oder auch das Experteninterview. (22) Ebenfalls in der Datenanalyse existieren verschiedene Zugänge zum Material und damit verschiedene Arten der Analyse. Die hier vorliegende Dissertation nutzt Experteninterviews mit Ärztinnen und Ärzten aus den Fachgebieten Allgemeinmedizin und Anästhesiologie, um die Forschungsfrage nach relevanten anästhesiologischen Inhalten für die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu beantworten.

4.1.2. Experteninterviews

Häufig werden in der qualitativen Forschung Leitfäden genutzt, um während des Interviews Informationen zu sammeln und sein Gegenüber zum Erzählen zu animieren. Ein Leitfaden beinhaltet somit Interviewfragen, die aus den wissenschaftlichen Leitfragen einer Studie abgeleitet wurden. Die offene Gestaltung der Interviewsituation und des Leitfadens erlaubt es den Interviewten ihre Ansichten, Einstellungen, Beweggründe, Motivationen und Wertvorstellungen frei zu äußern und zu erläutern. Nachfragen wie „Können Sie mir mehr darüber erzählen?“ dienen dazu, die „Narration“ des Interviewten zu vertiefen. Eine Sonderform des qualitativen Interviews ist das Experteninterview.

Unter „Expertinnen und Experten“ werden hier Personen bzw. eine Gruppe verstanden, die über spezifisches professionelles Wissen verfügt und auch Handlungswissen mit einbezieht. In den Interviews werden diese Rollen als Sachverständige adressiert, um gezielt potenziell relevante Informationen zu erhalten. (22) Im Gegensatz zu vielen anderen Interviewformen der qualitativen Forschung, wie zum Beispiel dem narrativen oder biographischen Interview, steht folglich das Fachwissen und nicht die interviewte Gesamtperson im Vordergrund. Eine „Generierung bereichsspezifischer und objekttheoretischer Aussagen“ (99) ist somit möglich. Der Kontext sollte bei der Analyse jedoch mit einbezogen werden. Einige Wissenschaftlerinnen führen neben dem „Alter, professionellen Status und Erfahrungshintergrund“ und vor allem das Geschlecht als Einflussfaktoren sozialer

Interaktionen auf. (100) Diese Subjektivität bedarf auch bei Experteninterviews einer Berücksichtigung bei der Textauswertung. Eine weitere Besonderheit besteht in der „Spezifität der Interaktionsverhältnisse“ in Form eines „Gesprächs zwischen Experten und Quasi-Experten“. Ein hohes Kompetenzniveau ist auf Seite der Interviewten und der Interviewenden vorausgesetzt. (101)

4.2. Expertenauswahl

Mit Bezug auf die Forschungsfrage waren Expertinnen und Experten hier zum einen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, ob selbst weiterbildend oder nicht, ob in einer Praxis oder Universität arbeitend. Zum anderen stellten Ärztinnen und Ärzte in allgemeinmedizinischer Weiterbildung als unmittelbar mit den Forschungsfragen dieser Dissertation konfrontiert eine Zielgruppe dar. Außerdem sachverständig für die Fragestellung dieser Dissertation waren Anästhesiologinnen und Anästhesiologen, da sie die später hausärztlich Tätigen bei einer Wahlrotation in ihr Fachgebiet weiterbilden. Im allgemeinmedizinischen Praxisalltag bei beispielsweise präoperativen Vorbereitungen kommt es zu einem kollegialen Austausch über gemeinsame Patientinnen und Patienten zwischen beiden Fachrichtungen. Anästhesiologische Ärztinnen und Ärzte haben im Rahmen der Interviews die Gelegenheit, ihre Entscheidungskriterien für eine möglichst sichere Anästhesie darzulegen. Auch notfallmedizinische Grundlagen werden häufig durch sie vermittelt. Allgemeinmedizinische Ärztinnen und Ärzte bekommen die Möglichkeit, Defizite im Zusammenhang mit der Anästhesiologie während der eigenen Weiterbildung und gewünschte Kompetenzen aufzuzeigen.

Um gegebenenfalls unterschiedliche Weiterbildungsvorstellungen erkennen zu können, sollten mögliche Einflussfaktoren ausreichend berücksichtigt werden. Zu diesen Auswahlkriterien zählten die berufliche Position der Interviewten, das Vorhandensein einer Weiterbildungsbefugnis sowie die Arbeit in einer Niederlassung oder Klinik (siehe Tabelle 2). Inwieweit die Interviewten mit der Patientenversorgung, Weiterbildung und Führungsaufgaben betraut waren, sollte gezielt in die Analysen mit einbezogen werden. Die Auswahl der Expertinnen und Experten konzentrierte sich auf Mecklenburg-Vorpommern, da in diesem Bundesland die Anästhesiologie als obligatorischer Abschnitt eine hohe Relevanz in der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung hatte. Des Weiteren spielte für die Durchführung der meist face-to-face geführten Interviews die regionale Erreichbarkeit eine Rolle.

4.2.1. Theoretisches Sampling

Die Expertenauswahl erfolgte in Form eines theoretischen Samplings, also einer Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner „im Prozess der Datenerhebung- und Auswertung“ (22). Das bedeutet, dass nach der Durchführung eines Interviews dieses zunächst analysiert und anschließend je nach Datenanalyse die oder der nächste zu Interviewende bestimmt wird. Ziel war es, Expertinnen und Experten auszuwählen, von denen neue relevante Informationen zur Beantwortung der Fragestellung erwartet werden konnten. So ergab sich eine heterogene, schrittweise festzulegende Samplestruktur. Durch kontinuierliche parallele Auswertungen der Daten war zu erkennen, wie groß der Informationszugewinn nach jedem Interview war und ob sich noch bisher unbeachtete Aspekte ergeben haben. Abgeschlossen wurde die Forschungsphase der Expertenauswahl und somit der Interviewdurchführung, sobald sich eine theoretische Sättigung eingestellt hatte. Sättigung bedeutet, dass eine „Generierung weiterer Daten und deren Analyse nicht länger Erträge für die zentralen Kategorie(n) bringt“.

(102)

4.2.2. Kontaktaufnahme mit Expertinnen und Experten

Die Kontaktdaten der potentiell zu Interviewenden wurden je nach Berufszweig unterschiedlich recherchiert. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit jeweiliger Fachrichtung, Wirkstätte und weiteren Spezialisierungen konnten auf der Homepage der KV MV ermittelt werden. Eine Internetrecherche erbrachte Kontaktdaten zu Krankenhäusern sowie deren Angestellten und zu Instituten für Allgemeinmedizin. Der Kontakt zu Weiterzubildenden gestaltete sich schwieriger, da datenschutzrechtliche Gründe eine direkte Kontaktaufnahme über das Institut für Allgemeinmedizin verhinderten. Die dem Institut bekannten Ärztinnen und Ärzte erhielten ein Rundschreiben per E-Mail und wurden zum Teil nach Weiterbildungsseminaren auf das Forschungsprojekt aufmerksam gemacht. Im Krankenhaus angesprochene Weiterzubildende arbeiteten in der Regelversorgung im ländlichen Gebiet.

An die ausgewählten Expertinnen und Experten wurde postalisch ein formelles Anschreiben des Instituts für Allgemeinmedizin Rostock verschickt. Nach circa zwei Wochen erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme durch die Autorin. In vereinzelt Fällen stellten sich Probleme bei der Erreichbarkeit der potenziell zu Interviewenden ein, sodass ein Schriftverkehr per E-Mail initiiert wurde. Am Telefon oder per E-Mail wurde das Forschungsprojekt erneut kurz erläutert, aufgetretene Fragen beantwortet und bei Bereitschaft zur Mitwirkung ein Termin für ein Interview vereinbart. Dieses fand bevorzugt face-to-face im beruflichen Umfeld der Interviewten statt.

4.2.3. Entwicklung des Samplings

Ziel des ersten Interviews mit einer erfahrenen Allgemeinmedizinerin war es, ein orientierendes Meinungsbild über die Bedeutung der Anästhesiologie innerhalb der Allgemeinmedizin zu erhalten. Anschließend wurde eine niedergelassene Anästhesiologin interviewt, um einen Eindruck von der ambulanten Zusammenarbeit zwischen beiden Fachgebieten zu erhalten. Das dritte Interview erfolgte mit einer Fachärztin für Anästhesiologie und Allgemeinmedizin. Die Erfahrungsbreite dieser Ärztin sollte es gegebenenfalls ermöglichen, neue und bisher unbedachte Aspekte bereits zu Beginn der Interviewphase einzubeziehen. Aufgrund inkonsistenter Ergebnisse fiel der Entschluss, den Fokus zunächst nur auf die allgemeinmedizinischen Expertinnen und Experten zu richten. Des Weiteren wurde der Zeitaufwand zwischen Einladung zu einem Interview bis zu dessen Durchführung durch das gleichzeitige Versenden des Anschreibens zu zwei bis drei Expertinnen und Experten reduziert. Nach Einsetzen einer theoretischen Sättigung bezüglich einiger Fragestellungen, weitete die Autoren das Sample erneut auf anästhesiologische sowie auch akademisch arbeitende Ärztinnen und Ärzte aus. Durch die simultane erste Auswertung der bisherigen Interviews kristallisierte sich auch die Palliativmedizin als ein häufig durch die Experten genanntes Thema heraus. Um die Schnittstellen und Abgrenzung beider Fachgebiete Anästhesiologie und Palliativmedizin zu klären, wurde parallel ein Palliativmediziner in das Sampling miteingeschlossen. Eine Zusammenfassung des Samplings mit den Auswahlkriterien der Expertinnen und Experten sind in der Tabelle 2 dargestellt.

4.2.4. Samplebeschreibung

Insgesamt konnten sieben Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin für ein Experteninterview gewonnen werden, fünf mit eigener Niederlassung und zwei angestellt an einer Universität. Eine Allgemeinmedizinerin nahm eine Sonderstellung durch Absolvieren zweier Facharztweiterbildungen ein, wurde jedoch in der nachfolgenden Übersicht aufgrund ihrer derzeitigen Arbeit in einer allgemeinmedizinischen Praxis in der Allgemeinmedizin verortet. Unter den Interviewten befanden sich des Weiteren drei Ärztinnen in unterschiedlichen Phasen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Aus den spezialisierten Fachrichtungen konnten eine Ärztin für Anästhesiologie aus der Niederlassung, drei Ärztinnen und Ärzte aus einer Klinik und ein Palliativmediziner interviewt werden. Ausgewählte Zusatzqualifikationen der Interviewten, soweit neben den Facharzttiteln bestehend, werden ebenfalls in Tabelle 2 abgebildet. Aufgrund der Vielfalt der Spezialisierungen wurden nur mit der Anästhesiologie in Verbindung stehende Bereiche aufgeführt. Auffällig war eine hohe

Anzahl an allgemeinmedizinischen Ärztinnen und Ärzten mit Notfallmedizinischer oder palliativmedizinischer Zusatzweiterbildung.

Wie eingangs beschrieben, konzentrierte sich die Expertenauswahl auf MV. 13 Interviews fanden mit in MV tätigen Ärztinnen und Ärzten statt. Zwei Interviewte arbeiten in anderen Bundesländern Deutschlands. Auf genaue örtliche Angaben muss zum Erhalt der Anonymität bei geringer Anzahl der an Universitäten arbeitenden Interviewten verzichtet werden. Beim Geschlechterverhältnis zeigte sich eine weibliche Mehrheit, vor allem bei den Ärztinnen in Weiterbildung. Dies spiegelt im Ansatz die aktuellen Durchschnittswerte der sogenannten Feminisierung der Medizin wider. (25,103) Das durchschnittliche Alter der interviewten Ärztinnen und Ärzte betrug 42,6 Jahre. Vor allem Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner befanden sich in diesem Alter, interviewte Anästhesiologinnen und Anästhesiologen waren eher älter als 50 Jahre. Der Altersbereich des Palliativmediziners wurde zur Bewahrung der Anonymität nicht mit aufgeführt.

Tabelle 2: Übersicht der Expertinnen – und Expertenauswahl nach Fachgebieten und Berufsstand mit Darstellung der Samplekriterien.

Fachrichtung mit Anzahl weiblich/ männlich	Berufliche Position mit Anzahl	Zusatzqualifikationen mit Anzahl	Anzahl Weiterbildungs- befugnisse	vorrangige Altersgruppe
Allgemeinmedizin 10 7/ 3	Weiterbildung: 3 Niederlassung: 5 Universität: 2	Notfallmedizin: 3 Palliativmedizin: 3	5	40. – 49. Lebensjahr (7 von 10 Interviewte)
Anästhesiologie 4 2/ 2	Niederlassung: 1 Klinik: 3	Notfallmedizin: 1 Palliativmedizin: 1 Schmerztherapie: 1	3	50. – 59. Lebensjahr (3 von 4 Interviewte)
Palliativmedizin 1 0/ 1	Universität: 1	Palliativmedizin: 1	1	aus datenschutz- rechtlichen Gründen nicht angegeben

Durch die Entscheidung für bestimmte Interviewpartnerinnen und -Partner parallel zur Interviewführung- und Analyse entstand ein vielfältiges Sample. Mit Erreichen einer theoretischen Sättigung wurde die Expertenauswahl abgeschlossen.

4.3. Durchführung der Experteninterviews

4.3.1. Der Interviewleitfaden

Die Fragen für das leitfadengestützte Interview wurden nach dem Prinzip der narrativen Interviewführung entwickelt. Narrative Interviews beinhalten eine initiale erzählgenerierende Eingangsfrage und sind anschließend durch autonomes Berichten der Interviewten und weitere, offen gestellte Nachfragen durch Interviewende gekennzeichnet. (104) Die Eingangsfrage begünstigt die offene Formulierung eigener Ansichten. Eine inhaltliche Anpassung erfolgte nach Facharztstatus und Geschlecht der Interviewten. Dadurch entstanden Gesprächssituationen, die auf die Expertinnen und Experten zugeschnitten und vorbereitet waren. Der Interviewleitfaden sollte einen spezifischen Informationsgewinn unterstützen. (105)

Das Interview wurde mit folgender Eingangsfrage eingeleitet:

„Die Weiterbildungsordnung für das Fach Allgemeinmedizin sieht in Mecklenburg-Vorpommern drei Monate für Anästhesiologie vor. Mich interessieren Ihre Gedanken dazu. Was geht Ihnen dazu aus Ihrer Perspektive als Hausarzt/ Weiterbildungsassistent/ Anästhesiologe durch den Kopf? Erzählen Sie doch mal!“

Im Verlauf wurden mindestens fünf interne Nachfragen, das heißt direkt aus den Notizen über die Ausführungen der Expertinnen und Experten, formuliert. Diese wurden offen mit einer erneuten Erzählaufforderung gestellt. Nach- bzw. Detailfragen sollten möglichst alle Themenbereiche der Anästhesiologie abdecken: Notfallmedizin, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Anästhesie. Zwei weitere, externe Fragen des Leitfadens lauteten:

„Was ist das Nützlichste, was ein Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin im Fach Anästhesiologie lernen könnte?“

„Wenn Sie jetzt noch einmal den Abschnitt Anästhesiologie machen könnten, wie würden Sie sich das wünschen?“

Angepasst an die jeweilige Situation konnten bis auf den initialen Erzählstimulus alle weiteren Fragen in der Reihenfolge variieren. Der Leitfaden wurde flexibel entworfen, um ein breites Spektrum an Experteninformationen erhalten zu können.

Das erste Interview wurde als Pilotinterview geplant und umgesetzt. Nach der Transkription erfolgte eine gemeinsame Reflexion der Interviewführung in der Forschungsgruppe am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock. Die Rückmeldungen haben dazu

beigetragen, die Interviewführung zu optimieren. Der Interviewleitfaden mit dem Erzählstimulus wurde zunächst unverändert beibehalten. Aufgrund einer im dritten Interview fehlgeleiteten Auslegung der Eingangsfrage erfolgte eine Umstellung und Präzision dieser. Die daraufhin verwendete Eingangsfrage lautete:

„Erzählen Sie mir bitte aus Ihrer Perspektive als Hausarzt/ Anästhesiologe/ Weiterbildungsassistent, welche Inhalte der Anästhesiologie Sie für einen Allgemeinmediziner als nützlich oder relevant erachten!“

Die vollständige Formulierung ist im Anhang einsehbar. Für das Interview mit dem Experten der Palliativmedizin wurde der Leitfaden entsprechend adaptiert.

4.3.2. Interviewsituation und Interviewablauf

Alle Interviews wurden durch die Autorin geführt, welche vorab an diversen Veranstaltungen zur qualitativen Sozialforschung und narrativen Interviewführung des Instituts für Allgemeinmedizin Rostock teilnahm. Die Interviews fanden bevorzugt face-to-face statt (n=9). Weitere Personen außer der Autorin und je einer Expertin oder eines Experten nahmen nicht an einem Interview teil. Größere geografische Distanzen zu den Wirkungsstätten einiger Sachverständiger machten es bisweilen unablässig die Interviews telefonisch durchzuführen (n=6). Vor jedem Interview erhielt der Interviewpartner ein Informationsblatt des Instituts für Allgemeinmedizin Rostock und eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang). Während des Gesprächs wurde ein Diktiergerät für die Tonaufnahme genutzt. Zudem notierte sich die Interviewerin stichpunktartig Antworten und unklare Aspekte für spätere Nachfragen. Die Expertinnen und Experten waren in ihrer ärztlichen Funktion angesprochen worden und gaben demzufolge Terminvorschläge vorrangig in ihrem beruflichen Setting an. Anstehende Aufgaben oder Termine sowie möglicherweise eintretende medizinische Zwischenfälle waren oft präsent. Mit Hilfe des Leitfadeninterviews konnte ein begrenzter zeitlicher Rahmen beachtet werden. (104) Am Ende der Interviews wurde den Interviewten Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen oder bisher noch nicht zur Sprache gekommenen Gesichtspunkte zum Thema zu äußern. Nach Abschluss der Interviewsituation und dem Abschalten des Diktiergerätes erfolgte eine Abfrage der soziodemographischen Daten der Interviewten mit Hilfe des Interviewprotokolls (siehe Anhang). Der Zeitpunkt wurde gewählt um das Verhalten dieses kurzen Frage-Antwort-Wechsels nicht auf das offene Interview zu übertragen. (22) In dem Dokument wurden auch Daten zum Bildungsweg, zur aktuellen Dienstbezeichnung oder Niederlassung, zu eventuellen Zusatzqualifikationen und das Vorhandensein einer Weiterbildungsbefugnis ermittelt.

4.3.3. Die Nachbereitung der Interviews

Unmittelbar nach jedem Interview wurden Notizen zur Erfassung der Interviewsituation erstellt. Diese Aufzeichnungen, sogenannte Memos, enthielten Informationen über das Zustandekommen eines Interviews, die Gesprächssituation, biographische Eckdaten der Expertin bzw. des Experten und eine Zusammenfassung des Interviews auf Basis der Notizen der Interviewerin (22). Es diente jedoch ebenfalls zur Erfassung von eventuell aufgetretenen Problemen während des Interviews, wie zum Beispiel externe Störungen oder Schwierigkeiten in der Kommunikation. Zudem konnten so zeitnah weitere Aussagen der Expertinnen und Experten nach einem Interview festgehalten werden. Diese reichen von einem kurzen persönlichen Gespräch bis zu wichtigen Informationen, die eine Expertin oder ein Experte mal bewusst und mal unbewusst erst nach Beendigung des Interviews bzw. Abschalten des Diktiergeräts äußerte. (105)

Die Verschriftlichung der Tonaufnahme wurde durch die Autorin mit Hilfe des Transkriptionsprogrammes F4 (Version 3.1.0., 2004 - 2007) und der Software Microsoft Office Word 2007 vorgenommen. Da bei diesem Dissertationsprojekt die Sprache nur als Medium zur Informationsübertragung dient, konnten die Transkriptionsregeln entsprechend ohne sprachanalytische Genauigkeit gestaltet werden. (22) Die Verschriftlichung aller Interviews erfolgte mit Hilfe der Transkriptionsregeln nach Hautz/ Hartmann 2009 (siehe Anhang). Personen- und Ortsangaben wurden pseudonymisiert. Die Interviewdateien wurden mit einheitlichen Bezeichnungen fortlaufend chronologisch nach der Durchführung und mit Abkürzung der jeweiligen Berufsbezeichnung kodiert. Insgesamt ergaben die 15 Interviews ein Datenmaterial von 300 Audio-Minuten und 205 Seiten Transkripte und Memos.

4.4. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse wird in der allgemeinmedizinischen Forschung zur Analyse qualitativer Daten sehr häufig verwendet, vor allem in Deutschland. (106) Für die Auswertung der vorliegenden Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Diese sozialwissenschaftliche Technik ermöglicht eine systematische, regelgeleitete Datenanalyse mit gegebenenfalls notwendigen Anpassungen an das Untersuchungsmaterial. Die Durchführung kann nachvollzogen werden und ist trotzdem auf den Forschungsgegenstand fokussiert. Die Autorin nahm an einem Workshop des Instituts für Allgemeinmedizin Rostock zur qualitativen Datenanalyse einschließlich Kodierungsübungen und Einführung in das Programm Nvivo 8 teil. Die transkribierten Interviews wurden parallel während der Phase der Interviewführung kodiert, sodass ein aufeinander abgestimmter, wechselseitiger Prozess zwischen Transkription, Datenanalyse und Bestimmung weiterer Expertinnen und Experten

entstand. Dieser Prozess wurde regelmäßig in der interdisziplinären Forschungsgruppe reflektiert und supervidiert. Alle Interviewtranskripte sowie aus dem Gedächtnis und Notizen protokollierte Memos über nicht aufgezeichnete Äußerungen der Interviewten wurden als Ausgangsmaterial für die Inhaltsanalyse genutzt. Zur Umsetzung der qualitativen Datenanalyse wurde für diese Dissertation die Software Nvivo genutzt. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring nutzt Kodieren als Analyseschritt: Kodieren bedeutet, dass Abschnitte eines Textes schrittweise zusammengefasst und mit Codes versehen werden. (23) Um den Vorgang des Kodierens zu veranschaulichen, wird er im Folgenden anhand eines beispielhaft ausgewählten Interviewabschnitts dieser Dissertation erläutert. In der ersten Spalte der Tabelle befindet sich ein Ausschnitt des transkribierten Interviews mit einem in einem Krankenhaus tätigen Facharzt für Anästhesiologie.

Tabelle 3: Beispielhafte Darstellung eines Kodiervorgangs anhand eines Interviews mit einem Facharzt für Anästhesiologie, 42 Jahre

Interviewtextausschnitt	Kode	Unterkategorie
Also zum Teil wurde häufig gar nicht drüber nachgedacht, dass man zum Beispiel was absetzen MÜSSTE. Das ist die eine Seite.	Präoperatives Absetzen von Medikamenten	Präoperative Medikamentenanpassung
Aber wir sehen leider auch, dass zum Beispiel Thrombozytenaggregationshemmer bei äh Herzpatienten, die jetzt (...) oder irgendwas, die unkritisch abgesetzt werden. Das ist genauso schlimm, wenn nicht noch schlimmer. Und das, glaube ich, ist GANZ wichtig.	Gefahr unkritisches Absetzen von Thrombozytenaggregationshemmern	
Also dass man tatsächlich weiß: Bei welchen Eingriffen äh ist zum Beispiel Interaktion mit Medikamenten? Ist irgendwas zu bedenken?	Berücksichtigung von Medikamenten-Interaktionen	
Ich denke jetzt an Metformin, das ist ja nach wie vor ein Thema in der Anästhesie, auch wenn es selten ist. Aber ich muss als Allgemeinarzt natürlich wissen, dass laut der noch geltenden Standards, Metformin eben präoperativ abgesetzt wird. Wenn es eine geplante Operation ist.	Präoperatives Absetzen von Metformin	
Oder eben, wenn ein Patient eine duale Thrombozytenaggregation hat zum Beispiel, muss ich wissen: Warum nimmt er das? Welche Indikationen hat er dafür? Und äh muss man das präoperativ absetzen oder ganz im Gegenteil, muss es in jedem Fall weiterlaufen?	Gefahr unkritisches Absetzen von Thrombozytenaggregationshemmern	

Die Codes in der Mitte fassen den Inhalt bedeutungsgleicher Aussagen in wenigen Worten und einheitlicher Sprache zusammen. Aus den so gewonnenen Codes konnte induktiv eine diese Thematik umfassende Kategorie gebildet werden. Kategorien haben einen „klassifizierenden Charakter und sollen den Inhalt der jeweiligen Textstellen widerspiegeln“ (107) ähnlich einer Überschrift. Im dargestellten Beispiel (Tabelle 3) entstand die Unterkategorie „Präoperative Medikamentenanpassung“.

Das Kategoriensystem wurde kontinuierlich weiterentwickelt. Der erste Durchgang der Zusammenfassung und Reduktion weniger relevanter und bedeutungsgleicher Aussagen erfolgte für jedes Interview einzeln. Anschließend wurde der gesamte Datensatz aller Interviews zusammengefasst und ähnliche Aussagen auf einer einheitlichen Sprachebene gebündelt. Um eine Sättigung in einem Themenbereich zu erkennen, erfolgte die Analyse in einer Datei und parallel zur Planung und Führung weiterer Interviews. Nach Analyse des ersten Drittels des Materials erfolgte eine Rücküberprüfung des Kategoriensystems. Dieses unterlag im Verlauf immer weniger Anpassungen. Schließlich waren nahezu alle Aussagen der letzten Interviews einer bereits vorhandenen Kategorie unterzuordnen.

Nach Abschluss der Interviewphase erfolgte die Auswertung in einer ersten Zusammenfassung erneut wie oben beschrieben, jedoch für jedes Interview separat. Die Texte der einzelnen Interviews konnten somit als Einheit analysiert und auch fallspezifisch mit anderen verglichen werden. Es entwickelte sich das gleiche Kategoriensystem. Für die abschließende Gegenüberstellung diente eine Tabelle. Die Interviews in je einer Spalte und die Kategorien in den Zeilen gaben die Systematisierung vor. Beim Eintragen der Codes wurden diese einer zweiten Zusammenfassung und intermittierend einer Rücküberprüfung unterzogen. Bei inkongruenten Informationen innerhalb eines Interviews erfolgte ein erneuter Materialdurchlauf. Der Prozess der Kodierung wurde durch die Autorin durchgeführt. Er ist durch das systematische Vorgehen sowie die sukzessive Analysebeschreibung reproduzierbar.

Im folgenden fünften Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews dargestellt. Die herausgearbeiteten Hauptkategorien Notfallmedizin, Anästhesievorbereitung, Anästhesiedurchführungen, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin und der Weiterbildungsabschnitt Anästhesiologie strukturieren das Kapitel.

5. Ergebnisse

Aus der Kodierung der qualitativen Daten ergaben sich insgesamt sechs Themenbereiche über die Anästhesiologie in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, in welche der folgende

Abschnitt gegliedert ist. Als vorwiegend anästhesiologische Gebieten kristallisierten sich die Notfallmedizin, perioperative Abläufe, Anästhesiedurchführungen und die Intensivmedizin heraus. Die Schmerztherapie und Palliativmedizin gingen als interdisziplinäre Schwerpunkte hervor. Eine Meinungsübersicht der Interviewten über die Gestaltungsmöglichkeiten anästhesiologischer Weiterbildungsinhalte für allgemeinmedizinisch Tätige schließt die Ergebnisdarstellung ab. Innerhalb jedes Themenbereiches wurden die Aussagen der einzelnen Interviewten in Fachgruppen zusammengeführt und anschließend verglichen.

5.1. Notfallmedizin

5.1.1. Bedeutung der Notfallmedizin und allgemeinmedizinische Erstversorgung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Jeder der drei in allgemeinmedizinischer Weiterbildung befindlichen Ärztinnen schätzte das Erlernen von notfallmedizinischen Maßnahmen als wichtig ein. Eine Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr sah die Notfallmedizin als den Schwerpunkt während des anästhesiologischen Weiterbildungsabschnittes.

„In erster Linie der notfallmedizinische Part. Der ist sicherlich der wichtigste, einfach im Hinblick auf Notfälle, die eben, also Herzinfarkt oder ähnliches, die ja durchaus zu Fuß in die Allgemeinarztpraxis hineinkommen.“

Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr, 35 Jahre

Durch das Sammeln von Erfahrungen in der Anästhesiologie, ob auf Intensivstation (ITS) oder durch den Umgang mit Komplikationen im Operationsbereich (OP), könne ein zunehmendes Gefühl von Sicherheit in einer kritischen Situation erlangt werden.

„Dass man diese Unsicherheit versucht, ein bisschen abzulegen und dass man auch weiß, dass man da ruhig rangeht, systematisch, weiß: Ich mache das, ich mache das, das ist wichtig, Atemwege sichern, Kreislauf und ähm das hat man schon mitgenommen. (...) Einfach, man weiß ja nie, was kommt, dass man das einfach so schon mal hingekriegt hat.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Kardiopulmonale Reanimationen würden bereits im Studium gut gelehrt und geübt. Diese sollten aber auch im Klinikalltag erlebt und selbst durchgeführt werden. Bestimmte erweiterte Notfallmaßnahmen (Advanced Life Support, ALS) sollten aus Sicht aller interviewten Ärztinnen ebenfalls erlernt werden. Dazu gehöre der sichere Umgang Notfallmedikamenten einschließlich der intravenösen Gabe über einen peripheren Zugang. Die Anwendung eines Defibrillators wurde nur von einer Ärztin im ersten Weiterbildungsjahr erwähnt.

Folglich begrüßten die interviewten angehenden Allgemeinmedizinerinnen die praktischen Fertigkeiten, die in der Anästhesiologie erlernt werden können und die einen sichereren Umgang in Notfallsituationen ermöglichen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Alle interviewten Anästhesiologinnen und Anästhesiologen beurteilten die Notfallmedizin als wichtig für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. Zwei anästhesiologisch Tätige waren der Meinung, dass das Leisten notfallmedizinischer Versorgung Voraussetzung für den ärztlichen Beruf sei.

„Weiterhin denke ich, ist ein ganz wichtiger Punkt, dass man (...) nicht nur [Notfälle] erkennt zum einen, aber dass man dann natürlich auch im Management doch eine gewisse Grundkenntnis hat. (...) Wenn das sicherlich jetzt auch nicht weitergeht, aber das sind ja doch Dinge, die einfach eigentlich JEDER Arzt und natürlich auch Allgemeinmediziner, die ja mit einem großen Patientenklientel umgehen, zu tun haben müssen.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Betont wurde das Beherrschen notfallmedizinischer Grundkenntnisse einschließlich der aktuellen Leitlinien und der Basismaßnahmen. Diese sollten in einer Hausarztpraxis realisierbar sein und eine Patientenversorgung bis zum Eintreffen weiterer Hilfe gewährleisten. Dafür müsse eine Praxis gut organisiert sein. Auch außerhalb des Arbeitsbereiches sollte sich eine Ärztin oder ein Arzt professionell verhalten können. In dem anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt könnten bereits grundlegende praktische Fähigkeiten vermittelt werden, die einen weitgehend automatisierten Ablauf ermöglichen.

„Aber gerade aufgrund dieser angespannten Situation in so einem Notfall und viele haben da einfach Angst vor und sind damit überfordert, muss man regelmäßig dieses Thema in Prinzip besprechen. (...) Bei einer Reanimation fang ich immer so an. Und es läuft ja eigentlich immer oder fast immer ähnlich. Also es gibt ja ganz klare Leitlinien.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Das Erlernen einer Defibrillation als eine Maßnahme des ALS wurde nur von einem Facharzt für Anästhesiologie, 53 Jahre, angeführt. Laut der meisten anästhesiologisch Tätigen sollten Notfallmedikamente angewendet werden können. Dazu gehöre die Fähigkeit, periphere Venenkatheter legen zu können und auch das Kennen von alternativen Applikationswegen. Es gäbe beispielsweise intranasale Verneblungsspritzen. Die Anwendung eines intraossären Zugangs mit Hilfe der sogenannten Knochenschraube oder Bohrmaschine über das Knochenmark wird kontrovers bewertet. Sie sei einerseits eine Alternative, falls das Legen eines Venenkatheters nicht möglich sei, aber andererseits nicht Teil einer allgemeinmedizinischen Notfallausstattung.

„Als alternativen venösen Zugang, kann man mal nachdenken über zum Beispiel, ich sag jetzt mal die Bohrmaschine. Aber ich glaube, das ist// das ist für einen normalen Allgemeinmediziner ein bisschen hoch gegriffen. * Ja, das ist auch mit entsprechenden Kosten verbunden und Veralterung und und und. Das muss man alles mitschleppen. Also das halte ich also für// Das sollte man mal gesehen haben, aber das halte ich nicht für die Basisausrüstung beim Allgemeinmediziner.“

Facharzt für Anästhesiologie, 52 Jahre

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie ein strukturiertes Notfallmanagement nach aktuellen Leitlinien voraussetzten. Patientinnen und Patienten sollten bis zum Eintreffen weiterer Hilfe versorgt werden können. Erweiterte Maßnahmen, wie das Legen eines peripheren Venenkatheters und die Medikamentengabe, wurden als hilfreich angesehen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Fast alle allgemeinmedizinisch Tätige sprachen der Notfallmedizin einen hohen Stellenwert zu. Zur selbstständigen notfallmedizinischen Hilfe sollte jeder Approbierte in der Lage sein. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin erhofften sich für Weiterzubildende, dass diese mögliche Ängste oder Unsicherheit in einer Notsituation durch ihre Aus- und Weiterbildung zu überwinden lernen.

„Er muss jederzeit zumindest Basiskenntnisse darüber haben, was er jetzt dann machen sollte, wenn es zu einem Notfall gekommen ist. Und er sollte da auch sicher sein in der Durchführung, weil er ja sozusagen die Vertrauensperson für Patienten und Praxispersonal ist. Also wenn zum Beispiel in der Praxis oder irgendwo draußen Notfall ist, oftmals in kleineren Städten wird er als ja auch als Arzt erkannt und da sollten überhaupt gar keine Berührungängste sein.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 45 Jahre

Bei einem Einblick in die Notfallmedizin während der anästhesiologischen Rotation könnten Weiterzubildende demzufolge an Erfahrung gewinnen. Drei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner differenzierten dabei zwischen einer Notfallmedizin, die durch Notärztinnen und Notärzte geleistet wird und die vorwiegend in der Anästhesiologie gelehrt wird und dem durch Niedergelassene zu leistendem kassenärztlichem Notdienst.

„Naja, Kassenärztlicher Notdienst * ähm komme ich ja selten in die Situation jetzt wirklich ganz klassische Notfallmedizin zu machen. Man hofft immer, dass der Kelch an einem vorbeigeht.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 41 Jahre

Es sei hilfreich, zu sehen wie ein Notarztdienst im Vergleich zum kassenärztlichen Notdienst abläuft.

Gänzlich anders bewertete dies ein Kollege: Lebensbedrohliche Zustände spielten für hausärztlich Arbeitende keine Rolle, sodass Weiterzubildende keine anästhesiologischen Notfälle sehen müssten. Das Erlernen der Notfallmedizin im Abschnitt Anästhesiologie der

allgemeinmedizinischen Weiterbildung sei überbewertet. Das Legen peripherer Zugänge sei selten notwendig.

„Ich halte das für verfehlt, das über die Anästhesie zu machen. Das sind nicht die Notfälle, die der Hausarzt sehen muss.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Gemäß den meisten Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin sollten jedoch nicht nur Basiskenntnisse wie die kardiopulmonale Reanimation sicher in der Weiterbildung beherrscht und regelmäßig trainiert werden, sondern auch erweiterte Notfallmaßnahmen. Fast immer angeführt wurde eine notwendige Routine, periphere Venenkatheter legen zu können. Der Umgang mit Notfallmedikamenten solle laut drei der interviewten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner erlernt werden.

„Ok, der Umgang vielleicht noch mit Medikamentengruppen, die in der Anästhesie und Notfallmedizin vor allen Dingen appliziert werden. Das heißt also, (...) weil Anästhesie und Notfallmanagement schon zusammen gehören. Die * ja, das wären eigentlich so die wichtigsten Punkte, die da rein gehören.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Insgesamt betrachtet sollte notfallmedizinische Hilfe durch alle Ärztinnen und Ärzte, insbesondere auch Hausärztinnen und Hausärzte, geleistet werden können. Die Frage, ob eine notfallmedizinische Weiterbildung in der Anästhesiologie oder unabhängig davon stattfinden soll, wurde kontrovers beantwortet (siehe auch Kapitel 5.1.3 „Notfallmedizin in der Weiterbildung“).

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Alle interviewten Ärztinnen und Ärzte bewerteten unabhängig von Spezialisierung und Erfahrung das Erlernen notfallmedizinischer Basismaßnahmen als wichtig, wenn nicht sogar als Voraussetzung für den ärztlichen Beruf. Während bei den sich anschließenden Maßnahmen des ALS das Einüben der Defibrillation nur vereinzelt von allen Fachgruppen explizit aufgeführt wurde, wurde dem Legen eines peripheren Venenkatheters und der Anwendung von Notfallmedikamenten mehrheitlich eine große Bedeutung beigemessen.

Weiterzubildende der Allgemeinmedizin hoben die Möglichkeit hervor, praktische Erfahrung in der Anästhesiologie zu sammeln und somit Sicherheit in einer Notfallsituation zu erlangen. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie forderten ein strukturiertes, professionelles Notfallmanagement um Patienten bis zum Eintreffen weiterer Hilfe zu versorgen. Von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin wurde ebenfalls eine Weiterbildung für ein routiniertes Verhalten ohne Berührungsängste gewünscht.

5.1.2. Atemwegssicherung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Alle angehenden Hausärztinnen sahen im Erlernen der Intubation ein wichtiges Ziel in ihrer anästhesiologischen Weiterbildung. Durch ausreichende Übung solle Sicherheit erlangt werden.

„Allerdings muss man sagen, gerade beim Intubieren merkt man erst, dass man das erst nach den ersten zehn [Durchführungen] oder so ganz grob gesagt, sicherer wird, dass das am Anfang nicht klappt und da braucht man da schon eine gewisse Zeit.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Eine Ärztin im ersten Weiterbildungsjahr, 26 Jahre, wünschte sich Intubationssets als Teil der Notfallausstattung in der Praxis. Obwohl sich die erfahrenere Kollegin aus dem vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre, ebenfalls deutlich für das Beherrschen der Intubation aussprach, stellte sie fest, dass meist kein Laryngoskop und Tubus in einer Hausarztpraxis vorhanden sind. Intubieren müsse man nicht zwangsläufig.

„Also ich achte ihn [Weiterbildungsabschnitt Anästhesiologie] schon als sinnvoll und nützlich, vor allem das Notfallmanagement und ähm ja einfach, dass man in der Lage ist, einen Patienten vernünftig zu beatmen. Sei es mit nem Beutel oder auch zur Not auch ner Larynxmaske, wenn man es sich zutraut. Eventuell auch Intubieren, aber da muss man sich schon sicher sein, dass man das auch noch richtig sieht und hinkriegt.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Die Anwendung von Larynxmasken oder -tuben sei ein alternativer Weg der Atemwegssicherung, welcher weniger Sicherheit bei der Durchführung erfordere und mindestens zu beherrschen sei. Die Möglichkeit einer Maske-Beutel-Beatmung wurde nur einmal genannt.

Eine Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr, 35 Jahre, bemerkte, dass die Notwendigkeit einer Atemwegssicherung in einer Allgemeinarztpraxis sehr selten bestünde. Alle Niedergelassenen müssten jedoch regelmäßig das Intubieren üben und das dazugehörige Wissen auffrischen.

„Passiert wahrscheinlich in der Allgemeinarztpraxis äußerst selten, dass man das [Atemwegssicherung] braucht, aber wenn ist es nicht verkehrt, wenigstens einen Larynxtubus platzieren zu könne.“

Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr, 35 Jahre

Die angehenden Hausärztinnen hielten demzufolge das Intubieren im Notfall für sinnvoll und wollten es gerne lernen. Gleichzeitig sahen vor allem die beiden in der

allgemeinmedizinischen Weiterbildung fortgeschrittenen Ärztinnen die Anwendung von Larynxmasken und -tuben als leichter zu erlernende Alternative.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Alle interviewten Anästhesiologinnen und Anästhesiologen hielten das Intubieren durch Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen für unnötig. Zunächst sei das Üben in der kurzen Weiterbildungszeit kaum möglich. Zudem genüge es, wenn ein Arzt oder eine Ärztin im Beisein eines damit Erfahreneren mittels Anreichens des Laryngoskops und des Tubus helfen könne. Das Intubieren würde des Weiteren wieder verlernt werden. Die Anwendung von Larynxmasken oder -tuben wurde von zwei Interviewten als alternative und leichter zu erlernende Fertigkeit für die Atemwegssicherung durch eine Hausärztin oder Hausarzt bewertet.

„Aber es gibt heutzutage eine ganze Reihe von verschiedenen alternativen Atemwegen, die also ohne * ohne größere Übung sag ich mal und ohne größere Fertigkeiten verwendet werden können. Wenn ich da zum Beispiel an den Larynxtubus denke oder an die Larynxmaske, das sind auch Sachen, die aus meiner Sicht auch durchaus in den Notfallkoffer eines Allgemeinmediziners gehören könnten. Damit ist er mit Sicherheit in der Lage auch den Atemweg erstmal zu sichern. Ich sag jetzt mal, dass vielleicht ein geschulter Notarzt oder irgend so was kommt, der das eventuell etwas geübter kann oder besser kann als der Allgemeinmediziner.“

Facharzt für Anästhesiologie, 52 Jahre

Auch die Möglichkeit einer Maskenbeatmung als nichtinvasives Atemhilfsmittel wurde von der Hälfte der Anästhesiologinnen und Anästhesiologen als geeignet für die notfallmedizinische Erstversorgung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner dargestellt. Das Halten einer Maske sollte erlernt werden.

Dementsprechend empfahlen die interviewten Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie für die notfallmäßige Beatmung die Nutzung von Larynxmasken oder -tuben, ggf. Maske-Beutel-Beatmung im allgemeinmedizinischen Setting. Das Erlernen von Intubationen im anästhesiologischen Abschnitt der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sei nicht sinnvoll.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Fünf der sieben Interviewten hielten das Erlernen der Intubation für wichtig. Intubieren gehöre zur notfallmedizinischen Versorgung dazu. Außerhalb von Reanimationstrainings hätten allgemeinmedizinisch Tätige keine Möglichkeit dies zu üben.

„Ja, also dieses Machen, das würde ich mir schon wünschen. Oder hätte ich mir gewünscht in meiner Ausbildung. Das hab ich letztendlich nur dann im Rahmen dieser Notarztausbildung² gehabt, dass man mal intubieren durfte oder ähnliche Sachen.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, 41 Jahre, hatte bisher noch keine Intubation an einem Menschen durchgeführt. Sie ging davon aus, dass es bei vielen Kolleginnen und Kollegen ebenso sei. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt habe es selten mit „klassischen Notfällen“ zu tun. Dies wiederum mache die Notwendigkeit und somit regelmäßige Anwendungsmöglichkeit, Patientinnen und Patienten im allgemeinmedizinischen Setting zu intubieren, unwahrscheinlich. Die Allgemeinmedizinerin wünschte sich zusätzlich zu regelmäßigen notfallmedizinischen Fortbildungen mehr praktische Erfahrungen.

„Dass man wirklich mal eine nennenswerte Anzahl von Intubationen auch gemacht hat, in der Ausbildung. (...) Und ich würde natürlich mich darum reißen, ein paar Leute zu intubieren. Damit man das Gefühl dafür bekommt und dafür fit ist.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 41 Jahre

Im Gegensatz dazu schätzte ein Allgemeinmediziner das Üben von Intubationen durch Ärztinnen und Ärzte in allgemeinmedizinischer Weiterbildung als unethisch ein. Da das Erlernen der später nicht benötigten Fähigkeit einer Lernkurve folge, würden eventuell unnötig Fehler an Behandelten begangen.

„Weil wir werden es später nicht machen, haben aber eine Lernkurve und werden vielleicht im Krankenhaus jemandem unnötig weh tun oder unnötig lange rumstochern bis wir es geschafft haben.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Des Weiteren sah der interviewte Allgemeinmediziner in der Intubation durch Ungeübte eine Patientengefährdung. Invasive Prozeduren sollten nur durch Personen durchgeführt werden, die regelmäßig die jeweilige Fertigkeit anwenden und anwenden werden. Intubieren spiele für hausärztlich Tätige keine Rolle, sie trainierten diese Fertigkeit nicht ständig und gingen somit ein unnötiges Risiko bei einem Versuch ein.

„Und dazu kommt dann, dass so Dinge wie Intubieren, also selbst wenn ich das mal gelernt habe, wenn man das nicht ständig trainiert, also ich hab zum letzten Mal vor acht Jahren jemanden intubiert, und ich würde es einfach nicht mehr machen, weil mit die notwendige Geschicklichkeit dazu fehlt. Und das ist bei JEDEM Hausarzt so. (...) weil das [Intubieren] eben halt eine technische Fertigkeit ist, (...) die man sozusagen immer wieder machen muss, sonst verliert man die. Und heute würde ich einen

² Die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin in MV beinhaltet unter anderem sechs Monate in der Intensivmedizin oder Anästhesiologie, eine 80 Stunden Kurs-Weiterbildung und 50 Notarzteinsätze unter Anleitung (davon bis zu 25 in Simulationskursen). (21)

Patienten gefährden, wenn ich versuchen würde, den zu intubieren. Abgesehen davon, dass wir auch heute wissen, dass nicht-invasive Beatmungsmethoden genauso sicher und so gut sind, ja.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Die Möglichkeit, nicht-invasive Atemhilfsmittel anzuwenden wurde von einer Hausärztin und einem Hausarzt erwähnt. Mehrheitlich wurde sich von den allgemeinmedizinischen Interviewten mehr Sicherheit in der Durchführung der invasiven Atemwegssicherung, der Intubation, für den Notfall gewünscht.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Dass Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im Notfall fähig sein sollten, die Atemwege zu sichern, wurde ausnahmslos als wichtig bezeichnet. Abhängig von der Spezialisierung bewerteten die Interviewten jedoch die Notwendigkeit verschiedene Beatmungsformen zu beherrschen kontrovers.

Weiterzubildende würden gerne lernen zu intubieren, erachteten gleichzeitig aber auch Larynxmasken und -tuben als sinnvoll. Die Mehrheit der allgemeinmedizinischen Fachärztinnen und Fachärzte hingegen bewerteten allein das Intubieren als gewünschten Standard der Atemwegssicherung. Ein Allgemeinmediziner sah in der Intubation ohne regelmäßige Übung jedoch eine Patientengefährdung. Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie bevorzugten die Maskenbeatmung als notwendige allgemeinmedizinische Fertigkeit. Intubationen sollten besser durch Erfahreneren durchgeführt werden. Larynxmasken und -tuben stellten aus ihrer Sicht eine gute Alternative dar.

5.1.3. Notfallmedizin in der Weiterbildung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Alle drei angehenden Allgemeinmedizinerinnen gaben an, zumindest teilweise Notfallmedizin bereits in der Inneren Medizin bzw. internistischen Intensivmedizin erlernt zu haben. Eine Ärztin im ersten Weiterbildungsjahr, 26 Jahre, wünschte sich zusätzlich zu den Erfahrungen aus der Inneren Medizin und der Zeit in der Anästhesiologie einen notfallmedizinischen Pflichtkurs für Weiterzubildende. Dort sollten Basismaßnahmen, aber auch zum Beispiel der Umgang mit einem Defibrillator trainiert werden. Laut einer Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr, 35 Jahre, sei in Kliniken oft auch das Absolvieren eines Notarztkurses während der Weiterbildung vorgeschrieben.

„Die intensivmedizinische Zeit während der Klinikzeit und dass dann in Kombination mit Notarztkurs und ähm ja den Notarzfahrten dann auch. Da hat man eigentlich in den fünf Weiterbildungsjahren genügend Zeit, um da das Wichtigste zu lernen.“

Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr, 35 Jahre

Darüber hinaus seien sowieso regelmäßige Auffrischkurse für kardiopulmonale Reanimationen empfohlen. Eine Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre, stand weiteren Pflichtkursen oder -seminaren in der Weiterbildung eher kritisch gegenüber. Es sei sinnvoll einen Überblick zu erhalten, jedoch wäre dies mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden und die Notwendigkeit auch von der jeweiligen Weiterbildungsqualität abhängig. Sie habe während ihrer Zeit in der Anästhesiologie viel erlernt bekommen und konnte immer nachfragen. Notfallmedizinische Maßnahmen wie kardiopulmonale Reanimation seien bereits im Studium ausreichend gelehrt und auch simuliert worden.

„Was ich so ein bisschen mitgenommen hab aus der Uni war halt so Reanimation, Notfallmanagement, das wurde doch sehr ausgiebig gemacht und geübt. Das schon. (...) was sicherlich auch irgendwo schon sinnvoll ist, dass wenigstens jeder dieses Notfallmanagement kann. Reanimation. Aber alles Weitere hat man eigentlich hier gelernt, so dass ich das doch eher so// praktisch lernen bringt dann doch mehr auch.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Das Mitfahren bei Notarzteinsätzen wurde von der Weiterzubildenden gewünscht und ursprünglich geplant. Allerdings sei dies aufgrund des kleinen Krankenhauses mit nur wenigen Anästhesiologinnen und Anästhesiologen und angesichts des kurzen Weiterbildungsabschnittes nicht umsetzbar gewesen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Die Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie fokussierten sich bei der Frage, wie Notfallmedizin in der Weiterbildung vermittelt werden könnte, hauptsächlich auf notfallmedizinische Fortbildungen mit Simulationen. Laut eines Anästhesiologen, 52 Jahre, gehöre dies bereits im Studium dazu. Ein Notfallmedizinkurs könne auch während des anästhesiologischen Weiterbildungsabschnittes absolviert werden. Die Fertigkeiten im Notfallmanagement sollten auf jeden Fall regelmäßig wiederholt werden, am besten in Form von Simulationen vor Ort und im Praxisteam. In der Anästhesiologie können neben grundlegenden notfallmedizinischen Fortbildungen auch praktische Erfahrungen erworben werden.

„Es geht ja immer so wirklich, Erkennen von schwerwiegenden Zuständen und die entsprechende Reaktion da drauf. Die der Allgemeinmediziner sicher nicht so von sich aus mitgegeben hat, was man ja LERNEN muss und was ja auch nicht so ganz einfach ist. Aber das ist eben dafür auf jeden Fall was das Fachgebiet Anästhesie mitgeben kann, ne.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Auch das Mitfahren bei Notarzteinsätzen wurde von dieser Fachärztin als hilfreich für allgemeinmedizinisch Tätige eingeschätzt und könne gut organisiert werden. Während der intensivmedizinischen Weiterbildungszeit könne die Ärztin oder der Arzt einen Pieper tragen

und zwischenzeitlich Einsätze begleiten. Ein anderer Facharzt für Anästhesiologie hielt die Hospitation von Notarztdiensten zwar für interessant, aber nicht für wichtig für Weiterzubildende der Allgemeinmedizin.

„Das ist sicherlich nicht verkehrt. Halte ich aber nicht unbedingt für so wahnsinnig wichtig. (...) Die Hausbesuche und so was alles, das macht er ja eigentlich mit, wenn er in der allgemeinmedizinischen Praxis ist. Ja, und ich meine, man muss letztendlich sagen, dass ja viele von den Rettungseinsätzen heutzutage mehr oder weniger dringende Hausbesuche sind. (...) Wer Interesse hat, dem sollte man das nicht verwehren, aber das würde ich momentan nicht zwingend in äh da reinschreiben, muss ich jetzt mal sagen, ins Ausbildungscurriculum.“

Facharzt für Anästhesiologie, 52 Jahre

Der Facharzt für Anästhesiologie würde sich zwar mehr anästhesiologische Weiterbildungszeit als drei Monate wünschen um unter anderem eine Beteiligung am Rettungsdienst umsetzen zu können. Allerdings seien bei insgesamt begrenzter Weiterbildungszeit andere Fachgebiete für die Allgemeinmedizin relevanter.

Dass die Arbeit im Schockraum für allgemeinmedizinische Weiterzubildende interessant sein könne und helfe, Berührungsängste in einer Notfallsituation zu reduzieren, äußerte ein anderer Facharzt für Anästhesiologie, 53 Jahre. Eigenständiges Arbeiten dort zu ermöglichen sei bei dem kurzen Weiterbildungsabschnitt aber nicht möglich.

Für Anästhesiologinnen und Anästhesiologen standen regelmäßige, praxisnahe notfallmedizinische Fortbildungen im Mittelpunkt. In der Weiterbildung könnten allgemeinmedizinische Weiterzubildende bei Hospitationen in verschiedenen anästhesiologischen Settings praktische Erfahrungen erwerben.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Die Behandlung in Notfallsituationen könne zufolge zwei interviewter Fachärzte für Allgemeinmedizin teilweise auch in der internistischen Notaufnahme oder ITS erlernt werden.

Eine Hausärztin mit zuerst erworbenem Facharztstatus für Anästhesiologie zweifelte jedoch stark daran, ob anästhesiologische Inhalte wie Kreislaufversagen in der Inneren Medizin erlernt werden können. In diesem Zusammenhang wurde von dieser Allgemeinmedizinerin auch die Medikamentengabe im Notfall, Auflage von Elektroden bei der Defibrillation und Maskenbeatmung aufgezählt. All dies lerne man in nur drei Monaten anästhesiologischer Weiterbildung nicht.

Notfallmedizinkurse wurden von der Hälfte der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner empfohlen. Diese könnten laut zweier Hausärzte unabhängig der Anästhesiologie für die allgemeinmedizinische Weiterbildung organisiert werden.

„Und das ist sinnvoll und da kann der Weiterbildungsassistent auch teilnehmen, aber dass das jetzt in der Anästhesie stattfinden muss * Also das ist ja ein TAGESkurs oder ein Wochenendkurs. Deswegen brauch man ja keine drei Monate in die Anästhesie gehen. Das sollte lieber die Ärztekammer organisieren, dass das integriert in der Weiterbildung stattfindet, aber das muss nicht in der Anästhesie stattfinden.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Andererseits könne ein Notfallmedizinkurs auch in den anästhesiologischen Abschnitt der allgemeinmedizinischen Weiterbildung integriert und mit Hospitationen von Notarzteinsetzungen kombiniert werden.

„Und dann denke ich, macht es Sinn, wenn der angehende Hausarzt auch auf einem Rettungswagen eine Zeit MITfährt. Nicht allein verantwortlich, aber mitfahren. (...) Ich find das sehr wichtig.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 45 Jahre

Das Mitfahren bei Notarzteinsetzungen wurde von fast allen allgemeinmedizinisch Tätigen als Erfahrungsgewinn befürwortet. Weiterzubildende könnte so der Unterschied zum kassenärztlichen Notdienst deutlich werden und sie würden mit Grenzsituationen konfrontiert werden. Andererseits müsse laut eines anderen Allgemeinmediziners, 43 Jahre, eine Hausärztin oder ein Hausarzt keine Notarzteinsetzungen durchführen und in den Bereitschaftsdiensten sehe er keine akut lebensbedrohlichen Notfälle. Fahrten mit dem Notarztwagen seien außerdem nur etwas für Fortgeschrittene. Weiterzubildende seien nun mal Anfänger.

Durchgehend sprachen sich die allgemeinmedizinischen Fachärztinnen und Fachärzte für regelmäßige notfallmedizinische Fortbildungen aus. Die Kurse sollten kurze Erläuterungen einschließlich der aktuellen Literatur, Simulationen an modernen Puppen und Übungen häufiger Notfälle unter möglichst realen Bedingungen beinhalten. Am besten wäre ein Training gemeinsam im Praxisteam.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Während sich die angehenden Hausärztinnen divergent äußerten in Bezug auf zusätzliche notfallmedizinische Pflichtkurse, sprachen sich Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie und Allgemeinmedizin insgesamt dafür aus. Die Notfallmedizinkurse könnten je nach Einstellung der Interviewten zum anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt in diesen integriert werden oder auch unabhängig davon stattfinden. Notfallmedizinische Fortbildungen sollten auch nach der Weiterbildung regelmäßig wiederholt werden, praktische Simulationen enthalten und am besten zusammen mit dem Praxisteam durchgeführt werden.

Überwiegend sahen die Weiterzubildenden, die Allgemeinmedizinerinnen und die Allgemeinmediziner bereits in der Notaufnahme oder Intensivstation der Inneren Medizin eine

Möglichkeit, Notfallmedizin zu erlernen. Das notfallmedizinische Wissen könne laut einiger Anästhesiologinnen und Anästhesiologen und einer Ärztin in Weiterbildung gut in der Anästhesiologie praktisch vertieft werden. Hospitationen von Notarzteinsätzen könnten dabei hilfreich sein, sollten für allgemeinmedizinisch Tätige aber nicht vorgeschrieben werden. Diese sahen jedoch gerade bei dem Mitfahren auf einem Notarztwagen größtenteils einen Erfahrungsgewinn.

5.2. Anästhesievorbereitung

5.2.1. Präoperative Risikoevaluation und Anpassung der Medikation

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Eine der drei angehenden Hausärztinnen thematisierte präoperative Vorbereitungen. In der Anästhesiologie käme Weiterzubildenden die Aufgabe zu, die Prämedikationsgespräche und Narkoseaufklärungen zu führen. Dabei solle unter anderem auf bestimmte Laborwerte der Patientinnen und Patienten geachtet und Medikamenteneinnahmen kontrolliert werden. Antikoagulanzen und Antidiabetika müssten ggf. umgestellt oder abgesetzt werden.

„Also wichtig finde ich, (...) dass die Zuckertabletten ganz häufig vergessen werden, abzusetzen. Vorher. Dass die Blutverdünner nicht abgesetzt werden. (...) und dann mussten wir die wieder nach Hause schicken. (...) Grad bei einer Spinalanästhesie, wenn die Gefahr besteht, dass da im Rückenmarkskanal was einblutet, dann muss das definitiv und sicher und hundertprozentig abgesetzt worden sein. Also das ist immer relevant.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Eine präoperative Anpassung der Medikation sei für die spätere hausärztliche Arbeit von Bedeutung.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Die interviewten Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie schätzten präoperative Vorbereitungen für die hausärztliche Arbeit als relevant ein. Zu einer Risikoevaluation vor einer Operation gehörten gemäß den meisten anästhesiologisch Tätigen eine Anamnese und eine klinische Untersuchung. Zusätzlich kämen je nach zu behandelnder Person und geplantem Eingriff laborchemische Untersuchungen, EKG und bildgebende Verfahren in Betracht.

„Letztlich ist ja in der Anästhesiologie das, was man hier lernen kann Schweregrade von Erkrankungen einzuschätzen, in dem ja vor allem in der präoperativen Vorbereitung mit Patienten spricht, sich

Patienten anguckt. Man findet Risikogruppen heraus und kann ungefähr einschätzen, inwieweit wirkt sich das jetzt auf größere operative Eingriffe zum Beispiel aus.“

Facharzt für Anästhesiologie, 42 Jahre

Eine niedergelassene Anästhesiologin hielt die Einschätzung der Narkosefähigkeit durch allgemeinmedizinisch Tätige für schwierig. Dies sei die Aufgabe der Anästhesiologinnen und Anästhesiologen, die die Narkosen durchführen.

Fast alle Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie wiesen auf notwendige präoperative Medikamentenanpassungen hin. Dabei müsse die Umstellung bestimmter Antikoagulanzen genauso beachtet werden, wie unkritisches Absetzen von Thrombozytenaggregationshemmer vermieden werden muss. Die Entscheidung darüber fiel oft interdisziplinär.

„Genau so, was die ganze// das ganze Management der Gerinnungshemmung anbetrifft, das wird auch vom Allgemeinmediziner erwartet. Da spielen natürlich auch verschiedene Fachrichtungen eine Rolle. Ähm * da muss er Bescheid wissen.

Facharzt für Anästhesiologie, 52 Jahre

Auch Antidiabetika müssten präoperativ durch hausärztlich Tätige gegebenenfalls pausiert werden können.

Weiterzubildende der Allgemeinmedizin könnten laut Anästhesiologinnen und Anästhesiologen bei ihnen lernen, Risiken für Patientinnen und Patienten abzuwägen. Des Weiteren sollten hausärztlich Tätige die präoperativ notwendigen Umstellungen von Antikoagulanzen und Antidiabetika beherrschen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Alle Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bis auf einen beurteilten das Beherrschen des präoperativen Managements als relevant bis wichtig. Sie sahen sich im hausärztlichen Alltag in der Lage, präoperativ das kardiopulmonale Risiko der Patientinnen und Patienten klinisch einzuschätzen. Eine Allgemeinmedizinerin mit erster Facharztweiterbildung für Anästhesiologie beschrieb die Vorstellung von Patienten in der Prämedikationssprechstunde wie bei einer ambulanten Vorstellung. Zur Risikoevaluation zähle neben Anamnese und Untersuchung gegebenenfalls auch die Durchführung von EKG, Laboruntersuchungen, Röntgen des Thorax und Lungenfunktionstests.

„Also da wird dann vom Hausarzt äh erwartet, dass er ein EKG macht, dass er bestimmte Laborwerte, die auf dem Zettel stehen, abnimmt. Den Patienten untersucht und ein zusammenfassendes Urteil abgeben soll. Narkosefähig ja oder nein. (...) Also das liegt dann sozusagen komplett in der Hand des Hausarztes. Der Narkosearzt guckt dann zwar nochmal drauf, aber *ähm eigentlich ist das mein Job.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 41 Jahre

Eine Fachärztin und ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit jeweils akademischer Tätigkeit waren der Meinung, dass unnötige präoperative Diagnostik vermieden werden könnte. Als Beispiel wurden Patientinnen und Patienten genannt, bei denen eine ambulante Kataraktoperation geplant wurde. Diese benötigten kein präoperatives Management und somit auch keine Untersuchung bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt.

„Das ist ja so die Schnittstelle, die am spannendsten ist, weil dort entstehen aus meiner Sicht schon äh Über- oder Unter- oder Fehlversorgung und wenn ich weiß, welche Operation ansteht, wie ich den Patienten am besten vorbereite und äh mit diesen Lügen, dass zum Beispiel jeder über 35 ein EKG braucht vor dem Eingriff und nen Röntgenthorax ähm, aufräume.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Die Allgemeinmedizinerin und der Allgemeinmediziner zählten auch die präoperative Medikamentenanpassung, insbesondere der Antikoagulation, zu den hausärztlichen Tätigkeiten. Von den meisten anderen Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin wurde dies nicht thematisiert.

Die interviewten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner nahmen das präoperative Management einschließlich Risikoevaluation durch Anamnese, klinische Untersuchung und ggf. weiterer Diagnostik sowie Anpassung der Medikation als ihre Aufgabenbereiche an. Ungerechtfertigte Untersuchungen im Rahmen von OP-Vorbereitungen sollten vermieden werden.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Soweit das Thema präoperative Risikoevaluation und Medikamentenanpassung zur Sprache kam, schätzten alle Interviewten diese Fähigkeiten als relevant für die hausärztliche Tätigkeit ein. Dazu gehöre neben Anamnese und klinischer Untersuchung ggf. weitere Diagnostik. Bei der Patientenvorstellung sei auf eventuell notwendige Umstellungen von Antikoagulanzen und Antidiabetika zu achten.

Das Einschätzen eines Patientenrisikos könne laut Anästhesiologinnen und Anästhesiologen während der anästhesiologischen Weiterbildungszeit erlernt werden. Eine Fachärztin für Anästhesiologie zählte die Beurteilung der Narkosefähigkeit im Gegensatz zu den Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin jedoch nicht zu den hausärztlichen Aufgaben. Auf eine bessere Abstimmung der präoperativen Diagnostik auf zu Behandelnde und Operation wiesen eine Allgemeinmedizinerin und ein Allgemeinmediziner mit akademischer Tätigkeit hin.

5.2.2. Die allgemeinmedizinische Praxis als Schnittstelle zur Klinik

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Zwei der interviewten Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung wollten ihre Patientinnen und Patienten auf den Klinikbetrieb vorbereiten können. Es sei gut, wenn eine Allgemeinmedizinerin oder ein Allgemeinmediziner auf Fragen zu den perioperativen Abläufen und ggf. zu Operationen antworten könne. Während der Rotation in die Anästhesiologie könnten Weiterzubildende sehen, welche Anästhesietechniken wie und für welche Operationen angewendet werden.

„Also wichtig ist einmal, dass man die verschiedenen Narkoseverfahren kennen lernt und auch Regionalanästhesien, weil man ja meistens in der Praxis schon mal den Patienten so ein bisschen darauf vorbereitet, was ihn überhaupt im Krankenhaus erwartet. (...) Dann wie überhaupt ne ITS abläuft.“

Ärztin im ersten Weiterbildungsjahr, 26 Jahre

Hausärztlich Tätige sollten aus Sicht der angehenden Allgemeinmedizinerinnen auch wissen, dass verschiedene Krankenhäuser zu unterschiedlichen Techniken der Anästhesie wie zum Beispiel eher zu Inhalationsnarkosen oder Regionalanästhesien tendieren. Auch für typische Komplikationen verschiedener Anästhesietechniken, die bei der anschließenden Betreuung der Operierten beachtet werden sollten, könne die anästhesiologische Zeit sensibilisieren.

Die Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung wollten ihre Patientinnen und Patienten umfassend zu Klinikabläufen und Fragen rund um eine Operation beraten können.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Eine Anästhesiologin wünschte sich, dass Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner ihre Patientinnen und Patienten für eine Operation bzw. Anästhesie „bahnen“. Mittels Vorabinformationen durch die betreuende Hausarztpraxis über beispielsweise Regionalanästhesien könnten Ängste reduziert werden. Weitere Einzelheiten könne die Anästhesiologin oder der Anästhesiologe anschließend erklären.

„Ein Allgemeinmediziner, der bereitet ja seine Patienten quasi auf alles vor. Er sitzt ja an der Basis. Und je besser ein Patient natürlich durch einen Allgemeinmediziner betreut und auch gelenkt ist, umso besser läuft es äh im weiteren Verlauf, egal wo er hin geht.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Eine niedergelassene Fachärztin für Anästhesiologie erhoffte sich mehr fachübergreifendes Denken von allgemeinmedizinisch Tätigen beim Zuarbeiten von Befunden. Für eine geplante Anästhesie müssten bei bestimmten Erkrankungen genauere Angaben zur Diagnosestellung, Verlauf und ggf. aktuelle Diagnostik aufgeführt werden.

„Zum Beispiel Myasthenia gravis oder sowas. (...) Denn wir stehen ja dann da und sagen, gut ok, der Doktor hat das jetzt hier so aufgeschrieben, wo wissen wir, dass das so ist. Hat er schon mal was gehabt, hat er ne Narkose gehabt, gab es Besonderheiten dabei. (...) Bisschen komb// dieses kombinierte Denken, dieses ne fachübergreifende sagen wir ja mal dazu.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 52 Jahre

Die hausärztliche Beratung der Patientinnen und Patienten über eine geplante Operation bzw. Anästhesie beeinflusse gemäß einer interviewten Anästhesiologin den weiteren Krankheitsverlauf. Eine andere, niedergelassene Kollegin betonte die Bedeutung des kombinierenden Denkens zwischen Allgemeinmedizin und Anästhesiologie bei der präoperativen Vermittlung von Befunden.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Fast alle Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sahen die präoperative Patientenberatung als eine ihrer Aufgaben an. Zu den Konsultationsthemen zählten neben perioperativen Abläufen und Organisation des Klinikbetriebs auch Anästhesietechniken und ihre Komplikationen. Die Hausärztin oder der Hausarzt sei eine Vertrauensperson, auch bei anästhesiologischen und chirurgischen Fragen.

„Also ich denke, dass ein zukünftiger Hausarzt das Wissen über verschiedene Narkosetechniken haben sollte. Also, dass er weiß, was ist eine Vollnarkose, Teilnarkosen zum Beispiel Plexusanästhesien und so weiter. Dass er das weiß, wie die durchgeführt werden, welche möglichen Komplikationen es dabei geben kann, damit er den Patienten beraten kann.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 45 Jahre

Dass allgemeinmedizinisch Tätige relevante Vorbefunde mitgeben, erwähnte nur eine Hausärztin. Mit Hilfe der anästhesiologischen Weiterbildungszeit könne die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert werden.

„Also dass man Hand in Hand aufklären kann und für den Patienten das Optimum findet. Dass man auch mit den Anästhesisten die gleiche Sprache spricht und für den Patienten das Beste herausfindet.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Die Kenntnis über anästhesiologische Arbeit ermögliche ein prä- und poststationäres Patientenmanagement. Es sei laut dieser Allgemeinmedizinerin wichtig zu wissen, „welche Komplikationen bei welchen Erkrankungen eine Anästhesie erschweren können“. Sie beschrieb ein fachübergreifendes Denken zwischen der Allgemeinmedizin und Anästhesiologie. Postoperativ könne die Hausärztin oder der Hausarzt beispielsweise auf Heiserkeit nach Intubation und auf die Schmerztherapie eingehen.

Eine andere Fachärztin für Allgemeinmedizin ging auf das Rehabilitationspotenzial von Patienten ein, welches bereits präoperativ berücksichtigt werden sollte. Nach der Operation

müsse unter anderem eine physiotherapeutische Nachsorge organisiert und auf Anämien geachtet werden.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin wollten ihre Patientinnen und Patienten gut für eine geplante Operation einschließlich Vor- und Nachbereitung beraten können. Eine Allgemeinmedizinerin sprach sich für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit aus.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Die interviewten Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung wollten umfangreiche Kenntnisse zu präoperativen Abläufen, Anästhesietechniken und möglichen Komplikationen erwerben. Dies stand im Einklang mit den Vorstellungen der anästhesiologischen und allgemeinmedizinischen Fachärztinnen und Fachärzte. Hausärztlich Tätige seien Vertrauenspersonen, welche die Patientinnen und Patienten von der präoperativen Vorbereitung einschließlich Beratung zu verschiedenen Anästhesien bis zur postoperativen Nachsorge begleiten. Beide Facharztgruppen schätzten die interdisziplinäre Zusammenarbeit, um ihre Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen.

5.2.3. Perioperative Abläufe in der Weiterbildung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Eine angehende Hausärztin habe in den anästhesiologischen Patientenvorstellungen vor einer Operation am meisten über Anästhesievorbereitung gelernt. Sie sei viel für diese Konsultationen zuständig gewesen. Des Weiteren seien Gespräche mit den Fachärztinnen und Fachärzten für Anästhesiologie während der Narkosen und Erfahrungen aus der Chirurgie für die Patientenberatung hilfreich.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Laut einer interviewten Anästhesiologin würden allgemeinmedizinische Weiterzubildende unter fachärztlicher Begleitung in den Klinikalltag mit einbezogen. Sie schlug vor, dass zu Operierende von den ersten vorbereitenden Gesprächen über die Narkose bis zur postoperativen Betreuung begleiten werden sollten.

„Aber da, glaube ich, dass man Komplexität der Fälle wirklich nur lernt, wenn man vom Anfang bis zum Ende auch zum Beispiel Patienten verfolgt. Nicht nur "Jetzt gehen wir mal da hin und gucken uns das an, jetzt machen wir mal dies", sondern besser verinnerlichen lässt sich das natürlich wirklich, wenn man tatsächlich das, was man vorher bespricht während der Narkose aufarbeitet: Was haben wir jetzt hier? Was müssen wir berücksichtigen? Und genauso natürlich in der postoperativen Phase.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Die betreuenden Anästhesiologinnen und Anästhesiologen sollten ihre Arbeitsweise erklären, wofür sie sich hoffentlich Zeit nehmen können. Das Studium von Leitlinien gehöre für die Weiterzubildenden ebenfalls dazu.

Ein Facharzt für Anästhesiologie, 52 Jahre, sah die perioperative Patientenbetreuung als interdisziplinäre Aufgabe an. Die Anforderungen im Rahmen einer OP-Vorbereitung an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte würden zunehmen. Durch die operativen Fachgebiete könnten allgemeinmedizinische Weiterzubildende diesbezüglich mehr lernen als in der Anästhesiologie.

Zusammenfassend war für eine Anästhesiologin eine gute allgemeinmedizinische Weiterbildung im Klinikalltag unter anästhesiologischer Aufsicht gewährleistet, wenn Patientinnen und Patienten über ihren gesamten Verlauf begleitet wurden und Leitlinien mit einbezogen wurden. Ein anderer Facharzt für Anästhesiologie sah in den operativen Fachgebieten größeres Potenzial zum Erlernen einer perioperativen Patientenversorgung.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Durch Hospitationen von Prämedikationsgesprächen und Narkosen könne laut einer Fachärztin und eines Facharztes für Allgemeinmedizin das benötigte perioperative Wissen durch Weiterzubildende erlernt werden. Konkret vorgeschlagen wurden etwa 20 anästhesievorbereitende Gespräche oder eine Woche in der Prämedikationssprechstunde.

„Also ich find eben wichtig, dass man, wenn man den Patienten ambulant, so wie wir ihn hier sehen, sieht man ihn ja in der Prämedikation auch. (...) Dass ein Allgemeinmediziner das mit sieht, die Vorbereitung, aber auch den Patienten im OP denn sieht. Was dann auf den Patienten zukommt, ne. Und wenn jemand nie praktisch gearbeitet hat, immer nur theoretisch, der kann sich das nicht vorstellen.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Auch durch das Erleben von Komplikationen während einer Anästhesie könne das Narkoserisiko besser abgeschätzt werden.

Knapp die Hälfte der interviewten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sahen jedoch auch in der Inneren Medizin oder Chirurgie viele Möglichkeiten, sich Inhalte für die perioperative Patientenversorgung anzueignen. In den chirurgischen Fachgebieten könnten Weiterzubildende beispielsweise Erfahrungen sammeln, die Kreislaufbelastung während einer Operation einzuschätzen und einen Einblick in die perioperativen Abläufe erhalten. In der Inneren Medizin könnten Ärztinnen und Ärzte lernen, wie Antikoagulanzen umgestellt werden sollten.

„Und das perioperative Management also das ähm da gibt's ein paar konkrete Probleme und die Sachen, wie die zum Beispiel Antikoagulation oder sonst was angeht – dazu brauch er auch nicht in die Anästhesie gehen, das kann er wunderbar in der Inneren lernen. Oder in seiner Zeit in der Niederlassung.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Laut einiger Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin könne im anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt Wissen über perioperative Abläufe und Risikoeinschätzung vermittelt werden. Andere allgemeinmedizinisch Praktizierende ordneten diese Inhalte der Chirurgie und Inneren Medizin zu.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Um Patientinnen und Patienten perioperativ versorgen zu können, hielten eine Ärztin in allgemeinmedizinischer Weiterbildung, eine Fachärztin für Anästhesiologie, eine Fachärztin und ein Facharzt für Allgemeinmedizin Hospitationen bei Prämedikationsgesprächen und Narkosen für wichtig.

Je eine vertretende Person der drei interviewten Berufsgruppen sah jedoch genauso die Möglichkeit, während des chirurgischen Weiterbildungsabschnittes diese Kenntnisse zu erwerben. Eine Anästhesiologin erwähnte zudem das Lernen durch Leitlinien, ein Allgemeinmediziner zusätzlich das Sammeln von Erfahrungen in der Inneren Medizin und in der allgemeinmedizinischen Niederlassung.

5.3. Anästhesiedurchführungen

5.3.1. Anästhesieverfahren

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Alle drei interviewten Ärztinnen in Weiterbildung sagten, dass hausärztlich Tätige die verschiedenen Anästhesietechniken kennen sollten, um zu Operierende auf eine Narkose vorbereiten zu können. Dazu wurden Lokal-, Regional- und Spinalanästhesien aufgezählt. Eine selbstständige Durchführung von beispielsweise Spinalanästhesien sei jedoch kein Ziel der Weiterbildung.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Ein Fachärztin für Anästhesiologie hielt Narkoseführungen für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner für nicht entscheidend, jedoch das Grundlagenwissen über aktuelle Narkosetechniken und Anwendungsgebiete.

„Also Narkosetechniken, man sollte schon im Grundlegenden wissen, was hat die moderne Anästhesie zu bieten, welche Operationen sind welchen Narkoseformen zugänglich. Denn da hat sich ja doch in den letzten, sagen wir mal naja 20 Jahren doch ne ganze Menge getan.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Einzelheiten würden durch Anästhesiologinnen und Anästhesiologen erläutert werden. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt könne aber Ängste nehmen und zu Operierende beispielsweise erklären, dass sie auch bei Regionalanästhesien schlafen könnten (siehe auch Kapitel 5.2.2. „Die allgemeinmedizinische Praxis als Schnittstelle zur Klinik“).

Ein anderer Anästhesiologe bewertete das Wissen über Anästhesieverfahren für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner als unwichtig.

„Narkose ist einfach// geht nicht, kann man nicht innerhalb dieser Zeit erlernen. (...) Narkose, Sonderformen der Narkose, Spinale, PDK - alles irrelevant für die allgemeinärztliche Tätigkeit.“

Facharzt für Anästhesiologie, 53 Jahre

Bei den Fachärztinnen und Fachärzten für Anästhesiologie herrschte keine Einigkeit darüber, inwieweit Anästhesietechniken in Hausarztpraxen gekannt werden sollten. Jedoch sei eine selbstständige Narkoseführung durch Weiterzubildende der Allgemeinmedizin übereinstimmend nicht zielführend.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Fast die Hälfte der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin zählten mehrere Anästhesieverfahren auf, welche Weiterzubildende kennen lernen sollten. Dazu würden Lokal-, Regional- und Spinalanästhesien sowie Vollnarkosen gehören. Das Wissen über deren Anwendung sowie Vor- und Nachteile bräuchten hausärztlich Tätige, um ihre Patientinnen und Patienten beraten, aber auch um mit anästhesiologischem Fachpersonal besser kooperieren zu können.

„Und das Kennenlernen der einzelnen Anästhesiearten vielleicht noch, weil natürlich der Patient immer den Hausarzt zuerst fragt. Gerade was die Unterschiede angeht: Wann macht man Spinal-, wann macht Peridural- Anästhesie? Wann wird ne Vollnarkose gemacht? (...) Dass man auch mit den Anästhesisten die gleiche Sprache spricht und äh für den Patienten das Beste herausfindet.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Dass Weiterzubildende lernen, selbstständig Narkosen zu führen wurde von der Allgemeinmedizinerin nicht erwartet. Dieser Meinung schloss sich ein anderer Facharzt an. Er schlussfolgerte jedoch daraus, dass ein hausärztlich Tätiger keine Kenntnisse über Anästhesietechniken haben muss.

„Und ich weiß nicht, warum ich als Hausarzt was über Narkosen lernen muss, er wird keine machen. Es ändert sich auch ständig und hat wenig Relevanz für sein praktisches Tun.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Hausarztpraxen würden nur gelegentlich in die Chirurgie einweisen und dann gäbe es andere Fragestellungen zum Beispiel zum perioperativen Management.

Vor allem für die Patientenberatung und interdisziplinäre Kommunikation wurden Kenntnisse über die verschiedenen Anästhesieverfahren von mehreren Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin als hilfreich angesehen. Das Erlernen einer selbstständigen Narkosedurchführung durch allgemeinmedizinische Weiterzubildende wurde nicht erwartet.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Alle interviewten Ärztinnen in Weiterbildung, eine Fachärztin für Anästhesiologie und fast die Hälfte der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin waren der Meinung, dass Weiterzubildende die verschiedenen Anästhesietechniken kennen sollten. Mit diesen Erfahrungen könnten allgemeinmedizinisch Tätige ihre Patientinnen und Patienten bestmöglich auf Operationen beratend vorbereiten. Das selbstständige Führen von Narkosen sei in drei Monaten anästhesiologischer Weiterbildungszeit nicht möglich und nicht nötig.

Je ein anästhesiologischer und allgemeinmedizinischer Facharzt schätzten die verschiedenen Anästhesietechniken als irrelevant für Hausärzte ein.

5.3.2. Anästhesiologische Weiterbildung im OP

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Die angehenden Hausärztinnen sahen in Hospitationen während Narkosen einen Erfahrungsgewinn. Eine Ärztin habe im OP während ihrer anästhesiologischen Weiterbildung am meisten gelernt. Sie habe intubiert, Larynxmasken gelegt, Plexusanästhesien gesehen und viel durch erfahrene Anästhesiologen erklärt bekommen. Thematisiert wurden offene Fragen, Patientenkasuistiken, das Narkosegerät mit Beatmung und Narkoseverläufe.

„Und man sieht dann auch gleich, vor allem im Rahmen einer Operation, wie die Medikamente reagieren, weil die ja am Monitor hängen und da sieht man doch, wie schnell ein Medikament wirkt oder wie lange Atropin doch braucht bis man auch mal einen Effekt sieht.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Somit trüge der anästhesiologische Einblick in den OP nicht nur zur praktischen Anwendung der Anästhesietechniken und Medikamente bei, sondern böte auch Zeit für Nachfragen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Laut drei der vier interviewten Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie seien fachbezogene Gespräche während Narkosen für Weiterzubildende sinnvoll. Grundlagen über Anästhesieverfahren würden im Studium gelernt, praktische Erfahrung aber unterscheide erst „den Weiterbildungsassistenten vom Studenten“. (Facharzt für Anästhesiologie, 53 Jahre). Das vorher in der präoperativen Vorbereitung Besprochene könne während einer Narkose aufgearbeitet werden.

„Dann zum Beispiel Narkoseführung, dass man wirklich mit dem Patienten, den man auch vorhergesehen hat, zum Beispiel im Saal mit anwesend ist während der Operation und dort auch dann vom Anästhesisten quasi gezeigt kriegt: Gucken Sie mal, jetzt haben wir das Problem, das Problem. Wie reagieren wir drauf? Haben wir das erwartet? Haben wir das nicht erwartet?“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Während einer Narkose könne das Beobachten der Vitalparameter wie Sauerstoffsättigung, Blutdruck und Atemfrequenz das Einschätzen der Kreislaufstabilität verbessern.

„Weil Monitoring gehört halt auch zur Narkose (...) Und wenn er sowas [Sauerstoffsättigungsgerät] eben halt kennt und in der Praxis vorhält, dann kann eben in dem Moment, wenn es dem Patienten schlecht geht, das sofort angebracht werden, dann weiß er, aha - es ist sehr kritisch, kritisch oder es geht noch so, dann kann er entsprechend// Also das, das ist das, was ihm auch was bringt für der allgemeinärztliche Praxis.“

Facharzt für Anästhesiologie, 53 Jahre

Mit diesen Kenntnissen könnten hausärztlich Tätige außerdem abschätzen, ob eine weitere Versorgung mit Hilfe des Krankentransports oder durch den Notarzt erfolgen sollte.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie sahen in der Hospitation während Anästhesien einen Kenntniserwerb für allgemeinmedizinische Weiterzubildende in Bezug auf praktische Erfahrungen zu Anästhesieverfahren, Aufarbeitung der Patientenfälle und Einordnen der Vitalparameter.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Über die Hälfte der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin schätzten eine anästhesiologische Weiterbildungszeit im OP als sinnvoll ein. Mit Hilfe der Anästhesiologie sei es möglich, bei verschiedensten Operationen und somit Fachgebieten einen Einblick zu erhalten.

Theoretisches Wissen reiche nicht aus, um sich den Ablauf von Operationen vorstellen zu können. Hausärztlich Tätige müssten wissen, was dabei auf ihre Patientinnen und Patienten zukomme und auch Fragen zu beispielsweise Narben beantworten können. Komplikationen

im Sinne von Zwischenfällen während einer Anästhesie sollten bekannt sein. Dies sei nicht nur für die Patientenberatung, sondern auch für die präoperative Risikoabschätzung relevant.

„Dass man vielleicht auch Narkosezwischenfälle erlebt hat. Und eben die Narkosefähigkeit dann besser beurteilen kann.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Für die Arbeit im OP auf anästhesiologischer Seite wurde ein Zeitraum von zwei Wochen vorgeschlagen. Ein akademischer Facharzt für Allgemeinmedizin war der Meinung, dass das notwendige hausärztliche Wissen über OP-Abläufe auch in der Chirurgie erworben werden könne.

Viele Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner befürworteten eine anästhesiologische Hospitation im OP. Die Schwerpunkte lagen sie nicht nur auf die Anästhesie mit möglichen Komplikationen, sondern auch auf den dadurch gewonnenen Einblick in verschiedenste chirurgische Fachgebiete.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Mehrheitlich wurden von Interviewten Vorteile in der anästhesiologischen Weiterbildung im OP für allgemeinmedizinisch Tätige gesehen.

Laut der angehenden Allgemeinmedizinerinnen sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Anästhesiologie seien Anästhesietechniken und Kreislaufüberwachung praktisch erfahrbar. Durch das Setting im Operationssaal könnten vertiefende fachliche Gespräche zwischen Weiterbildenden und Weiterzubildenden erfolgen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin hingegen schätzten die Gelegenheit, durch die Anästhesie Operationen diverser Fachgebiete beiwohnen zu können. Erlebte Komplikationen während einer Narkose könnten bei der präoperativen Vorbereitung helfen, Risiken besser einzuschätzen.

5.4. Intensivmedizin

5.4.1. Bedeutung der Intensivmedizin für die Allgemeinmedizin

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Zwei Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung sagten, dass Intensivmedizin für sie relevant sei. Sie wollten den Ablauf auf ITS, die Bedienung von Beatmungsmaschinen und dort verwendete Medikamente kennenlernen. Außerdem könne die intensivmedizinische Arbeit ein sicheres Gefühl im Umgang mit lebensbedrohlichen Situationen vermitteln.

„Das gibt einem natürlich einfach für die Arbeit oder für die Zeit, die man in der Klinik verbringen muss, einfach ein Gefühl von Sicherheit, wenn man eben auf der Intensivstation gearbeitet hat und dann die dortigen Notfälle auch handeln kann.“

Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr, 35 Jahre

Es gehe der Ärztin demzufolge um Sicherheit während ihrer Arbeit in der Klinik unabhängig der späteren hausärztlichen Tätigkeit.

Die dritte interviewte Ärztin in allgemeinmedizinischer Weiterbildung schätzte die Arbeit auf ITS als nicht relevant für die spätere hausärztliche Arbeit ein. Sie habe während ihrer eigenen intensivmedizinischen Zeit in der Weiterbildung nicht viel Wichtiges gelernt und sich vor allem um die Dokumentation gekümmert. In Rücksprache mit den Anästhesiologinnen und Anästhesiologen habe sie die Anordnungen von Medikamenten weitestgehend selbstständig führen können.

Angehende Hausärztinnen sahen in der intensivmedizinischen Weiterbildungszeit teilweise die Chance, einen Einblick in die ITS zu bekommen und im Umgang mit lebensbedrohlichen Situationen sicherer zu werden. Eine Ärztin sah aufgrund ihrer Erfahrung in der Weiterbildung keine wichtigen intensivmedizinischen Inhalte für allgemeinmedizinisch Tätige.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Laut einer Fachärztin für Anästhesiologie könnten Weiterzubildende der Allgemeinmedizin auf ITS ihr „Spektrum erweitern“ und den Umgang mit Notfallsituationen lernen (Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre). Ein anderer Facharzt führte im Zusammenhang mit Intensivmedizin das Bewerten von Vitalparametern auf, welches auch allgemeinmedizinisch Tätigen helfen könne, die Kreislaufstabilität von Betroffenen einzuschätzen (siehe auch Kapitel 5.3.2. „Anästhesiologische Weiterbildung im OP“).

Eine Anästhesiologin und ein Anästhesiologe hielten Intensivmedizin für interessant, aber nicht relevant im hausärztlichen Alltag.

„Wir können jetzt sagen, ok, da gibt es in der Häuslichkeit alles Mögliche (...) Das sind dann spezielle Patienten. Da muss man sicherlich auch ne fachliche Anleitung (...) [wie] Sanitätshäuser (...) darum kümmern. Ja, Haus// Heimbeatmung und Ernährung und so was alles. Ich meine, das sind Sachen, die kommen ja nicht primär zum Allgemeinmediziner, sondern die kommen ja, ich sag jetzt mal frühestens sekundär zum Allgemeinmediziner.“

Facharzt für Anästhesiologie, 52 Jahre

Patientinnen und Patienten, die eine ambulante intensivmedizinische Betreuung benötigten, würden demzufolge nicht allein von einer Hausarztpraxis betreut. In der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sollte kein Fokus auf diese eher speziellen Patientenfälle gelegt werden.

Ein Facharzt und eine Fachärztin für Anästhesiologie sahen in der intensivmedizinischen Weiterbildung die Chance, Erfahrungen für Notfallsituationen oder in der Einschätzung der Kreislaufstabilität zu sammeln. Eine andere Anästhesiologin und ein anderer Anästhesiologe schätzten die intensivmedizinischen Inhalte aufgrund ihrer Spezifität als nicht relevant für die hausärztliche Tätigkeit ein.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Über die Hälfte der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin empfahlen, die intensivmedizinische Arbeit, Abläufe und therapeutischen Möglichkeiten kennenzulernen. Dadurch könnten Zusammenhänge, beispielsweise in Arztbriefen, besser nachvollzogen werden. Das Verstehen der Pathophysiologie sei nicht essentiell. Neben dem intensivmedizinischen Verständnis gehe es hauptsächlich um die Beschäftigung mit der Frage der sinnvollen Maximaltherapie. Dies wurde von einer Hausärztin und einem Hausarzt beschrieben und auch als eine Konfrontation mit Grenzsituationen bezeichnet.

„Was tut man noch und was lässt man, also welche Maßnahmen müssen jetzt sein und welche Maßnahmen lässt man bleiben. Also um den Menschen auch ein würdiges Sterben zu erleichtern und da gibt es also sehr viele gute Ansätze, wo man aber dann auch einen Lehrer braucht. Das kann man sich schlecht anlesen, das muss man dann erleben auf Intensivstation. Und dann auch mit den Leuten dort diskutieren, wie man sich dabei fühlt, (...) wovon man das abhängig macht. Dieses „Maschine abschalten“, das klingt viel zu abstrakt.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Auf ITS stürben Menschen und es finde gleichermaßen eine palliative Versorgung statt. Weiterzubildende sollten mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten diskutieren, wovon Entscheidungen zwischen kurativer und palliativer Therapie abhängig seien. Das Ziel sei, den Betroffenen ein würdiges Sterben zu erleichtern, indem man sie vor einer unnötigen Maximaltherapie bewahre. Eine Fachärztin zog daraus die Schlussfolgerung, dass sie als Hausärztin die Patientinnen und Patienten zur Erstellung einer Patientenverfügung animiere. Eine andere Allgemeinmedizinerin hob hervor, auf einer ITS einen Einblick in die Beatmung und Medikamentendosierung erhalten zu können. Des Weiteren bestände dort die Möglichkeit, invasive Fertigkeiten zu üben.

„Da kriegt man in dieser ITS-Zeit natürlich auch Fähigkeiten/ Fertigkeiten, was so bestimmte ähm Dinge angeht, die man sonst als Hausarzt eigentlich nie macht, ne. (...) Das hat man irgendwann mal gesehen, vielleicht im PJ, und dann braucht man das ja nie wieder und das ist weg, nur das könnte man dort auffrischen in der Weiterbildung.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Dazu gehöre die arterielle Blutdruckmessung oder Anlage eines zentralen Venenkatheters. Wie sie selbst äußerte, bräuchten hausärztlich Tätige diese Fertigkeiten jedoch nicht. Dies sagten auch eine weitere Fachärztin und ein Facharzt für Allgemeinmedizin. Der

Allgemeinmediziner betonte, dass es keine technische Sache gäbe, „die ein Hausarzt von einem Anästhesisten lernen“ müsse (Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre). Das Legen von peripheren Venenkathetern sei überall erlernbar und in der hausärztlichen Praxis wenig benötigt. Er schätzte das Erlernen von Fertigkeiten an Patientinnen und Patienten für unethisch ein, wenn sie später nicht benötigt würden (siehe Kapitel 5.1.2. „Atemwegssicherung“).

Zusammenfassend könne in einer intensivmedizinischen Weiterbildung laut der meisten Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin das Verständnis für die dortige Arbeit vertieft werden. Zwei der Interviewten appellierten, sich mit der Frage nach unnötiger Maximaltherapie auf einer ITS am Ende des Lebens auseinanderzusetzen, um Betroffenen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Invasive intensivmedizinische Fertigkeiten benötigten hausärztlich Praktizierende nicht.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin betrachteten intensivmedizinische Erfahrungen überwiegend als wichtig für die hausärztliche Arbeit. Eine Fachärztin und ein Facharzt für Anästhesiologie schlossen sich diesem Standpunkt an. Weiterzubildende könnten einen Einblick in die Abläufe auf ITS und Sicherheit in Notfallsituationen erlangen.

Angehende Hausärztinnen wollten die Arbeitszeit auf ITS für den Erwerb der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin anrechnen können. Laut eines Anästhesiologen sei das Einschätzen der Kreislaufstabilität auf ITS erlernbar. Eine Allgemeinmedizinerin und ein Allgemeinmediziner setzten ihren Fokus während der intensivmedizinischen Weiterbildung auf den Umgang mit Maximaltherapie und Situationen am Lebensende.

Gemäß einer Anästhesiologin und eines Anästhesiologen sei die Behandlung der ITS-Patientinnen und -Patienten allerdings zu speziell und somit nicht relevant für die allgemeinmedizinische Tätigkeit. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin schränkten weiterhin ein, dass dort erlernbare invasive Fertigkeiten in der hausärztlichen Praxis unbedeutend seien.

5.4.2. Intensivmedizin in der Weiterbildung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Zwei Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung halten drei Monate der Weiterbildungszeit auf einer anästhesiologisch geführten ITS für ausreichend. Zusätzlich

könnten Weiterzubildende drei Monate beispielsweise auf einer internistischen ITS arbeiten. Für die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin sei insgesamt ein halbes Jahr Intensivmedizin eine Voraussetzung.

Eine andere Ärztin in Weiterbildung habe auf ITS wenig gelernt und praktisch angewendet. Sie unterschied die ITS in eine unter internistischer und in eine unter anästhesiologischer Leitung. Bei letzterer habe sie vor allem chirurgische Patientinnen und Patienten mit kurzer Liegezeit betreut.

„Dass ich jetzt nicht sagen kann, dass ich da jetzt besonders viel Neues gelernt hab oder wichtiges mitgenommen hab. So viel haben wir eigentlich nicht gemacht, dadurch dass ja die Internistischen hier im Haus doch getrennt sind. Es sei denn, sie sind intubiert und beatmet. Das ist doch ein beschränktes Feld.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Eine intensivmedizinische Weiterbildung durch die Anästhesiologie könnte sie demzufolge nicht empfehlen. Hausärztlich Tätige würden des Weiteren wenig Intensivmedizin anwenden.

Zwei angehende Hausärztinnen hielten eine intensivmedizinische Weiterbildung für sinnvoll, auch hinsichtlich der Anrechnung auf die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin. Eine Ärztin schätzte die Rotation auf eine anästhesiologisch geführte ITS für nicht relevant für ihre spätere Arbeit ein.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Eine Anästhesiologin schlug eine einmonatige allgemeinmedizinische Weiterbildung auf einer ITS vor.

„Weil die Intensivmedizin natürlich noch einem das Spektrum letztlich so ein bisschen erweitert. Und auch viele Dinge, also wie gehe ich wirklich mit Notfallsituationen um, die kann man natürlich auf einer Intensivstation * besser lernen als im OP.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Während der Arbeitszeit auf ITS könnten Weiterzubildende zudem die Zeit nutzen, in dem sie einen Pieper trügen und bei Notarzteinsätzen mitführen.

Ein weiterer Facharzt für Anästhesiologie wendete ein, dass ein selbstständiges Arbeiten auf ITS innerhalb von drei Monaten nicht möglich sei. Er wünschte sich insgesamt sechs Monate in der Anästhesiologie während der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.

Laut eines anderen Anästhesiologen jedoch, hätten Ärztinnen und Ärzte bereits im Studium ein paar Grundlagen erhalten und sollten in der Weiterbildung nicht noch Zeit dafür

aufwenden. Eine Rotation auf ITS wurde von insgesamt einer Fachärztin und einem Facharzt für Anästhesiologie nicht empfohlen.

Insgesamt betrachtet, waren die Sichtweisen der Anästhesiologinnen und Anästhesiologen sehr heterogen. Eine Fachärztin für Anästhesiologie schlug eine einmonatige Rotation auf ITS mit zeitgleicher Bereitschaft für Notarzteinsätze vor. Ein anderer Facharzt empfand die anästhesiologische Weiterbildungszeit von drei Monaten auch bezogen auf die Intensivmedizin für zu kurz. Zwei anästhesiologisch Tätige rieten von einer intensivmedizinischen Hospitation für Allgemeinmediziner ab.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Mehrheitlich empfahlen die Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, auf einer ITS zu hospitieren. Konkret vorgeschlagen wurden zwei Wochen, da man nach Erfahrung zweier Interviewter nichts machen dürfe und nur im Weg stünde. Eine Allgemeinmedizinerin empfahl drei bis vier Wochen ausdrücklich auf einer anästhesiologischen ITS zu arbeiten. Ein anderer Allgemeinmediziner zweifelte, ob angehende Hausärztinnen und Hausärzte überhaupt die Chance bekämen, auf die ITS zu rotieren. Da seien die Möglichkeiten größer, wenn Weiterzubildende für zwei Jahre in der Inneren Medizin seien.

„Abgesehen davon, wie viel Intensivmedizin braucht einer, der später Hausarzt wird, wirklich. (...) Es gibt nichts, was da angeboten wird, was man nicht in der Chirurgie oder Inneren oder in der ambulanten Zeit lernen könnte und es macht nur ein zusätzliches Hindernis.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Wesentliche intensivmedizinische Inhalte könnten also auch in anderen Fachgebieten erlernt werden und würden keine Pflichtweiterbildung in der Anästhesiologie rechtfertigen. Ein anderer Allgemeinmediziner schloss sich der Meinung an, dass relevante Inhalte während der internistischen Weiterbildung auf der dazugehörigen ITS oder besser noch in einer interdisziplinären Notaufnahme erlangt werden könnten. Intensivmedizinisches Arbeiten sei für Weiterzubildende der Allgemeinmedizin vergeudete Zeit.

Demzufolge wurde von mehreren Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin eine intensivmedizinische Hospitation in der Weiterbildung befürwortet. Die Dauer sollte zwischen zwei bis zu vier Wochen liegen. Einmal wurde vornehmlich eine ITS unter anästhesiologischer Leitung empfohlen. Zwei Hausärzte hielten eine Rotation auf eine ITS für nicht sinnvoll. Die relevanten Inhalte könnten ebenso in der Inneren Medizin und in einer Notaufnahme angeeignet werden.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Über die Notwendigkeit, Weiterzubildende der Allgemeinmedizin auf eine ITS rotieren zu lassen, gab es unter den interviewten Ärztinnen und Ärzten keine Meinungstendenz.

Zwei Ärztinnen in Weiterbildung sahen in der intensivmedizinischen Zeit die Chance eine Voraussetzung für die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin zu erfüllen. Anästhesiologinnen und Anästhesiologen schlugen einen Monat auf ITS mit Fahren von Notarzteinsätzen oder sechs Monate für ein selbstständiges Arbeiten vor. Allgemeinmedizinisch Tätige empfahlen zwei bis vier Wochen intensivmedizinischer Hospitation.

Genauso viele Interviewte sahen insgesamt keinen relevanten Nutzen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auf einer ITS. Zwei Allgemeinmediziner verwiesen auf die Innere Medizin oder Chirurgie.

5.5. Schmerztherapie

5.5.1. Bedeutung und Inhalte der Schmerztherapie für die Allgemeinmedizin

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Von zwei der interviewten Ärztinnen in Weiterbildung wurde Schmerztherapie thematisiert und als relevant für die hausärztliche Arbeit eingestuft.

Eine Weiterzubildende konnte einen Einblick in Plexusblockaden bei chronischen Schmerzen und Anwendung von Lokalanästhetika erhalten. In der Anästhesiologie würden Analgetika höher dosiert und häufiger subkutane oder intravenöse Applikationsmöglichkeiten genutzt werden als in der Inneren Medizin oder Chirurgie.

„Was so ein bisschen auffällig ist, die [Anästhesiologinnen und Anästhesiologen] sind (...) großzügig mit allem. Weil sie, wie sie auch selbst sagen, die Komplikationen händeln können. Wenn sie zu viel geben und der Patient dann doch ateminsuffizient wird, dann können sie mit den Komplikationen umgehen.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Schmerztherapie sei relevant. In der Anästhesiologie könnten Weiterzubildende invasive Schmerztherapien kennen lernen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Schmerztherapie sei laut der interviewten Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie wichtig. Das World Health Organization (WHO)-Stufenschema³ einschließlich stark wirksamer Opiode solle beherrscht werden, Indikationen und Pharmakologie bekannt sein.

„Mit einem bisschen pharmakologischem Hintergrund und (...) von dem Patientenprofil selbst - was KANN ich machen, was darf ich machen, was kann ich miteinander kombinieren.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Einige Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie unterschieden zwischen der Therapie akuter Schmerzen und häufigerer chronischer Schmerzen.

„Akutschmerztherapie muss jeder Arzt können. Können leider kann nicht jeder, aber so die grundlegenden Dinge sollte auch jeder Arzt beherrschen. Chronische Schmerztherapie ist natürlich was völlig ANDERES. Und da ist es sicherlich eher eine Frage, die Patienten rechtzeitig dem Spezialisten zuzuführen, äh wenn man nicht unsinnige Therapien starten will.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 42 Jahre

Ein Anästhesiologe berichtete von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen, welche durch eine jahrelang eskalierte Therapie unter Nebenwirkungen leiden würden. Eine multimodale Therapie unter Einbezug von Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie und Schmerztherapie wird empfohlen.

Ein Teil der anästhesiologisch Tätigen nahmen mit unterschiedlichen Ansätzen Bezug auf eine Analgosedierung. Eine Ärztin sah die Indikation vor allem bei Patienten mit Schmerzexazerbationen.

„Wenn ein Patient jetzt mit erheblichen Schmerzen kommt, ist es ja zum Teil sehr schwierig eine Anamnese zu erheben, weil der Patient überhaupt nicht kooperativ ist aufgrund des Schmerzes, geschweige denn ihn vielleicht klinisch zu untersuchen. (...) insofern sollte man schon ein Grundwissen an Analgetika und auch Sedativa [haben], es müssen ja nicht alle sein, ich glaube, man muss man sich einfach eine Auswahl für sich selber parat legen.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 49 Jahr

Im akuten Fall könnten agitierte oder schmerzgeplagte Patientinnen und Patienten somit durch eine Sedierung untersucht und dementsprechend einer passenden Therapie zugewiesen werden. Vor allem in ländlichen Gebieten müssten Ärztinnen und Ärzte Analgetika und Sedativa in entsprechenden Dosierungen kennen.

³ Schema der WHO über das stufenweise Einsetzen der Schmerzmedikation einschließlich Nicht-Opioiden, Opioiden und Co-Analgetika für Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen. (172)

Wiederum seien Analgosedierungen gemäß einem weiteren Facharzt für Anästhesiologie für kleine ambulante Eingriffe nützlich. Erfahrungen, wie ein Körper auf Benzodiazepine reagiere, könnten in der Anästhesiologie gesammelt werden. Grundkurse dazu wie die der amerikanischen Gesellschaft für Anästhesiologie wären auch für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner wünschenswert.

Ein anderer Anästhesiologe sah keine Indikation für eine Analgosedierung in der allgemeinmedizinischen Praxis. Die dafür benötigte Technik vor Ort und die Ausbildung seien nicht vorhanden, die Durchführung dementsprechend auch nicht empfehlenswert.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie forderten Sicherheit im Umgang mit Schmerzmedikamenten durch alle ärztlich Tätige. Bei der Therapie chronischer Schmerzen sei das Hinzuziehen von schmerztherapeutischen Fachpersonen im Rahmen einer multimodalen Therapie sinnvoll. Analgosedierungen könnten gemäß einer Anästhesiologin und eines Anästhesiologen bei akuten Schmerzen mit Unruhe oder vor kleineren Eingriffen auch durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner angewendet werden. Ein weiterer Facharzt für Anästhesiologie sah dagegen neben fehlender Voraussetzung für die Durchführung auch keine Indikation im allgemeinmedizinischen Setting.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin schätzten die Schmerztherapie durchgehend als relevant bis wichtig nicht nur für die hausärztliche Arbeit ein. Ein fundiertes Basiswissen über das WHO-Stufenschema mit insbesondere NSAR und Opioiden wurde vorausgesetzt.

„Das ich da praktisch anhand des WHO-Schmerzstufenschemas// das nicht als starres Instrument betrachte, aber dass ich in dieser Hinsicht dann damit arbeite und äh verschiedene Verfahren auch nutze. Wenn ich weiß, dass ich mit den üblichen oralen Medikationen zum Beispiel nicht klarkomme, dann transdermale Systeme auch einsetze je nachdem, was gebraucht wird.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 45 Jahre

Bei der Pharmakotherapie sollten auch Kontraindikationen, Applikationsformen, das Vorgehen bei Umstellungen und mögliche Co-Analgetika bekannt sein. Als zusätzliche Therapieoptionen sollten Akupunktur und manuelle Therapie in Erwägung gezogen werden. In der hausärztlichen Praxis würden überwiegend Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen aufgrund muskuloskelettaler Grunderkrankungen betreut werden. Das Ziel sei dabei eine Schmerzlinderung, keine „illusorische“ Schmerzfreiheit (Facharzt für Allgemeinmedizin, 45 Jahre).

Für die allgemeinmedizinische Patientenbetreuung seien Pharmakologiekenntnisse der Analgetika über das WHO-Stufenschema hinaus wichtig.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Alle interviewten Ärztinnen und Ärzte stufen schmerztherapeutisches Wissen als grundlegend für die allgemeinmedizinische Arbeit ein.

Weiterzubildende sahen Vorteile im anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt durch das Kennenlernen invasiver Schmerztherapien. Für allgemeinmedizinische und anästhesiologische Fachärztinnen und Fachärzte stand der sichere Umgang mit Analgetika nach dem WHO-Stufenschema und vor allem in der Behandlung chronischer Schmerzen im Mittelpunkt. Anästhesiologinnen und Anästhesiologen empfahlen ferner eine multimodale Therapie einschließlich Hinzuziehen schmerztherapeutischen Fachpersonen. Wenige anästhesiologisch Tätige sahen in der Analgosedierung eine weitere Therapieoption für die Allgemeinmedizin. Einem anderen Anästhesiologen fehlten dafür die praktischen Voraussetzungen und Indikationen in der hausärztlichen Praxis.

5.5.2. Schmerzmedizin in der Weiterbildung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Eine angehende Hausärztin habe im anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt nicht viel über Schmerztherapie gelernt. Sie habe lediglich einen Einblick in Plexusblockaden, Lokalanästhesien und parenterale Analgesie erhalten.

„Ansonsten würde ich jetzt nicht sagen, dass ich da jetzt so viel mehr gelernt hätte, was ich nicht auch in der Inneren oder Chirurgie mitgenommen hätte. Dass das jetzt son großer Vorteil in der Anästhesie oder Intensivmedizin ist, kann ich jetzt nicht sagen.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Sie habe in mehreren Fachbereichen etwas zur Schmerztherapie erworben, aber wenig davon systematisch.

In der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erfolge der Wissenserwerb über Schmerztherapie somit aus vielen Rotationsabschnitten. Eine Systematik dahinter fehle. In der Anästhesiologie sei der Erfahrungszugewinn gering.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Drei Monate in der Anästhesiologie seien zu kurz, um auch Schmerztherapie zu lehren, zwei Monate mehr Zeit wäre wünschenswert. Das bewusste Einbringen dieser Thematik in den Weiterbildungsabschnitt sei möglich, müsse aber mit dem Gesamtkonzept der Weiterbildung

abgestimmt sein. Schließlich sei Schmerztherapie nicht auf ein Fachgebiet beschränkt und die Weiterbildungszeit insgesamt begrenzt.

„Das ist äh sicherlich berufsbegleitend prinzipiell. Das ist prinzipiell in allen Fachgebieten, die sich mit Patienten beschäftigen, angesiedelt. Da hat man also// Ja, die sind ja nicht losgelöst, Schmerztherapie ist ja nicht los gelöst von anderen Krankheitsbildern.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 52 Jahre

Somit könne diese Thematik fachübergreifend in allen Rotationsabschnitten gelehrt werden.

Des Weiteren könne Schmerztherapie bei schmerzmedizinischen Visiten und Erläuterung grundlegender Konzepte oder durch Hospitationen in Schmerzzambulanzen gelehrt werden.

„Und auch mal Einblick kriegen in Schmerzzambulanzen um zu wissen, welche Möglichkeiten eigentlich noch bestehen um dann auch entsprechend die Patienten weiterzuleiten, damit ihnen eine adäquate Therapie eigentlich auch zukommt, ne.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 52 Jahre

Die medizinische Versorgung einzelner Betroffener könnte somit durch gezieltes Zuweisen zu Spezialistinnen und Spezialisten verbessert werden. Ein Facharzt für Anästhesiologie schlug Seminare mit Falldiskussionen vor.

Insgesamt betrachtet sei eine Vermittlung der Schmerztherapie während des anästhesiologischen Weiterbildungsabschnittes möglich, aber zeitlich knapp. Dieses fachübergreifende Thema müsse im Gesamtkonzept gelehrt werden. Weiterzubildende könnten an schmerztherapeutischen Visiten, Sprechstunden oder Seminaren teilnehmen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin schätzten die anästhesiologische Kollegschaft als gut in der Schmerztherapie ausgebildet ein. Dies sei jedoch kein hinreichender Grund, die schmerztherapeutische Weiterbildung mit der Anästhesiologie zu verbinden. Eine Allgemeinmedizinerin schlug vor, vier Wochen der drei Monate Anästhesiologie in ein Schmerzzentrum, in eine Ambulanz oder auf eine spezielle Station zu rotieren. Die schmerzmedizinische Weiterbildung könne aber auch unabhängig des Weiterbildungsabschnittes erfolgen.

„Im Bereich Schmerzmanagement, die Anästhesisten sind ja oft pharmakologisch sehr versiert und sowas, da gibt es natürlich viele Dinge, die man lernen könnte. Nur (...) ob man das nicht in nem Kurs lernen kann * steht auf nem andern Blatt, ob das drei Monate bei den Anästhesisten sein muss. Wie gesagt, es gibt auch Nicht-Anästhesisten, die im Schmerzmanagement fit sind.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Teilnahmen an Fortbildungen oder einem Kurs wurden von fast allen allgemeinmedizinisch Tätigen zum theoretischen Wissenszuwachs in der Schmerztherapie vorgeschlagen. Auch ein Selbststudium sei möglich. Ein Curriculum könne dazu beitragen, dass alle Weiterzubildenden das Wichtigste lernen.

Die Zusatzweiterbildung für Schmerztherapie sei sehr aufwendig und umfangreich.

„Weil es gibt ja die Schmerztherapieausbildung und die ist natürlich viel übergreifender und das kann ich als fertiger Allgemeinmediziner immer noch nachschieben. Da kann ich die Zusatzbezeichnung erwerben und kann mich da intensiv mit beschäftigen und dann kann ich selber Schmerztherapie machen. Deswegen reicht ein kleiner Einblick in der Weiterbildung erst mal aus.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Bei besonderem Interesse könnten sich Ärztinnen und Ärzte speziell in diesem Gebiet unabhängig der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte befassen. Für den hausärztlichen Alltag sei die Zusatzweiterbildung jedoch unnötig.

Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner empfahlen neben einer Rotation zu schmerztherapeutisch geführten Abteilungen hauptsächlich eine Weiterbildung unabhängig der Anästhesiologie. Wünschenswert wären strukturierte Fortbildungen über die Schmerztherapie.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

In allen interviewten Fachgruppen wurde die Schmerztherapie als interdisziplinäres Gebiet und somit nicht nur in der Anästhesiologie zu erlernend eingeschätzt. Um eine hohe Qualität des erlangten Wissens für alle Weiterzubildende zu erreichen, wünschten sich viele Interviewte ein theoretisches Gerüst in Form von Fortbildungen.

Eine Ärztin in Weiterbildung habe wenig Erfahrung in spezieller Schmerztherapie in der Anästhesiologie erworben. Einige Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie wünschten mehr Zeit für allgemeinmedizinische Weiterzubildende in ihrem Fachgebiet, um eine schmerztherapeutische Weiterbildung zu gewährleisten. Sie verwiesen wie auch eine Allgemeinmedizinerin auf Hospitationen in für Schmerztherapie spezialisierte Abteilungen.

5.6. Palliativmedizin

5.6.1. Bedeutung und Abgrenzung zur Anästhesiologie

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Für eine Ärztin in Weiterbildung sei Palliativmedizin relevant, besonders für in ländlichen Gebieten praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte. Wochenlange Klinikaufenthalte könnten so vermieden werden. Anästhesiologie habe jedoch kaum einen Zusammenhang mit Palliativmedizin. Ambulant würden eher speziell weitergebildete allgemeinmedizinisch bzw. internistisch Niedergelassene die Patientinnen und Patienten betreuen.

Gebietsfachärztinnen und - Fachärzte

Von einem Facharzt für Anästhesiologie wurde die Palliativmedizin im Zusammenhang mit der Schmerztherapie als wichtig für jede Ärztin und jeden Arzt mit Patientenkontakt eingeschätzt.

Ein spezialisierter Facharzt mit palliativmedizinischer Zusatzweiterbildung erklärte, dass die Palliativmedizin aufgrund der fundierten Kenntnisse über Schmerztherapie aus der Anästhesiologie käme. Früher sei die Versorgung der unter Schmerzen Leidenden in anderen Fachrichtungen unzureichend gewesen.

„Also es gibt viele Palliativstationen inzwischen in Deutschland, die zum Beispiel von Allgemeinmedizinern geleitet werden oder von Internisten geleitet werden. Also das ist ein sehr breites Spektrum. Neurologen, weil Neurologen halt auch häufig mit solchen Gebieten zu tun haben. (...) Traditionell war das vielleicht eher an der Anästhesie dran, aber das ist eher momentan eine gegenläufige Bewegung.“

Facharzt mit palliativmedizinischer Zusatzweiterbildung, 43 Jahre

Anästhesiologisch Tätige hätten vor allem die Erstversorgung und das Überleben der Betroffenen im Blick. Das Gesamtbild der Patientin oder des Patienten jedoch hätten nur die Allgemeinmedizin im ambulanten und die Palliativmedizin im stationären Bereich.

Ein Facharzt für Anästhesiologie und ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ordneten Palliativmedizin als wichtig für die hausärztliche Arbeit ein. Ein direkter Zusammenhang mit der Anästhesiologie bestehe derzeit nicht mehr.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Gut die Hälfte der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner stufen Palliativmedizin als relevant für ihre Arbeit ein. Dieses Fach sei eng mit der Schmerztherapie verbunden, befasse sich aber genauso mit anderen Symptomen wie beispielsweise Luftnot oder Übelkeit.

„Und es gibt drei Bereich, die die Anästhesie für sich beansprucht, wo es Überschneidungen gibt mit der Allgemeinmedizin. Das ist einmal die Notfallmedizin, das andere ist die Palliativmedizin und die Schmerzmedizin. Das sind alles Dinge, die also nicht im Kernbereich der Anästhesie stehen.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Es gäbe demzufolge Gemeinsamkeiten zwischen der Anästhesiologie und Palliativmedizin. Ein anderer Hausarzt stellte eine Verbindung zwischen Sterbenden auf Intensivstation und der Palliativmedizin her (siehe Kapitel 5.4.1. „Bedeutung der Intensivmedizin für die Allgemeinmedizin“).

Palliativmedizin sei für die hausärztliche Arbeit relevant und beschäftige sich mit komplexen Symptomen. Es bestehe eine geringe Überschneidung zur Anästhesiologie.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Alle interviewten Ärztinnen und Ärzte, welche die Palliativmedizin ansprachen, schätzten diese als relevant bis wichtig für die allgemeinmedizinische Tätigkeit ein. Der früher bestehende Zusammenhang mit der Anästhesiologie durch die Schmerztherapie bestehe kaum noch.

5.6.2. Palliativmedizin in der Weiterbildung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Eine angehende Allgemeinmedizinerin beschrieb Palliativmedizin als ein spezielles Fachgebiet, welches Fortbildungen benötige. Sie empfahl den Erwerb palliativmedizinischer Kompetenzen vor allem für in ländlicheren Gebieten niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte. Demzufolge sei Palliativmedizin vor allem nach der Weiterbildung und nicht für alle allgemeinmedizinisch Tätige in der Patientenversorgung relevant.

Gebietsfachärztinnen und - Fachärzte

Laut des interviewten Palliativmediziners sollte sich eine Ärztin oder ein Arzt eine „Einstellung erarbeiten, wie [sie oder] er zum Sterben steht“. Dazu gehöre auch eine Reflektion über die eigene ärztliche Rolle mit Bewahrung der Patientenautonomie. Alle allgemeinmedizinisch Praktizierenden sollten in der Lage sein, offen über die Bedürfnisse der Erkrankten und das Sterben zu reden. Das Führen von Gesprächen könne durch Beobachtung, Filmmaterial und Rollenspiele gelehrt werden. Auch Hospitationen in onkologischen oder nephrologischen Ambulanzen und bei Gesprächen mit Angehörigen auf ITS trügen zum Erfahrungsgewinn bei der Mitteilung von schlechten Nachrichten bei.

„Aber ich glaube, das wichtigste Element ist mir einerseits die Gesprächsführung und andererseits vielleicht die// der sichere Umgang mit Betäubungsmitteln, mit Übelkeit, Erbrechen, also zum Beispiel die gastrointestinalen Symptome sind ganz ganz wichtig, die da auftreten können.“

Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, 43 Jahre

Die Verordnung von Opioiden und die Therapie gastrointestinaler Symptome seien weitere wichtige Inhalte für die allgemeine palliative Versorgung.

Um diese Kompetenzen zu erwerben, empfahl der Palliativmediziner drei Monate auf einer Palliativstation verpflichtend in die WBO einzubinden. Auch das Mitfahren mit einem Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in die Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten wäre möglich. Um ambulante Strukturen und die Organisation palliativmedizinischer Versorgung zu vermitteln, schlug er Pflichtseminare nicht nur für das Fachgebiet Allgemeinmedizin vor.

In der späteren hausärztlichen Arbeit bestünde die Chance durch eine Zusammenarbeit mit der SAPV weiter dazu zu lernen.

Dementsprechend seien laut des Facharztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin die Gesprächsführung mit Offenheit über das Sterben, die Therapie mit Opioiden und die Behandlung gastrointestinaler Symptome wesentliche Inhalte für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Er wünschte sich einen dreimonatigen palliativmedizinischen Pflichtabschnitt in der WBO.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Eine Basispalliativversorgung sollten alle allgemeinmedizinischen Weiterzubildenden lernen. Eine Fachärztin und ein Facharzt für Allgemeinmedizin zählten mehrere Symptome auf, welche hausärztlich Tätige behandeln können sollten. Dazu würden nicht nur Schmerzen, sondern auch Müdigkeit, Luftnot, Übelkeit, Verstopfung und psychische Probleme gehören.

Neben der Symptomkontrolle würde auch Wissen über Gesprächsführung, den Umgang mit dem familiären Umfeld und über neurodegenerative Erkrankungen benötigt.

Zu den verschiedenen aufgeführten Lehrkonzepten gehörten Hospitationen für ein bis zwei Wochen in einem Hospiz oder in anderen ambulanten palliativen Pflegeeinrichtungen.

„Hospiz oder irgendwas Vergleichbares. * Es gibt ja auch ähm Pflegeeinrichtungen für Appaliker oder (...) ambulante Pflege für Palliativmedizin gibt's ja auch. (...) Dass die Leute also in so nem ähnlich wie in so einem Heim dann betreut wurden, wurden beatmet, wurden abgesaugt.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Vorgeschlagen wurde auch eine Rotation auf eine anästhesiologisch geleitete Palliativstation um die Anästhesiologie als Pflichtfach in der WBO anrechnen lassen zu können. Der Hausarzt stand jedoch einer dreimonatigen Verpflichtung zur Palliativmedizin in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung kritisch gegenüber.

„Palliativmedizin ist nur ein kleiner Ausschnitt des hausärztlichen Tuns. Und dass man dann von einem fünfjährigen Weiterbildungsausschnitt drei Monate darauf verwendet, das ähm// ob das sinnvoll ist, da hab' ich so meine Zweifel.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Aufgrund des interdisziplinären Charakters der Palliativmedizin könnten Weiterzubildende durch andere Fachbereiche das erforderliche Basiswissen erwerben.

„Also für mich ist die Palliativmedizin eher internistisch, onkologisch und allgemeinmedizinisch besetzt. Und nicht anästhesiologisch.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Palliativmedizin sei auch in einer Hausarztpraxis erlernbar.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin empfahlen, Basiskenntnisse der Palliativmedizin zu erlangen. Diese könnten durch Hospitationen in palliativen ambulanten Pflegeeinrichtungen oder auf einer Palliativstation praktisch vertieft werden, seien aber auch durch andere Fachgebiete erwerbbar.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Der Palliativmediziner und einige Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner empfahlen einen Erwerb von Kompetenzen in der Gesprächsführung. Die Schmerzbehandlung mit Opioiden und die Therapie anderer beispielsweise gastrointestinaler Symptome sollte beherrscht werden. Rotationen in palliative Einrichtungen wurden befürwortet.

Eine angehende Hausärztin schlug palliativmedizinische Fortbildungen unabhängig der Weiterbildung vor. Der Palliativmediziner wünschte sich eine dreimonatige Pflichtzeit in der WBO für Allgemeinmedizin. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sahen die Möglichkeit sich palliativmedizinische Kompetenzen in ihrer Fachrichtung, in der Inneren Medizin oder Onkologie anzueignen.

5.7. Der Weiterbildungsabschnitt Anästhesiologie

5.7.1. Möglichkeiten in der anästhesiologischen Weiterbildung

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Alle interviewten Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung stufen den Weiterbildungsabschnitt Anästhesiologie als sinnvoll ein. Eine Ärztin hob dabei die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Anästhesiologie hervor.

„Und dann letztendlich die Zusammenarbeit interdisziplinär mit den Anästhesiologen, Chirurgen, Internisten - diverse Konzepte, was * Therapie postoperativ und so weiter angeht.“

Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr, 35 Jahre

Die Weiterbildungsinhalte sollten praktisch auf ITS oder im OP unter anästhesiologischer Anleitung vermittelt werden.

„Ich muss sagen, ich hab' eigentlich gefühlt in meinen drei Monaten in der Anästhesie bald mehr gelernt als an der Uni, weil man es einfach mal praktisch gelernt hat, mal praktisch angewendet hat.“

Ärztin im vierten Weiterbildungsjahr, 30 Jahre

Ein gezielter Rotationsplan zum Beispiel in den OP oder auf ITS sei je nach Größe der Abteilung gewünscht. Die Arbeitszeit könne effektiv genutzt werden indem während Narkosen Kasuistiken oder offene Fragen erläutert würden.

Drei Monate Anästhesiologie seien ausreichend für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Weitere drei Monate auf einer internistischen ITS wurden von einer angehenden Hausärztin empfohlen.

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung befürworteten einen dreimonatigen Weiterbildungsabschnitt in der Anästhesiologie, um praktische und interdisziplinäre Erfahrungen zu sammeln.

Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie

Die meisten Anästhesiologinnen und Anästhesiologen schätzten die allgemeinmedizinische Weiterbildung in ihrem Fachbereich als hilfreich ein. Betont wurde die Bedeutung der Notfallmedizin und Schmerztherapie für die Weiterzubildenden der Allgemeinmedizin. Praktische Erfahrungen, welche während des anästhesiologischen Weiterbildungsabschnittes erworben werden könnten, würden dabei erst Ärztinnen und Ärzte von Studierenden unterscheiden (siehe auch Kapitel 5.3.2. „Anästhesiologische Weiterbildung im OP“).

„Es ist weniger eine Frage des Wissens als ne Frage der Anwendung, der praktischen Erfahrung. Also ich glaube also grundsätzlich das, was wir jetzt da besprechen haben Sie ja auch schon während der Vorlesungen gelernt. (...) So einfach die Situation durchlaufen zu haben, damit gearbeitet zu haben. (...) Also online-Kurse halte ich für in dieser Situation begrenzt zielführend.“

Facharzt für Anästhesiologie, 53 Jahre

Nur mit theoretischer Fortbildung seien die anästhesiologischen Kompetenzen nicht erlernbar. Ein Literaturstudium der Leitlinien gehöre aber zu der Weiterbildung dazu.

Eine Rotation in die Anästhesiologie sei erst ab dem dritten oder vierten Weiterbildungsjahr sinnvoll, da zu diesem Zeitpunkt Erfahrungen über Krankheitsverläufe vorhanden seien. Der Arzt empfahl eine Weiterbildung möglichst in der gleichen Region wie in der später geplanten Niederlassung. Die regionalen Leistungsanbieter und Strukturen seien dann bereits vertraut.

Der anästhesiologische Weiterbildungsabschnitt solle gut organisiert sein, um alle relevanten Inhalte vermitteln zu können. Die Weiterbildungszeit insgesamt sei schließlich begrenzt.

„Natürlich kann man sich was anderes wünschen. Ich sag mal ein viertel Jahr Anästhesie, ein viertel Jahr Schmerztherapie, ja und in der Anästhesie meinetwegen ja auch noch Rettungsdienst mitmachen und vielleicht dann auch noch Anästhesie Schrägstrich ein bisschen Intensivmedizin, aber dann haben insgesamt ein halbes Jahr und das halte ich für zu viel. Ja, wenn man sich die Gesamtausbildungszeit ansieht.“

Facharzt für Anästhesiologie, 52 Jahre

Der Facharzt und eine weitere Fachärztin für Anästhesiologie befürworteten und begrenzten die Weiterbildungszeit in ihrer Fachrichtung auf drei Monate. Anästhesiologische Inhalte kämen im hausärztlichen Alltag schließlich nicht am häufigsten vor. Ein anderer Anästhesiologe empfahl sechs Monate in sein Fachgebiet zu rotieren, um nicht nur einen Schwerpunkt setzen zu müssen und zumindest teilweise selbstständiges Arbeiten zu ermöglichen.

Anästhesiologinnen und Anästhesiologen hielten eine Rotation durch allgemeinmedizinische Weiterzubildende in ihr Fachgebiet für sinnvoll. Drei bis einmal sechs Monate Arbeitszeit wurden dafür empfohlen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Etwas über die Hälfte der interviewten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner schätzten den Weiterbildungsabschnitt Anästhesiologie als sinnvoll ein. Durch Hospitationen im OP könnten Weiterzubildende die verschiedensten Erkrankungen und deren mögliche operative Therapien kennen lernen.

„Aber wenn ich nicht übers Tuch geguckt hab und nicht weiß, wie eine Sigmadivertikulitis operiert wird, kann ich die Patienten nicht behandeln. Also ich müsste eigentlich alle Fächer durchlaufen. (...) Und das lernt man nirgendswo besser, weil man da alle Krankheiten hat.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Die Allgemeinmedizinerin zählte Urologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), Augenheilkunde, Dermatologie, Innere Medizin, Pädiatrie und Orthopädie als in der Anästhesiologie erfahrbar auf. Laut einer anderen Fachärztin könnten die Kenntnisse über die verschiedenen Fachbereiche später die interprofessionelle bzw. fachübergreifende Zusammenarbeit erleichtern.

Ein Arzt schlug eine Rotation für acht Wochen zum Mitfahren beim Rettungsdienst bzw. Notarzt, zwei Wochen für Anästhesien und zwei Wochen auf einer Intensivstation vor. Einige hausärztlich Tätige sahen insgesamt drei Monate Weiterbildungszeit in der Anästhesiologie als ausreichend an.

„Es würde mir im Prinzip reichen, ne, weil ich hab ja noch im Kopf, welche anderen Fächer man auch unbedingt gesehen haben soll. Ne, und die fünf Jahre sind dann immer ganz schnell rum.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 42 Jahre

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin schätzte die Anästhesiologie wichtiger als die Chirurgie für die spätere hausärztliche Arbeit ein. Sie wünschte sich einen Weiterbildungsabschnitt von sechs Monaten in der Anästhesiologie.

Viele interviewte Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner empfahlen eine anästhesiologische Weiterbildungszeit für drei Monate. Einmal wurden sechs Monate gewünscht. Kenntnisse über verschiedenste operative Fachgebiete könnten erlangt werden.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Ein Großteil der interviewten Ärztinnen und Ärzte bewertete die Anästhesiologie als einen sinnvollen Weiterbildungsabschnitt der Allgemeinmedizin. Meist wurde dafür eine Dauer von drei Monaten befürwortet.

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung schätzten wie Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie den praktischen Erfahrungsgewinn. Übereinstimmend mit den Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin sahen sie Vorteile für die spätere interdisziplinäre Zusammenarbeit. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bemerkten zudem, dass viele andere operative Fachgebiete durch eine Rotation in die Anästhesiologie kennen gelernt werden könnten.

Einige Interviewte der drei ärztlichen Gruppen gingen auf eine gute Organisation des Weiterbildungsabschnittes ein. Rotationen sollten laut einer angehenden Hausärztin in den OP und auf ITS erfolgen. Anästhesiologinnen und Anästhesiologen legten den Fokus auf den OP, die Notfallmedizin und die Schmerztherapie. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner teilten die jeweils mehrwöchigen Aufgabenbereiche in OP, Notfallmedizin und ITS. Die Arbeitszeit könne durch kollegiale Gespräche effektiv genutzt werden.

5.7.2. Alternativen zur Rotation in die Anästhesiologie

Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung

Alle interviewten Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung sahen Inhalte der Anästhesiologie auch in anderen Fachgebieten. Dazu gehöre die Notfallmedizin in der Inneren Medizin, Intensivmedizin auf einer internistischen ITS und wenige Aspekte auch in der Chirurgie.

Laut einer Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr seien Refresherkurse für Notfallmedizin ohnehin empfohlen. Seminare gäben zwar einen theoretischen Rahmen und würden weitere Nachfragen ermöglichen, seien aber zumindest bei zusätzlichem Zeitaufwand nicht gewünscht.

Die angehenden Allgemeinmedizinerinnen wünschten eine Beibehaltung des zu dem Interviewzeitpunktes noch obligatorischen Weiterbildungsabschnittes Anästhesiologie, sahen aber Überschneidungen mit vor allem der Inneren Medizin. Sie regten regelmäßige Notfallmedizinkurse während der Arbeitszeit an.

Spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte

Für einen Facharzt der Anästhesiologie seien perioperative Patientenbetreuung und Schmerztherapie ebenfalls Inhalte der Inneren Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin. Somit seien diese auch dort erlernbar. Notfallmedizinische Themen müssten laut einer Fachärztin für Anästhesiologie ohnehin in einer allgemeinmedizinischen Praxis erarbeitet werden. Im Notfall sollten die Abläufe und Verantwortlichkeiten festgelegt sein.

„Wenn ich jetzt einen Notfall hab, das ist ja so eine gewisse Abfolge, (...) muss man schon sowas vorliegen haben. Das man sagt, wer ist wofür verantwortlich. (...) Natürlich hat denn immer der Allgemeinmediziner den Hut auf. Der hat das Sagen und der ordnet das an. (...) Aber das sind ja alles die Dinge, die jede Praxis jetzt schon vorliegen haben muss, ne.“

Fachärztin für Anästhesiologie, 52 Jahre

Das notfallmedizinische Management müsste demzufolge vor Ort in der Praxis unabhängig der Anästhesiologie erarbeitet werden.

Weiterzubildende der Allgemeinmedizin würden während der stationären Rotation in die Anästhesiologie mit Inhalten vertraut, die sie später nicht mehr so sehr wissen müssten. Die allgemeinmedizinische Weiterbildung solle sich auf im Alltag notwendige Basiskenntnisse zurückziehen.

„Was wollen wir erreichen? Ja, daran müssen wir ja auch die Zeiträume ein bisschen messen. Ja, und ich sag jetzt mal so, wenn derjenige, der Allgemeinmediziner wird, noch in die Augenklinik, in die HNO geht und hier und da und dort und so weiter, dann hat er sicherlich wesentlich mehr davon als wenn wir jetzt sagen, die Notfallmedizin, Anästhesie und Schmerztherapie, die muss jetzt zeitlich noch weiter ausgedehnt werden.“

Facharzt für Anästhesiologie, 52 Jahre

Andere, kleinere Fachgebiete sollten demnach in der Weiterbildung berücksichtigt werden.

Online durchgeführte Seminare seien nur begrenzt zielführend in der Anästhesiologie. Für beispielsweise Schmerztherapie kämen aber Seminare mit Wechselgesprächen und Falldiskussionen in Betracht.

Der interviewte Palliativmediziner empfahl das Streichen des anästhesiologischen Abschnittes in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Stattdessen sollten lieber drei Monate in der Palliativmedizin vorgeschrieben werden.

Zusammenfassend seien mehrere primär anästhesiologische Themenbereiche auch in anderen Fachgebieten erlernbar. Die allgemeinmedizinische Weiterbildung solle sich auf die in der Hausarztpraxis notwendigen Kompetenzen konzentrieren. Interaktive Seminare und eine größere Berücksichtigung anderer Fächer wurden vorgeschlagen. Der Palliativmediziner wünschte einen Austausch des Abschnittes Anästhesiologie gegen Palliativmedizin.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin

Fast die Hälfte der interviewten Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sah in der Anästhesiologie einen unnötigen Weiterbildungsabschnitt. Andere Fachgebiete, wie Innere Medizin oder Psychiatrie seien sinnvoller für die spätere hausärztliche Tätigkeit.

„Und das Problem ist, denke ich, also dass dieser Schwerpunkt Anästhesie dann so gesetzt wird, dass man versucht, Anästhesisten was beizubringen. Die Überlegung ist ja, wie bringt man HAUSÄRZTEN was bei, also auch die Anästhesisten, dass die überlegen, was brauchen Hausärzte wirklich. (...) Also das, was ich da gelernt habe, während der Zeit, ist nicht das, was ich nachher gebraucht hab.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Anästhesiologische Weiterzubildende reflektierten folglich nicht, welche Kompetenzen der Anästhesiologie allgemeinmedizinisch Tätige später bräuchten. Zudem seien diese auch in der Inneren Medizin oder durch operative Fächer erlernbar.

„Vom Prinzip her erachte ich es [Weiterbildung Anästhesiologie] für verzichtbar, weil ich glaube, die Fähigkeiten, von denen ich gesprochen habe, dass man die an anderer Stelle äh sinnvoller lernen kann.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 49 Jahre

Hinzukommend seien gemäß einem anderen Facharzt für Allgemeinmedizin keine Inhalte in der anästhesiologischen Weiterbildung festgelegt. Wenn es diese jedoch gäbe, könne es passieren, so die Befürchtung des Interviewten, dass in der Anästhesiologie keine Weiterzubildenden der Allgemeinmedizin mehr angestellt werden. Konkretere Vorschriften für die anästhesiologisch Weiterbildenden würden die Weiterbildungsorganisation folglich erschweren. Der kurze dreimonatige Abschnitt bewirke des Weiteren die Notwendigkeit einer externen Finanzierung oder wecke bei Arbeitgebenden den Wunsch nach Verlängerung der Rotationsdauer.

„Weiterbildungsabschnitte von drei Monaten sind für Weiterbilder überhaupt nicht attraktiv. Da ist jemand für drei Monate, kann nichts und kaum hat er so ein bisschen was gelernt, verschwindet er.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Es müsse also abgewogen werden, ob das erlangbare Wissen durch den anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt die erschwerte Weiterbildung rechtfertige. Dies sah der interviewte Allgemeinmediziner nicht so. Zudem neigten Spezialisierte zu schwierigen und komplizierten Behandlungen, hausärztlich Tätige sollten möglichst einfach und ungefährlich arbeiten.

Als eine Alternative zu drei Monaten Pflichtrotation in die Anästhesiologie schlugen zwei Allgemeinmediziner ein Wochenendseminar oder eine Bildungswoche für Notfallmedizin vor.

„Selbstverständlich müssen alle, und das ist ganz unabhängig von der Anästhesie ähm, das ist in Deutschland schlecht geregelt, aber in vernünftigen Ländern müssen alle Ärzte, egal was sie sind, alle zwei Jahre einen basic-life-support / ein advanced-cardiac-life-support machen. Und das sollten alle Ärzte auch machen.“

Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Dies könne unabhängig der Anästhesiologie stattfinden. Optimal wäre ein gemeinsames Training mit dem Praxisteam ebenfalls alle zwei Jahre. Es gäbe außerdem die Möglichkeit bewusst während der Weiterbildung in der Inneren Medizin eine Rotation auf eine internistische ITS oder interdisziplinäre Notaufnahme einzuplanen.

Eine Allgemeinmedizinerin hingegen bezweifelte, ob für sie wichtige notfallmedizinische Fertigkeiten in der Inneren Medizin oder Chirurgie erworben werden können.

„Ich rupfe hier keinen Nagel mehr runter oder irgendwas anderes. Aber mir kollabieren die Leute, ich muss absolute Arrhythmie erkennen. Ich muss wissen äh, nach welchen kardiologischen Richtlinien Kardioversion äh angeordnet wird. Ich weiß nicht, wann man das in der Inneren lernt.“

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 43 Jahre

Einige Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin rieten von einem verpflichtenden Weiterbildungsabschnitt Anästhesiologie ab. Relevante anästhesiologische Inhalte für den späteren hausärztlichen Alltag seien auch in der Inneren Medizin, Chirurgie oder mit Hilfe Notfallmedizinurse erlernbar. Eine Allgemeinmedizinerin äußerte das Gegenteil.

Gegenüberstellung der Perspektiven und Zusammenfassung

Viele interviewte Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen ordneten relevante Inhalte der Anästhesiologie ebenso anderen Fachgebieten zu. Zu letzteren würden vor allem die Innere Medizin und Chirurgie, vereinzelt auch Allgemeinmedizin gehören.

Notfallmedizinische Kurse wurden von Weiterzubildenden und von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin vorgeschlagen.

Während die Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung den Abschnitt in der Anästhesiologie befürworteten, gab es bei den Fachärztinnen und Fachärzten auch andere Meinungen. Einige Vertretende beider Fachgruppen bemerkten, dass in der Weiterbildung Basiskompetenzen gelehrt werden müssten, die später in der Hausarztpraxis notwendig seien. Dies sei in der Anästhesiologie nur eingeschränkt der Fall.

Der interviewte Palliativmediziner wollte die Rotation in die Anästhesiologie durch Palliativmedizin ersetzen.

Fast die Hälfte der interviewten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner schätzten die anästhesiologische Weiterbildung als unnötig ein. Ein Facharzt sah durch den kurzen Weiterbildungsabschnitt in einer spezialisierten Abteilung das Risiko, die Weiterbildung zu erschweren. Dieser bedürfe einer externen Finanzierung oder Verlängerung, ohne jedoch elementare Kompetenzen zu vermitteln. Eine andere Allgemeinmedizinerin bezweifelte, dass eine gute allgemeinmedizinische Weiterbildung ohne Anästhesiologie möglich sei.

6. Diskussion

6.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Ein Großteil der Interviewten war der Meinung, dass die Notfallmedizin zu den Schwerpunkten während einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung in der Anästhesiologie zähle. Jede

Ärztin und jeder Arzt müsse eine notfallmedizinische Erstversorgung gewährleisten können. In der Weiterbildung für Allgemeinmedizin sollten neben Fertigkeiten des Basic Life Support (BLS) auch ALS einschließlich Anwendung von Notfallmedikamenten erlernt werden. Anästhesiologinnen und Anästhesiologen empfahlen Larynxmasken und -tuben zur Atemwegssicherung, da die Durchführung einfach zu erlernen sei. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner hätten in ihrer Weiterbildung jedoch gerne mehr endotracheal intubiert. Des Weiteren müssten sich die Weiterzubildenden ein Notfallmanagement für die allgemeinmedizinische Praxis erarbeiten, um unter gegebenen Bedingungen im Notfall schnell und sicher handlungsfähig zu sein. Dazu gehöre auch ein regelmäßiges Training im Praxisteam.

Viele Interviewte ordneten die Allgemeinmedizin als eine für Patientinnen und Patienten vertraute Schnittstelle zur Klinik ein. Daher sollten in diesem Fachgebiet Tätige in der Lage sein, perioperative Abläufe und Anästhesietechniken zu erklären. Auf einer Intensivstation könnten Weiterzubildende Erfahrungen im Umgang mit lebensbedrohlichen Situationen erwerben. Die dort praktizierte Maximaltherapie konfrontiere Ärztinnen und Ärzte außerdem mit Entscheidungen zwischen kurativer und palliativer Therapie. Zwischen Palliativmedizin und Anästhesiologie sahen die Interviewten jedoch kaum einen Zusammenhang. Neben Schmerzen müssten auch viele andere, wie zum Beispiel gastrointestinale Symptome behandelt und eine strukturierte Gesprächsführung erarbeitet werden können.

Zur konkreten Umsetzung der anästhesiologischen Lehre in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zeigten sich divergierende Einschätzungen. Bei Beibehaltung der Rotation in die Anästhesiologie für mindestens drei Monate sei eine gelungene Organisation wesentlich. Geplant werden sollten Hospitationen im OP zu verschiedenen operativen Fachgebieten und auf einer ITS mit paralleler Beteiligung an Notarzteinsätzen. Ziele seien neben praktischen Erfahrungen auch konstruktive kollegiale Gespräche zwischen den Fachgebieten um den Grundstein für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zu legen.

Andererseits sei es fraglich, ob die wenigen relevanten Inhalte der Anästhesiologie für die Allgemeinmedizin eine erschwerte Weiterbildung durch den kurzen Rotationsabschnitt rechtfertigen. Tendenziell seien die relevanten anästhesiologischen Kompetenzen in anderen Fachgebieten und durch strukturierte weiterbildungsbegleitende Seminare ebenso anzueignen. Notfallmedizin und Intensivmedizin seien auch Bereiche der Inneren Medizin. Inhalte einer Anästhesievorbereitung wie Einschätzung des kardiopulmonalen Risikos und Medikamentenanpassung könnten in der Chirurgie und Inneren Medizin erworben werden. Praxisnahe Seminare werden fachübergreifend für Schmerztherapie und für Notfallmedizin einschließlich Simulationen empfohlen.

6.2. Einbindung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand

6.2.1. Notfallmedizin

Viele Menschen haben in ihrem Leben mindestens einen Erste-Hilfe-Kurs absolviert, die meisten im Rahmen ihres Führerscheinerwerbs. (108) Vereine haben es sich zur Aufgabe gemacht, schon Kindern die Grundlagen der Ersten Hilfe beizubringen. (109,110) Ziel ist es, möglichst viele Menschen zu Maßnahmen des BLS zu befähigen und somit Leben zu retten. Im Studium der Humanmedizin wird in jedem klinischen Unterrichtsfach der Umgang mit entsprechenden Notfallsituationen gelehrt. Notfallmedizin ist zusätzlich ein eigenes Prüfungsfach. (111) Auch in den Interviews zeigte sich, dass alle Ärztinnen und Ärzte mit der Approbation sicher BLS anwenden können sollten. Erweiterte lebensrettende Maßnahmen (ALS) sollten zumindest bekannt sein. Die Allgemeinmedizin ist per Fachdefinition der DEGAM zuständig für die „Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation“. (14) In der MWBO wird eine professionelle Erstversorgung bis zum Eintreffen einer Notärztin oder eines Notarztes vorausgesetzt. (18) Im Widerspruch dazu steht, dass bei politischen Überlegungen zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerungen die DEGAM oder andere ambulante Interessenvertretungen nicht beteiligt wurden. (112)

Zur ALS gehört unter anderem die Atemwegssicherung. In der vorliegenden Dissertation sahen die interviewten Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin in dem anästhesiologischen Weiterbildungsabschnitt vor allem die Chance, das Intubieren zu erlernen. Einerseits gilt diese als der Goldstandard der Atemwegssicherung. (113,114) Sie weist einen effektiveren Aspirationsschutz sowie ein geringes Risiko eines Epiglottisödems und Lagewechsels bei einem Transport im Vergleich zu alternativen Hilfen wie Larynxmasken oder -tuben auf. (115) Andererseits empfahlen die interviewten Fachärztinnen und Fachärzten für Anästhesiologie genau diese Alternativen. Die Anwendung von Larynxmasken oder -tuben sei leichter zu erlernen, endotracheales Intubieren würde wieder verlernt werden. Auch vom Europäischen Rat für Wiederbelebung (European Resuscitation Council, ERC) wird nur Erfahrenen mit hoher Erfolgsquote zur Durchführung der endotrachealen Intubation geraten. Mit der Larynxmaske als Alternative gelingt eine Atemwegssicherung häufiger auch bei Ungeübten. Sie setzt zudem keine Ausstattung wie Laryngoskop und Kapnograph voraus. (114,116) Dies spricht jedoch nur auf den ersten Blick für die Anwendung der Larynxmasken und -tuben im hausärztlichen Setting.

Laut der Leitlinie „Prähospitales Atemwegsmanagement“ sind alle Möglichkeiten der Atemwegssicherung aufwendig zu erlernen und müssen regelmäßig wiederholt werden – und dies an Patientinnen und Patienten unter Supervision. Obwohl Lernprozesse individuell verlaufen, ist in Simulationskursen (117) oder während kurzer Hospitationen ein sicheres Intubieren unter Notfallbedingungen nicht vermittelbar. Empfohlen wird, nach dem Erlernen an einer Phantompuppe, die Larynxmasken oder -tuben an 45 Patientinnen und Patienten unter Anleitung anzuwenden und dies mindestens dreimal jährlich zu wiederholen. Für die endotracheale Intubation werden 100 Anwendungen initial und jährlich zehn Wiederholungen angestrebt. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass für die sichere Durchführung einer Atemwegssicherung in Notfallsituationen weit mehr Erfahrung benötigt wird. (113) Dieser Trainingszustand wäre vermutlich allenfalls durch Notärztinnen und Notärzte, die sehr regelmäßig Dienste fahren, zu erfüllen. Gegen die Durchführung von invasiven Atemwegssicherungen in der allgemeinmedizinischen Praxis sprechen auch weitere Empfehlungen der Leitlinie. Jedes missglückte Atemwegsmanagement kann schwere Komplikationen verursachen. Und, falls das Legen einer Larynxmaske oder -tubus gelingt, sollte diese oder dieser zeitnah bei Aufnahme in ein Krankenhaus durch einen endotrachealen Tubus ersetzt werden. (113) Die Leitlinie über prähospitalen Atemwegssicherung geht einen Schritt zurück und formuliert, dass „immer zunächst eine kritische Überprüfung der Indikationsstellung zur invasiven Atemwegssicherung stattfinden soll“. (118) Diese Entscheidung sei abhängig vom Zustand der Patientin oder des Patienten, von den Fähigkeiten des Praxisteam und der Entfernung zum nächsten Krankenhaus.

Gesetzliche Vorgaben, welche Form der Atemwegssicherung eine allgemeinmedizinische Praxis vorhalten muss, bestehen nicht. Eine DIN-Norm (Deutsches Institut für Normung) für die Ausstattung einer Notfalleinrichtung besteht nur für den notärztlichen Dienst, nicht den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst der Niedergelassenen. (119) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt mit ihrem Qualitätsmanagementprogramm „Qualität und Entwicklung in Praxen“ eine beispielhafte Checkliste für die Notfalleinrichtung zur Verfügung, welche jedoch individuell und aktuell angepasst werden muss. (120) In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses von 2020 über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird nur eine „dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfalleinrichtung und Notfallkompetenz“ festgelegt. (121) Niedergelassene können somit selbst über die eigene Praxisausstattung mit Notfallequipment und Medikamenten entscheiden. Sinnvoll erscheint jedoch, aufgrund der vorhandenen Daten, zumindest die Empfehlungen für die Atemwegssicherung zu konkretisieren. Die Larynxmaske ist eine gute und leichter zu handhabende Option zur Sicherung der Atemwege in allgemeinmedizinischen Praxen bis zum

Eintreffen des Rettungsdienstes. In jedem Notfall sollte jedoch die Indikation zur invasiven Atemwegssicherung kritisch überprüft werden.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte jeglicher Fachrichtungen sind zudem verpflichtet, gemeinsam und regional über den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst Patientinnen und Patienten auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten zu versorgen. (122) Diese Versorgung wird mit Hilfe von Bereitschaftsdienstpraxen, welche meist in der Nähe von Notaufnahmen eingerichtet sind (123), und Hausbesuchsdiensten abgedeckt. In MV gibt es aktuell (Stand Juli 2024) acht kinderärztliche Bereitschaftsdienste und 13 ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen. (124) Letztere stehen für alle offen, die fußläufig und weniger schwer krank ärztliche Hilfe benötigen. Hausbesuchsdienste stellen die medizinische Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten, auch nachts, sowie immobiler Patientinnen und Patienten sicher. Die ärztlichen Aufgaben in einer Bereitschaftsdienstpraxis oder bei einem Hausbesuchsdienst ähneln in Grundzügen der allgemeinmedizinischen Arbeit, ohne dabei auf eine erlebte Anamnese oder gewachsene ärztliche Beziehung zu Patientinnen und Patienten zurückgreifen zu können. Die generalistische Herangehensweise kann jedoch auch in einem Bereich höheren Risikos angewandt werden. (125) Ebenso wird hier ein lebensbedrohlicher Notfall mit der Notwendigkeit zur Reanimation einschließlich Intubation selten sein. Notärztinnen und Notärzte haben im Gegensatz dazu spezielle Qualifikationen, je nach Bundesland unter anderem die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin oder den Nachweis der Fachkunde Rettungsdienst. (86,126)

Aufgrund einer Überlastung der Notaufnahmen mit steigender, selbstständiger Inanspruchnahme der Bevölkerung steht schon seit Jahren eine Reform der Notfallversorgung Deutschlands im Raum. (127,128) Aktuell (Stand Juli 2024) wurden flächendeckende Integrierte Notfallzentren und ein 24/7 aufsuchender Bereitschaftsdienst vorgesehen, welche ambulante Ärztinnen und Ärzte zeitlich stark einbinden würden. (129–131) Laut Rechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland müssten täglich 600 Praxen geschlossen werden, um die Präsenzzeiten in den Notfallzentren abdecken zu können. (132) Eine Anpassung und schließlich Umsetzung der Reform ist abzuwarten.

Ein ganz anderer, ethischer Aspekt wurde von einem interviewten Allgemeinmediziner benannt, der insbesondere die endotracheale Intubation betrifft. Das Üben von Intubationen durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sei eine Patientengefährdung. Dies kann man verallgemeinern und ist prinzipiell bei allen neu zu erlernenden Kompetenzen an Patientinnen und Patienten der Fall. Ärztinnen und Ärzte haben vor allem bei den ersten Durchführungen medizinischer Prozeduren eine höhere Misserfolgsquote. (133) In der ärztlichen

Weiterbildung wird daher vor allem anfangs eine engmaschige Unterstützung durch Weiterbildende gefordert. (134) Der Interviewte bewertete diese Patientengefährdung zudem als unethisch, da die Fertigkeit der Intubation von zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzten nicht mehr benötigt werde. Es folgt daraus der Schluss, dass bei jeder Kompetenz, die Ärztinnen und Ärzte einüben und die mit einem potenziellen Patientenrisiko eingehen, genau geprüft werden muss, ob diese im späteren ärztlichen Alltag überhaupt benötigt wird.

Regelmäßige Notfallübungen, optimalerweise vor Ort in der Praxis und mit dem gesamten Team, wurden von vielen interviewten Ärztinnen und Ärzten gefordert. Die rechtliche Grundlage für eine notfallmedizinische Versorgung auf dem aktuellen Wissensstand wird im Sozialgesetzbuch (135) und den Berufsordnungen der Landesärztekammern, zumindest in MV, gelegt. (136) Weitere Informationen über ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gibt es in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses von 2020. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen eine „Notfallkompetenz (vorhalten), die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert wird“. (137) Aufgrund fehlender externer Kontrollen resultieren die Übungen aus einer Routine im Rahmen des Qualitätsmanagements oder aus einer intrinsischen Motivation. Sie können jedoch im Schadfall Praxisinhaberinnen- und Inhaber schützen. (138) Gemäß der Beschreibung zum 5-Jahres-Curriculum zur allgemeinmedizinischen Fortbildung (139) sollte das Notfalltraining vornehmlich praktisch und vor Ort in der Praxis geübt werden. In einer Studie von 2019 zeigte sich, dass ein monatliches kurzes Training der kardiopulmonalen Reanimation deutlich effektiver war als Übungen alle drei Monate oder seltener. (140) Der ERC regt engmaschigere Wiederholungen in Form von kurzen Übungseinheiten an, eine Rezertifizierung sollte spätestens nach zwölf Monaten stattfinden. (141) Die allgemeinen Empfehlungen zum Notfalltraining stimmen somit mit den Aussagen der Interviewten überein, wobei letztlich unklar bleibt, wie oft Übungen in einer allgemeinmedizinischen Praxis durchgeführt werden sollten und könnten.

6.2.2. Anästhesiologische Inhalte in der hausärztlichen Praxis: Primärversorgung und interdisziplinäre Schnittstelle

Erkrankungen mit dem Symptom Schmerz sind ein häufiger Beratungsanlass in der Primärversorgung. (142) Laut eines interviewten Anästhesiologen sei die Therapie akuter Schmerzen für jede Ärztin und jeden Arzt von Relevanz. Ob die stationäre Weiterbildung relevantes Wissen für die Primärversorgung mit sich bringt, ist fraglich. Aufgrund von Daten des Akutschmerzregisters der Initiative „Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie“ wurde die postoperative Schmerztherapie in Krankenhäusern höherer

Versorgungsstufen wie Unikliniken bisweilen schlechter als in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung eingeschätzt. (143) Neben chirurgischen bieten auch internistische Fachgebiete als Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung Indikationen zur medikamentösen und physikalischen Schmerztherapie. In der Anästhesiologie stehen speziellere, zeitgleich auch invasive therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung. (92) Eine interviewte Ärztin in Weiterbildung schlug theoretische Seminare zur Systematisierung der erlernten Kompetenzen in der Analgesie vor. Das Thema ist bereits in vielen Curricula für weiterbildungsbegleitende Seminare in der Allgemeinmedizin eingebunden. (96)

Auch für die palliativmedizinische Basisversorgung könnte die Weiterbildung ähnlich gestaltet und interdisziplinär eingebunden sein. Die meisten Patientinnen und Patienten werden trotz vorhandener SAPV und Palliativstationen in der allgemeinen Palliativversorgung durch hausärztlich Tätige und Pflegedienste bzw. Pflegeeinrichtungen betreut. (144) Immerhin wird seit Jahren Palliativmedizin auch schon während des Studiums für Humanmedizin unterrichtet. (145,146) Als ein umfangreiches Seminarthema während der allgemeinmedizinischen Weiterbildung mit praktischem Bezug wäre es sicher für die Patientenversorgung am Lebensende sehr bereichernd. (147) Die palliativmedizinische Haltung mit Fokus auf Wünsche der Patientinnen und Patienten, Symptomkontrolle und ganzheitliche Betrachtung des Menschen bietet eine Fülle an Kompetenzen für das ganze Patientenkollektiv. Das Erlernen verschiedener Gesprächstechniken und eine Auseinandersetzung mit dem psychosozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten sind nur einige Beispiele. (148,149) Dabei ist zu beachten, dass es bei der allgemeinmedizinischen Weiterbildung um die palliativmedizinische Grundversorgung in Abgrenzung zur Arbeit der SAPV geht. (150) Zu einer möglichen Zusatzweiterbildung wird im folgenden Kapitel Stellung genommen.

Das in den Interviews von allgemeinmedizinischen und anästhesiologischen Ärztinnen und Ärzten geforderte fachübergreifende Denken bezog sich auf eine ganzheitliche Betrachtung prä- und postoperativ. Präoperativ sollten Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Informationen zu Abläufen, Anästhesien und Operationen sowie Mitgabe von vorhandenen relevanten anamnestischen Daten und Befunden vorbereitet werden. Gleichzeitig sei es ihnen möglich, unnötige Diagnostik, einschließlich präoperativer Untersuchungen, zu vermeiden. Einige Interviewte sehen Hausärztinnen und Hausärzte als Vertrauenspersonen, die auch den weiteren Genesungsverlauf beeinflussen könnten. Für die postoperative Phase sei die weitere Versorgung medizinisch, rehabilitativ und pflegerisch zu berücksichtigen. Bereits 2017 wurde mit der Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mit einigen weiteren Fachgesellschaften auf verzichtbare, bisher routinemäßig durchgeführte

Untersuchungen vor Eingriffen mit niedrigem und mittlerem Risiko hingewiesen. (151) EKGs, Labortests und Röntgenaufnahmen des Brustkorbes und gegebenenfalls weitere Voruntersuchungen sollten sich „ausschließlich am individuellen Gesundheitsstatus des Patienten in Verbindung mit dem geplanten operativen Eingriff orientieren.“ (151) Durch Augenärztinnen und Augenärzte werden jedoch weiterhin routinemäßig aktuelle Laborparameter und EKG-Befunde vor Operationen des Grauen Stars (mit niedrigem Risiko) für jede Patientin und jeden Patienten von hausärztlichen Praxen gefordert. Andererseits benötigen ältere Menschen gerade vor geplanten Operationen in Krankenhäusern ein umfassenderes Behandlungskonzept einschließlich einer präklinischen Vorbereitung. Dies beinhaltet zum Beispiel ein Screening auf mit Gebrechlichkeit (Frailty) assoziierten Risikofaktoren und kognitive Einschränkungen, einen Ausgleich von Mangelzuständen und eine Optimierung der Dauermedikation. (152)

6.2.3. Zusatzweiterbildungen

Immer wieder thematisierten Interviewte Zusatzweiterbildungen in Bezug auf die Notfallmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin. Diese können aufbauend auf einer Weiterbildung durch weitere Qualifikationen erworben werden, welche ebenfalls in der WBO der jeweiligen Landesärztekammern festgelegt sind. (153) Einige Interviewte kritisierten, dass der Erwerb dieser aufwendig und zusätzlich zur fünfjährigen Weiterbildungszeit einzuplanen sei. Bei Betrachtung der Voraussetzungen in der WBO MV fallen monatelange Hospitationen in spezialisierten Abteilungen auf. Diese sind für bereits Niedergelassene mit Verantwortung für ihre Praxen nicht realisierbar.

Frei gestaltbare Weiterbildungsabschnitte in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, in MV zwölf Monate, könnten jedoch zumindest für die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin bereits genutzt werden. Bis auf die theoretischen notfallmedizinischen Kurse über 80 Stunden und mindestens 50 Notarzteinsätze sind die Voraussetzungen für eine Prüfungsanmeldung bereits erfüllbar. (86) Andererseits muss für die spätere hausärztliche Arbeit ganz klar zwischen Notfallmedizin, wie sie für die Zusatzweiterbildung erlernt wird, und dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst unterschieden werden. (154) Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin haben deutlich mehr Erfahrung im Umgang mit lebensbedrohlichen Situationen. Sie können mit dieser Qualifikation zusätzliche Dienste als Notärztin oder Notarzt in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst übernehmen. Bei regelmäßiger notfallmedizinischer Tätigkeit mit unter anderem auch Übung der endotrachealen Intubation sind alle Argumente gegen das Erlernen dieser durch allgemeinmedizinische Ärztinnen und Ärzte in diesem Fall nicht wirksam. Da

lebensbedrohliche Szenarien im Kassenärztlichen Notdienst sehr selten sind, ist der Erwerb der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin nicht nötig.

Die DEGAM schätzt in einem zur Subspezialisierung veröffentlichten Positionspapier Zusatzweiterbildungen für die Versorgung des Großteils der Patientinnen und Patienten als nicht notwendig ein. (155) Wiederkehrende Defizite aller Weiterbildungen sollten schon im Studium mehr thematisiert werden, Kernkompetenzen ohne zusätzliche Belastung der Weiterzubildenden vermittelt und strukturierte, pharmafreie Fortbildungen für das ganze Berufsleben angeboten werden. (155) Der Deutsche Hausärzterverband forderte eine „Stärkung der hausärztlichen Kompetenzen statt Fragmentierung der Medizin“ (156). Pläne, in denen Hausärztinnen und Hausärzte verpflichtet werden sollen, erworbene Kompetenzen ihrer Weiterbildung zusätzlich nachzuweisen, sind ein Zeichen mangelnden Vertrauens der Spezialisierung auf den ganzen Menschen. Gemäß mancher Interviewten dieser Dissertation seien Zusatzweiterbildungen bei besonderem Interesse der ärztlich Tätigen gerne anzustreben. Bei der WBO sollten die betreffenden Kompetenzen jedoch allein aufgrund der verfügbaren Zusatzweiterbildungen keinesfalls ausgeklammert werden. Gemäß unter anderem Hausärzterverband und DEGAM besteht das Risiko, dass die Allgemeinmedizin als defizitär angesehen und viele zusätzliche Fort- oder Zusatzweiterbildungen gefordert werden könnten. (96,155,156) Für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bedeutete dies ein zusätzlicher Zeitaufwand für Fortbildungen um ein großes Versorgungsspektrum anbieten und abrechnen zu können. Das würde nicht nur eine weitere Zerstückelung der medizinischen Versorgung (156), sondern letztendlich auch eine fachliche Einschränkung der Allgemeinmedizin durch andere Fachgebiete bedeuten. Insgesamt wäre eher eine Verschärfung der mangelhaften medizinischen Grundversorgung in Deutschland zu erwarten.

Die Erstellung der neuen MWBO hatte auch das Ziel, den Erwerb der geforderten allgemeinmedizinischen Kompetenzen und somit die Versorgungsqualität zu sichern. (78) Klare Vorgaben für eine Weiterbildung mit zeitnaher schriftlicher Dokumentation in einem elektronischen Logbuch lassen gewonnene Kenntnisse nachvollziehbar werden. (61) Das Gesamtkonzept der novellierten WBO sollte das Vertrauen in die ärztlichen Kompetenzen aller Fachgebiete ausreichend wahren. Bei eventuellen Änderungen einschließlich Anpassungen der Zusatzweiterbildungen muss eine Abspaltung oder Nichtanerkennung primär allgemeinmedizinischer Fähigkeiten unbedingt vermieden werden. Bereits Alltag ist beispielsweise die separate Beantragung einer Vergütung für originär allgemeinmedizinischen Tätigkeiten wie psychosomatische Gesprächsführung oder Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus, zumindest im Behandlungsprogramm der

Krankenversicherungen, bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes (157,158)

6.3. Stärken und Limitationen der Arbeit

6.3.1. Stärken

Die vorliegende Dissertation untersucht erstmals einen für Jahrzehnte obligatorischen Pflichtabschnitt der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in MV. Es stehen mittlerweile einige Arbeiten zu Inhalten weiterbildungsbegleitender Seminare und zu kompetenzbasierten Curricula zur Verfügung, welche die gesamte Weiterbildung begleiten. Die Frage, wie bestimmte Weiterbildungsabschnitte gestaltet oder welche Inhalte und Kompetenzen während der Rotation erlernt werden sollte, insbesondere in die Anästhesiologie, ist neu. In den Leitfadeninterviews konnten Expertinnen und Experten aus verschiedenen Perspektiven und Fachgebieten die allgemeinmedizinische Weiterbildung im Bereich der Anästhesiologie reflektieren. So waren nicht nur praxisnahe und häufige Inhalte zu erwarten, sondern es wurden auch interdisziplinäre Schnittstellen betrachtet. Das qualitative Studiendesign ermöglichte die Identifikation von Problemfeldern einerseits und Potentialen andererseits. Eine gemeinsame Kommunikationsebene zwischen Expertinnen und Experten und Interviewerin war durch die medizinische Ausbildung der Interviewerin gegeben.

Die interviewten Expertinnen und Experten gaben konkrete Empfehlungen, die Diskussionsgrundlage für eine weitere Optimierung der WBO und Weiterbildungsorganisation genutzt werden können. Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung kann dieses Forschungsprojekt unabhängig der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Entscheidungshilfe für die praktische Umsetzung der individuell gestaltbaren Weiterbildungszeit je nach bereits vorhandenen Kenntnissen und eigenen Präferenzen sein.

6.3.2. Limitationen

Die Interviews fanden hauptsächlich mit in MV tätigen Ärztinnen und Ärzten statt. Nicht nur die Forschungsfrage, welche ihren Ursprung in der Rotationspflicht in die Anästhesiologie in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in MV hatte, sondern auch die Antworten sind bundeslandspezifisch zu bewerten. Sie sind jedoch größtenteils auf ganz Deutschland übertragbar. Die interviewten Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin haben selbst meist nicht den Weiterbildungsabschnitt Anästhesiologie durchlaufen. Das Führen der Interviews mit den Ärztinnen in allgemeinmedizinischer Weiterbildung stellte sich als problematisch in Bezug auf eine verminderte Distanz zwischen Interviewerin und Interviewten

heraus. Bei einem ähnlichen Weiterbildungsstand wurde Wissen zeitweise als selbstverständlich angenommen oder Bewertungen der aktuellen Weiterbildungsstätte vorgenommen, intermittierend fand ein Rollenwechsel zwischen Expertin und Privatmensch statt.

Die Rekrutierung nicht nur allgemeinmedizinischer, sondern auch anästhesiologischer Expertinnen und Experten zum Thema allgemeinmedizinische Weiterbildung könnte auf den ersten Blick als inadäquat gedeutet werden. Gleichzeitig sieht die Allgemeinmedizin als eigenständiges Fachgebiet eben diese fachfremden Rotationen in ihrer Weiterbildung vor. Die Relevanz der anästhesiologischen Empfehlungen für die allgemeinmedizinische Weiterbildung könnte nichtsdestotrotz in Frage gestellt werden.

6.4. Implikationen für die allgemeinmedizinische Weiterbildung

6.4.1. Gestaltung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung unabhängig einer anästhesiologischen Rotation

Insbesondere in der Inneren Medizin, Chirurgie und anderen operativen Fachgebieten können laut den interviewten Expertinnen und Experten viele anästhesiologische Inhalte erlernt werden. Zusätzlich wurden regelmäßige Notfallmedizinkurse und -simulationen empfohlen. Diese sollten gemäß der Interviewten jedoch vor Ort in der Praxis und mit dem Praxisteam, nicht in der Anästhesiologie, durchgeführt werden. Von theoretischen Notfallmedizinvorträgen im Rahmen der weiterbildungsbegleitenden Seminare ist somit abzusehen. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und -ärzte stützen diese Empfehlungen. (137)

Die MWBO und fast alle aktuellen WBO der Bundesländer zeigen, dass eine anerkannte und qualitativ hochwertige allgemeinmedizinische Weiterbildung ohne Anästhesiologie möglich ist. Nur in Berlin ist ein obligatorischer Anästhesiologieabschnitt von drei Monaten weiterhin Teil der allgemeinmedizinischen WBO. Er kann durch einen anerkannten ALS-Kurs ersetzt werden. (20) Die Gestaltung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist demzufolge durchweg unabhängig einer Rotation in die Anästhesiologie möglich.

Ein weiteres Argument gegen diesen Weiterbildungsabschnitt stellen die WONCA-Standards für die allgemeinmedizinische Weiterbildung dar. (29) Die Anästhesiologie ist kein Teil der Primärversorgung und ihre Abteilungen erhalten selten Überweisungen aus einer allgemeinmedizinischen Praxis. Einzig über Notaufnahmen, welche oft interdisziplinär und

nicht rein anästhesiologisch geleitet werden, werden Patientinnen und Patienten regelmäßig eingewiesen. Auch die DEGAM ordnete das Fach Anästhesiologie als nützlich, aber nicht wesentlich oder gar zentral für die allgemeinmedizinische Weiterbildung ein. (60) Im selben Leitfaden empfahl die DEGAM zudem kurze Weiterbildungsabschnitte für spezialisierte Abteilungen. Kurze Rotationsabschnitte erschweren jedoch weiterhin die Weiterbildungsorganisation. In der seit Jahren in Arbeit befindlichen Krankenhausreform wird das Thema Weiterbildung zunächst gar nicht (159) und im Verlauf nur bezogen auf sektorenübergreifende Zentren berücksichtigt. (160) Durch eine Reduktion der Krankenhausstandorte würden weniger stationäre Weiterbildungsplätze zur Verfügung stehen. (159) Die Schwierigkeit, eine passende Weiterbildungsstelle zu finden, würde sich weiter verschärfen.

Mit der bewussten Entscheidung für oder gegen einen Rotationsabschnitt und Fokussierung auf bestimmte Kompetenzen ist ein zielgerichtetes Lernen erst möglich. Mit klaren Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der WBO kann die Weiterbildung strukturierter, nachvollziehbar und insgesamt weniger zufällig ablaufen. Entwicklungen von EPA mit Hilfe der vorliegenden Dissertation sind möglich, beispielsweise „Vorbereitung einer geplanten stationären Aufnahme“. Ein Arbeitspapier ergänzend zur WBO mit der Auflistung möglicher Rotationsgebiete und dort zu erwerbender Kompetenzen würde Ärztinnen und Ärzte in allgemeinmedizinischer Weiterbildung darin unterstützen, aktiv und erfahrungsgeleitet ihre Weiterbildung zu gestalten. Dies sollte ständig, wie eine lebende Leitlinie an aktuelle Kenntnisse angepasst werden. Weiterbildungspläne, deren Erstellung am Anfang jeder Weiterbildung selbstverständlich sein sollte und die Weiterzubildende viel zu selten erhalten (161), müssen an Routine und Bedeutung gewinnen. Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung ausgerichtet nach äußeren Umständen und nach Zufall muss mittelfristig der Vergangenheit angehören.

6.4.2. Weiterbildungsbegleitende Seminare

Über die gesamte Weiterbildungszeit begleitende Seminare können der Allgemeinmedizin wertvolle theoretische Systematisierungen und Vertiefungen bieten. Eine hohe Weiterbildungsqualität soll so unabhängig der durchlaufenden Fachgebiete zusätzlich zur WBO mit entsprechendem Logbuch gewährleistet werden. Alle Themen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung können und sollen in diesen nicht abgedeckt werden. (162) Seminare mit den interdisziplinären Themen Schmerz, Notfallmedizin und Palliativmedizin wurden von den interviewten Ärztinnen und Ärztin gewünscht oder empfohlen.

Das allgemeinmedizinische Seminarprogramm der VWB plus des Kompetenzzentrums Baden-Württemberg (162) wurde explizit für Seminare entwickelt. Es ist im Gegensatz zum kompetenzbasiertem Curriculum Allgemeinmedizin kein Instrument zur Reflektion für Weiterbilder und Weiterzubildende. Sondern es bietet eine transparente Themenstruktur für die Seminarorganisation in einem sich wiederholenden 5- Jahresrhythmus. Die Seminare sollten des Weiteren in der Arbeitszeit oder mit einem Arbeitszeitausgleich stattfinden. (139)

Konkret wären folgende Seminare mit anästhesiologischem Bezug empfehlenswert:

1. Notfallmedizinische Kurse: Online durchgeführte Kurse mit wechselnden Fallbeispielen für Bereitschaftsdienste und auch lebensbedrohliche Notfallsituationen bieten ein praxisnahes Gedankenspiel und somit Übung. Mit einer zeitgleichen Abfrage zu vermuteten Arbeitsdiagnose und Therapiemöglichkeiten bleiben Teilnehmende aktiv dabei. Solch ein Modell wird bereits in der KV Bayern für den ärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgreich erprobt. (163) In Kombination mit regelmäßigen Notfallseminaren vor Ort in der eigenen allgemeinmedizinischen und am besten auch in der Bereitschaftsdienst-Praxis erlangen Hausärztinnen und Hausärzte mehr Handlungssicherheit für eine lebensbedrohliche Situation. Die Kurse sollen Fähigkeiten des ALS und BLS vermitteln. Je nach notfallmedizinischer Vorerfahrungen der Ärztinnen und Ärzte kann die Durchführung von endotrachealen Intubationen wiederholt werden. Im Regelfall soll die Anwendung von Larynxmasken oder Larynxtuben geübt werden. Im kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin von 2021 wird als Beispiel zur Atemwegssicherung neben Maskenbeatmung lediglich der Larynxtubus aufgeführt. (37) Neben dem Ablauf in der Praxis bei einer Notfallsituation muss auch die zur Verfügung stehende Ausstattung überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

2. Schmerztherapieseminare: Rein theoretische Seminare mit eigenen Falldiskussionen zur Schmerztherapie bieten eine Systematisierung der praktisch erworbenen Erfahrungen in den verschiedenen Rotationen. Bei einem longitudinal repetitiven Angebot während der gesamten Weiterbildung, ob online (75) oder als kurzer Einschub an Seminartagen, kann das alltägliche Wissen zur Analgesie verfestigt und ständig erweitert werden. Dazu gehören pharmakologische Grundlagen über Nicht-Opioid-Analgetika, Opioide, das WHO-Stufenschema und Co-Analgetika sowie das Vorgehen bei chronischen Schmerzen.

3. Palliativmedizinische Fortbildung: Ein ähnliches Konzept ist auch für die Palliativmedizin zu diskutieren. Jedoch ist bei diesem Fachgebiet zusätzlich ein kompletter Seminartag grundlegend, um der breiten Symptomlast und den komplexen psychosozialen Herausforderungen gerecht zu werden. Ein regelmäßiges Angebot zur palliativmedizinischen

Falldiskussion kann wie bei der Schmerztherapie eine andere Sicht auf eigene Behandlungen ermöglichen und Fähigkeiten ausbauen.

4. Kommunikationsseminare: Theoretische Kommunikationsmodelle und praktische Übungen, welche den allgemeinmedizinischen Alltag bereichern, sollten ebenso ausführlich in weiterbildungsbegleitenden Seminaren Raum finden. (164) Zumindest solange weiterhin Defizite in diesem Bereich im Studium der Humanmedizin bestehen bleiben. (165)

5. Präoperative Vorbereitung: Zudem ist ein weiterbildungsbegleitendes Seminar zur präoperativen Vorbereitung wünschenswert. Das Ziel ist, eine diagnostische Überversorgung vor einem geplanten Eingriff zu vermeiden und gleichzeitig die Identifikation zusätzlich bestehender Risiken durch bestimmte Erkrankungen zu ermöglichen. Folgende Themen sollte ein derartiges Seminar beinhalten:

- allgemeinen Informationen zu Anästhesietechniken für die medizinische Beratung
- präoperative Einschätzung des individuellen Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten und Einleitung entsprechender weiterer Diagnostik
- Erarbeitung Screening auf Frailty, kognitive Einschränkungen und Mangelzustände (152)
- Umstellung bestimmter Antidiabetika und Antikoagulanzen je nach OP-Risiko (166,167)
- Interprofessionelle Kommunikation mit Sensibilisierung für relevante anamnestiche Daten und Befunde

Die weiterbildungsbegleitenden Seminare, unter allgemeinmedizinischer Leitung oder mit Referierenden aus anderen Fachgebieten und allgemeinmedizinischen Co-Dozenten (65), schärfen den interdisziplinären Blick der Weiterzubildenden in der Allgemeinmedizin auch ohne verschiedenste Rotationen. Im folgenden Kapitel wird beschrieben, welcher Wissens- und Erfahrungsgewinn durch eine Wahlrotation in die Anästhesiologie während der allgemeinmedizinischen Weiterbildung möglich ist.

6.4.3. Anästhesiologie als Wahlrotation

Bei einer gut organisierten, auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung fokussierten Rotation in die Anästhesiologie können durchaus Erfahrungen und vereinzelt Fertigkeiten für das spätere Berufsleben gewonnen werden. Die verschiedenen Schwerpunkte innerhalb der Anästhesiologie bedingen die Notwendigkeit einer zielgerichteten Planung der Hospitationen vor Beginn des Weiterbildungsabschnitts.

Falls Interviewte dieser Dissertation eine Empfehlung für eine Rotation in die Anästhesiologie aussprachen, dann empfahlen sie meist eine Gesamtdauer von drei Monaten. Aus den Aussagen der Expertinnen und Experten lässt sich ein aufeinander abgestimmter

Hospitationsplan umsetzen (siehe Anhang). Die längste Rotationdauer sollte in der Notaufnahme eingeplant werden, nachfolgend eine Zeit auf Intensivstation und bei Anästhesien. Insofern zu einer Hospitation in Schmerzambulanzen oder - Stationen geraten wurde, dann unabhängig des Weiterbildungsabschnitts Anästhesiologie. Als Alternative ist eine Verkürzung der Rotation in die Notaufnahme zugunsten einer Schmerzabteilung möglich. Die kurzen einzelnen Abschnitte und die Empfehlungen, dass Hospitationen bei Narkosevorbereitungen und wenn möglich auch bei Notarzteinsätzen intermittierend erfolgen können, zeigen wie komplex die Organisation einer vielfältigen und effektiven Weiterbildung sein kann.

Weiterbündnisse bieten die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für kurze Rotationsabschnitte. Weiterbildungsstellen in VWB sind jedoch rar und werden trotz gestiegenem Bedarf je nach Region weiter reduziert. In der Universitätsmedizin Rostock werden aktuell aufgrund fehlender Finanzierung keine Rotationsweiterbildungsstellen angeboten. (84) Die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen und zügigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung zur Stärkung der Primärversorgung scheint im politischen Bewusstsein (noch) nicht ausgeprägt zu sein. (168) Die Vorteile eines Primärarztsystems wurden durch die DEGAM bereits in einem Positionspapier aufgeführt. (15) Falls die deutsche Gesundheitspolitik sich diese zu Nutze machen sollte, würde sicherlich auch die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erneut in den Fokus rücken.

6.5. Weiterer Forschungsbedarf

Die fachärztliche Weiterbildung ist weiterhin zu großen Teilen ein „Zufallsprodukt“. (168) Als Vorbilder strukturierter, hochqualifizierender Weiterbildungen zeigen europäische Länder, welchen Entwicklungsweg die deutsche Weiterbildungskultur noch vor sich hat. Vor allem bei vielen fachfremden Rotationen wie für die Allgemeinmedizin fehlt der Schwerpunkt auf später benötigte Kompetenzen. Für umfangreiche Fächer wie Innere Medizin oder Chirurgie können bereits die WBO der Länder mit entsprechenden Logbüchern und das Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin herangezogen werden. Warum Weiterzubildende sich für eine bestimmte Wahlrotation entscheiden sollten oder nicht, wird nicht begründet. Studien wie die vorliegende Dissertation für den kleineren Bereich Anästhesiologie bieten eindeutige Empfehlungen, worauf sich Ärztinnen und Ärzte in allgemeinmedizinischer Weiterbildung während einer meist kurzen fachfremden Rotation fokussieren sollten. Zudem sind Entwicklungen von EPA aus diesem Wissen heraus möglich. Vergleichbare Informationen wurden bereits für Erkrankungen des Bewegungsapparates (72) bei einem Weiterbildungsabschnitt in der Orthopädie oder Unfallchirurgie herausgearbeitet. Für

beispielsweise Psychiatrie, Kinderheilkunde, Dermatologie oder Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bleibt die Frage nach relevanten Inhalten bestehen. Forschungsergebnisse über Inhalte und Struktur einer versorgungsnahen allgemeinmedizinischen Weiterbildung sollten zentral gesammelt werden. In Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin oder zentralen Koordinationsstellen sollten diese zu Curricula zusammengetragen, aktualisiert und für Weiterzubildende einschließlich Beratungen zur Verfügung gestellt werden.

Konkrete Erkenntnisse zu relevanten Weiterbildungsinhalten und deren Umsetzung bewirken nicht nur eine hohe fachärztliche Qualifikation, sondern sind auch ressourcenschonend und ethisch vertretbar. In der Weiterbildung wird so der eingeschränkt zur Verfügung stehenden Zeit der Weiterbildungsbefugten und der begrenzten Gesamtweiterbildungsdauer der Weiterzubildenden Rechnung getragen. Nicht jede einzelne Person muss sich überlegen, was sie während einer Wahlrotation eigentlich erlernen möchte. Sondern es besteht die Möglichkeit, zusammengefasste Empfehlungen erfahrener Kollegen heranzuziehen und als Entscheidungshilfe zu nutzen. Der Weg der allgemeinmedizinischen Weiterbildung kann bewusst und reflektiert beschritten werden. Zudem geht, wie bereits erläutert, das Üben ärztlicher Kompetenzen an Patientinnen und Patienten mit einem höheren Risiko einher. Dies ist ein weiteres Argument, warum in jedem Fall systematisch herausgearbeitet werden sollte, was zukünftige Fachärztinnen und Fachärzte tatsächlich an Fertigkeiten benötigen und welche sie demzufolge überhaupt trainieren sollten. Studien wie das vorliegende Forschungsprojekt mit Berücksichtigung der Gebietsfachärztinnen und Gebietsfachärzte fördern zudem die zukünftige kollegiale Zusammenarbeit und das Schnittstellenmanagement.

Die Umsetzung der Reform der Notfallversorgung wurde aktuell beschlossen, einschließlich integrierter Notfallzentren, 24/7 telemedizinischem und aufsuchendem Dienst. (169). Je nach Umsetzung der Reform sollte erneut überprüft werden, ob an der Notfallversorgung beteiligte Ärztinnen und Ärzte bestimmte Voraussetzungen erfüllen sollten. Diese können je nach Versorgungsebene, ob in einer allgemeinmedizinischen Praxis, im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder in der Notaufnahme, stark variieren. Bei der Planung der notfallmedizinischen Versorgung sind demzufolge nicht nur zeitliche und personellen Ressourcen, sondern auch vorhandene oder zu erwerbende Qualifikationen zu berücksichtigen.

Eine bundesweit einheitliche und qualifizierte Evaluation aller Weiterbildungen ist geplant. (168) Defizite der aktuellen WBO können so erkannt und zwischen Bundesländern und Fachgebieten verglichen werden. So wäre es unter anderem notwendig, die vielen verschiedenen Rotationen in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu berücksichtigen. Diese Besonderheiten, auch Änderungen der Leitlinien und der Versorgungssituation sowie

aktuelle allgemeinmedizinische Versorgungsforschung müssen zu jährlichen Weiterentwicklungen der MWBO und anschließend WBO der Länder führen.

Klare Vorgaben und Empfehlungen in der Weiterbildung könnten die Attraktivität der Allgemeinmedizin steigern und somit dem Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten entgegenwirken. Durch die dafür genutzte systematische Forschung steigt das Ansehen der Allgemeinmedizin sowie das Vertrauen in gut ausgebildete hausärztliche Kolleginnen und Kollegen. Es ist im Interesse aller Patientinnen und Patienten, medizinisch hochqualifizierte und fachlich breit aufgestellte Ärztinnen und Ärzte als erste Ansprechpartner für sämtliche medizinischen Fragen zur Verfügung zu haben. Mit Blick auf die demographische Entwicklung, steigende Kostenentwicklung und im internationalen Vergleich großem Krankensektor (170) gewinnt ein starkes Primärarztsystem zusätzlich an Bedeutung. Die vorliegende Dissertation stellt konkrete Empfehlungen für die Umsetzung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung mit und ohne Anästhesiologie zur Verfügung. Weitere, ähnlich aufgebaute Forschungsprojekte für andere Fachgebiete der unmittelbaren Patientenversorgung, sind wünschenswert. Für eine fortschreitende Strukturierung und somit Qualitätssicherung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sind diese essentiell.

7. Literaturverzeichnis

1. Abholz HH, Altiner A, Bahrs O, u. a. DEGAM Zukunftspositionen Allgemeinmedizin-spezialisiert auf den ganzen Menschen. 2012.
2. Abholz HH. Das Besondere der Allgemeinmedizin - und wie es durch andere und durch uns selbst bedroht wird. Z Allgemeinmed. Februar 2009;85(2):67–73.
3. Rebmann B. ÄrzteZeitung. 2017 [zitiert 4. Februar 2023]. Mit den richtigen Kennzahlen zum Erfolg. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Mit-den-richtigen-Kennzahlen-zum-Erfolg-308185.html>
4. Marckmann G, Behringer B, der Schmitt J. Ethical case discussions in family medicine: A guidance for ambulatory practice. Z Allgemeinmed. 1. März 2018;94(3):116–20.
5. Roos M, Steinhäuser J, Laux G, u. a. Weiterbildung mit Inhalt-Bedarfsanalyse zur Konzeption eines überregionalen Schulungsprogramm in der Verbundweiterbildung plus. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2011;105(2):110–5.
6. Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 20. Juni 2005. 2005 S. 14–5.
7. Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 20. Juni 2005 in der Fassung vom 3. Juni 2015. 2015 S. 18–20.
8. About WONCA Europe [Internet]. [zitiert 4. Februar 2023]. Verfügbar unter: <https://www.woncaeurope.org/page/about-wonca-europe>
9. Allen J, Gay B, Crebolder H, u. a. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin WONCA Europe 2002 [Internet]. 2002. Verfügbar unter: <http://www.oegam.at>
10. Allen J, Gay B, Crebolder H, u. a. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin WONCA Europe 2002 [Internet]. 2002. Verfügbar unter: <http://www.oegam.at>
11. Leitbild der ÖGAM, WONCA-Europe Definition der Allgemein-/Hausarztmedizin [Internet]. [zitiert 21. August 2022]. Verfügbar unter: <https://oegam.at/leitbild>

12. EURACT Network organisation within WONCA Region Europe. The European Definition of General Practice/ Family Medicine Short Version. 2011.
13. Popert UW. Fokussierung auf Kernwerte (Core Values) der Allgemeinmedizin Focussing on Core Values in Family Medicine. Z Allgemeinmed [Internet]. 2019;95(11):460–1. Verfügbar unter: www.kvhessen.de/fileadmin/
14. DEGAM-Beschluss der Jahreshauptversammlung 2002. Fachdefinition - DEGAM [Internet]. [zitiert 27. Dezember 2021]. Verfügbar unter: <https://www.degam.de/fachdefinition>
15. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM Positionspapier Wir brauchen ein Primärarztsystem [Internet]. OECD; 2018 Nov. (Health at a Glance). Verfügbar unter: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en
16. Heinz L. Warum ich mich als junge Hausärztin berufspolitisch engagierte - ein Kommentar. Z Allgemeinmed. 2017;93(9):383.
17. Djalali S, Frei A, Rosemann T, Tandjung R. Weiterbildung zum Hausarzt - Ein europäischer Vergleich. Praxis. März 2013;102(6):327–33.
18. Bundesärztekammer. (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 26.06.2021. Deutschland; Juni 26, 2021.
19. Ärztekammer Berlin. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin vom 16. Juni 2004, zuletzt geändert am 11. Juni 2014. 2014 S. 26–8.
20. Ärztekammer Berlin. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin vom 22. September 2021. Sep 22, 2022 S. 23–7.
21. Ärztekammer M-V. Neufassung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 29.06.2020. 2020 S. 26–30.
22. Flick U. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. rowohlt's enzyklopädie. 2007. 617 S.
23. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Bd. 12. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2015.
24. Osterloh F. Reform der Notfallversorgung: Ein neuer Aufschlag. Dtsch Arztebl. 2022;119(6):180–1.

25. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). KBV Gesundheitsdaten - Geschlecht [Internet]. [zitiert 29. November 2021]. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php>
26. Bundesministerium für Gesundheit. Eckpunkte Reform der Notfallversorgung [Internet]. 2024 Jan [zitiert 22. Juni 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/eckpunkte-notfallversorgung-pm-16-01-24>
27. Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union. Amtsblatt der Europäischen Union Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. 2005 S. 18.
28. Allen J, Gay B, Crebolder H, u. a. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin WONCA Europe 2002 [Internet]. 2002. Verfügbar unter: <http://www.oegam.at>
29. World family doctors Caring for people (Wonca). Wonca global standards for postgraduate family medicine education [Internet]. 2013. Verfügbar unter: <http://www.wfme.org/>.
30. Herrmann WJ. Internationale Standards der Weiterbildung Allgemeinmedizin im Vergleich mit der Situation in Deutschland. Z Allgemeinmed. 2013;89(10):407–11.
31. Flum E, Roos M, Jäger C, u. a. Weiterentwicklung des Kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin: Ergebnisse aus dem Praxistest. Z Allgemeinmed. 1. November 2015;91(11):446–50.
32. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. About CanMEDS [Internet]. 2015 [zitiert 27. Dezember 2021]. Verfügbar unter: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>
33. Meyer S, Karsch-Völk M, Schneider A. CanMEDS-Allgemeinmedizin Working Group on Curriculum Review Deutsche Übersetzung [Internet]. 2009 Okt. Verfügbar unter: <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php>.
34. The structure of medical education in the Netherlands. Verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/journals/zma/2010-27/zma000672.shtml>
35. Malling B, Eika B. [The CanMEDS' professional role is complex and needs redefinition in Denmark]. Ugeskr Laeger [Internet]. 2013 [zitiert 14. Mai 2022];175(24):1709–12. Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23763931/>

36. Sottas B. Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. GMS J Med Educ. 2011;
37. Steinhäuser J. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. 2021 Sep.
38. Goesemann C, Haffner C, Schmidt M, u. a. Speciality Training for General Practice in Germany. 2009.
39. Schmidt M. Zwei Tage mit Jacolyne - Weiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden. Z Allgemeinmed. 2009;85(10):423–4.
40. Held LA. Allgemeinmedizin in Studium und Weiterbildung in Frankreich. Z Allgemeinmed. 2021;97(2):78–83.
41. Carmienke S, Freitag MH, Gensichen J, Schmidt K. Allgemeinmedizin in Dänemark: Bericht von einer Teilnahme am Hippokrates-Austauschprogramm. Z Allgemeinmed. 2014;90(1):43–7.
42. SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung. Fachärztin oder Facharzt für Allgemeine Innere Medizin Weiterbildungsprogramm der Schweiz [Internet]. 2022. Verfügbar unter: www.siwf.ch
43. Plat E, Scherer M, Bottema B, Chenot JF. Facharztweiterbildung allgemeinmedizin in den Niederlanden - Ein Modell für Deutschland? Gesundheitswesen. Juli 2007;69(7):415–9.
44. Kiderle M. Allgemeinmedizinische Weiterbildung in England: Austausch im Hippokrates-Programm. Z Allgemeinmed. 1. März 2018;94(3):134–9.
45. Österreichische Ärztekammer. Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, Fassung vom 17.10.2022. Rechtsinformationssystem des Bundes;
46. Bundesministerium für Gesundheit Österreich. Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztinnen-/ Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, Fassung vom 17.10.2022. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) Österreich R; 2022.
47. Schmidt M. Das Trauerspiel um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin - persönliche Bestandsaufnahme aus der Sicht eines Weiterbildungsassistenten. Z Allgemeinmed. Januar 2008;84(1):10–3.
48. Schumann S, Schulz S, Lichte T, u. a. Pragmatische Entwicklung von Themenfeldern in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. Z Allgemeinmed. Juni 2011;87(6):270.

49. Schumann S, Schulz S, Lichte T, u. a. Pragmatische Entwicklung von Themenfeldern in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Z Allgemeinmed.* Juni 2011;87(6):269–73.
50. Berberat PO, Harendza S, Kadmon M, Gesellschaft für medizinische Ausbildung, GMA-Ausschuss für Weiterbildung. Entrustable Professional Activities-Visualization of Competencies in Postgraduate Training. Position Paper of the Committee on Postgraduate Medical Training of the German Society for Medical Education (GMA). *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* [Internet]. 2013;30(4):10–9. Verfügbar unter: www.medschool.vcu.edu/gme/pgmdir/documents/
51. David DM, Euteneier A, Fischer MR, u. a. Die Zukunft der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland-Positionspapier des Ausschusses Weiterbildung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung.* 2013;30(2).
52. Arbeitsgruppe PJ des Medizinischen Fakultätentages (MFT). Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten (APT) Konzept für die Ausbildung im Praktischen Jahr Allgemeinmedizin. 2019.
53. van den Heuvel H. Das neue Examen Membership of the Royal College of General Practitioners: Alle angehenden britischen Hausärzte und Hausärztinnen müssen es bestehen. *Z Allgemeinmed.* November 2007;83(11):461–4.
54. Kochen MM. Strukturelle Ansätze zur Lösung der Weiterbildungsprobleme im Fach Allgemeinmedizin. *Z Allgemeinmed.* Oktober 2007;83(10):427–30.
55. Bundesministerium der Justiz. § 73 SGB 5 - Kassenärztliche Versorgung [Internet]. 1988 [zitiert 10. Juni 2022]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_73.html
56. Bundesministerium der Justiz. § 76 SGB 5 - Freie Arztwahl [Internet]. 1988 [zitiert 10. Juni 2022]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_76.html
57. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV): AOK Gesundheitspartner [Internet]. [zitiert 17. Oktober 2022]. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/hausarztzentrierte-versorgung>
58. Wahl U, Hespeler U. Die Umsetzung der neuen Musterweiterbildungsordnung und die europarechtlichen Implikationen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* [Internet]. April 2006 [zitiert 7. Januar 2014];49(4):358–63. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16523322>

59. Haserück A, Martin M. (Muster-) Weiterbildungsordnung: Noch Licht und Schatten. Dtsch Arztebl. 2022;119(22–23):856–9.
60. Donner-Banzhoff N. Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt. DEGAM- Schriften. 2010;23.
61. Korzilius H, Krüger-Brand HE. Elektronisches Logbuch: Werkzeug für die Dokumentation. Dtsch Arztebl. 2019;116(23–24):1152–4.
62. Chenot JF. Mehr Kompetenzerwerb und weniger Hürden. Festschrift 50 Jahre DEGAM. 2016;96–7.
63. Steinhäuser J. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. 2015 Juli.
64. Universität Greifswald. Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin MV: Landesweite Weiterbildungstage [Internet]. [zitiert 16. Juli 2024]. Verfügbar unter: <https://kompetenzzentrum-allgemeinmedizin-mv.de/veranstaltungen/kategorie/aerzte-in-weiterbildung/>
65. Steinhäuser J, Chenot JF. DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus. 2013.
66. Chenot JF, Steinhäuser J. Sektionsbericht Weiterbildung 2011. Z Allgemeinmed. 2011;87(9):348–9.
67. Baum E, Broermann M, Chenot JF, u. a. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Kriterien für Kompetenzzentren Allgemeinmedizin. 2015.
68. Dippel K, Feldmeier G, Hunze M, u. a. Checkliste „Train-the-Trainer“-Seminare für Weiterbildungsbefugte (Version 2). 2021.
69. Bußhoff S, Becka D, Rusche H, Huenges B. Wo arbeiten die Allgemeinmediziner nach der Facharztanerkennung? Analyse der Datenbank der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Z Allgemeinmed. 1. November 2015;91(11):440–5.
70. MWBO 2018 - Bundesärztekammer [Internet]. [zitiert 5. Februar 2023]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung>
71. Bundesärztekammer. (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25.06.2010. Deutschland; Juni 25, 2010.

72. Altiner MA, Flint M. Beitrag zur Entwicklung eines Curriculums für die allgemeinmedizinische Weiterbildung für den Teilbereich Erkrankungen des Bewegungsapparates [Internet]. Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock; 2019. Verfügbar unter: https://doi.org/10.18453/rosdok_id00002454
73. Schwill S, Magez J, Joos S, u. a. Neue Wege in der allgemeinärztlichen Weiterbildung - 8 Jahre Erfahrung mit dem Modellprojekt Verbundweiterbildung plus Baden-Württemberg. Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. 2017;34(5):10–8.
74. Steinhäuser J, Chenot JF. DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus. 2013.
75. Helm S, Sonntag U. Online-Angebote der Kompetenzzentren Weiterbildung in Zeiten von Covid-19. Z Allgemeinmed. 2021;97(2):93–4.
76. Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Neues Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin [Internet]. 2023 [zitiert 19. Februar 2023]. Verfügbar unter: <https://www.kvbb.de/praxis/service/ansicht-news/article/neues-kompetenzzentrum-weiterbildung-allgemeinmedizin/127/archive/2023/>
77. Korzilius H, Bartmann F. Kompetenzen abbilden, keine Zeiten. Dtsch Arztebl. 2015;112(21–22):978.
78. Chenot JF, Steinhäuser J. Die novellierte Musterweiterbildungsordnung. Z Allgemeinmed. 2019;95(4):156–9.
79. Korzilius H. Weiterbildung zum Facharzt: Zusätzliches Geld für zusätzlichen Aufwand. Dtsch Arztebl. 2014;111(23–24):1056–8.
80. Korzilius H. Weiterbildungsreform: Alle werden sich mehr anstrengen müssen. Dtsch Arztebl. 2018;115(50):2332–3.
81. FAQs zur neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung | Marburger Bund Bundesverband [Internet]. [zitiert 4. Februar 2023]. Verfügbar unter: <https://www.marburgerbund.de/weiterbildung/faqs-zur-neuen-muster-weiterbildungsordnung>
82. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Aktivitäten der KVMV zur Sicherung und Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung [Internet]. Schwerin; 2021 Aug. Verfügbar unter: www.kvmv.de
83. Kassenärztliche Vereinigung M-V, Liborius G. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Weiterbildung Allgemeinmedizin [Internet]. [zitiert 29.

- Dezember 2021]. Verfügbar unter: https://www.kvmv.de/nachwuchs/weiterbildung/weiterbildung_allgemeinmedizin.html
84. Institut für Allgemeinmedizin Universitätsmedizin Rostock: Weiterbildung [Internet]. [zitiert 1. November 2023]. Verfügbar unter: <https://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de/weiterbildung>
 85. Ärztekammer M-V. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 20. Juni 2005, zuletzt geändert am 25. Januar 2019. 2019 S. 12–3.
 86. Ärztekammer M-V. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 29. Juni 2020, zuletzt geändert am 29. September 2022. 2022.
 87. in der Schmitt J, Helmich P. Weiterbildung Allgemeinmedizin: Qualifizierung für die primärärztliche Versorgung. Stuttgart: Schattauer; 2000.
 88. Korzilius H. (Muster-) Weiterbildungsordnung: Novelle ist auf der Zielgeraden MWBO. Dtsch Arztebl. 2018;115(17):688–9.
 89. Maybaum T, Haserück A. (Muster-) Weiterbildungsordnung: Zusatzbezeichnung Homöopathie soll gestrichen werden. Dtsch Arztebl. 2022;119(22–23):869.
 90. Roos M, Steinhäuser J, Laux G, u. a. Weiterbildung mit Inhalt - Bedarfsanalyse zur Konzeption eines überregionalen Schulungsprogramm in der Verbundweiterbildung plus. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2011;105(2):110–5.
 91. Ärztekammer M-V. eLogbuch Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin ÄK-MV. 2020.
 92. Schulte am Esch J, Bause H, Kochs E, u. a. Duale Reihe Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie. 3. Aufl. Bob A, Bob K, Herausgeber. Bd. 3. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG; 2007.
 93. Böhmer AB, Wappler F, Zwißer B. Präoperative Risikoevaluation - von der Routinediagnostik zur patientenorientierten Strategie. Dtsch Arztebl. 20. Juni 2014;111(25):437–45.
 94. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Private Krankenversicherung e.V., Bundesärztekammer. Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung. 2008.

95. Schmalstieg-Bahr K, Simmenroth A, Hummers E. Allgemeinmedizinische Weiterbildung in den USA. Z Allgemeinmed. 2019;95(9):349–55.
96. Sommer S, Baum E, Magez J, u. a. Seminarprogramme in der Weiterbildung für angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin: Themenvorschlag für ein 5-Jahres-Programm. Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. 2017;34(4):8–14.
97. Marx G, Wollny A. Qualitative Sozialforschung - Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin - Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung. Bd. 85, Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2009. S. 105–13.
98. Kelle U. „Emergence“ vs. „Forcing“ of Empirical Data? A Crucial Problem of „Grounded Theory“ Reconsidered [Internet]. 2005. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/fqs/>
99. Bogner A, Littig B, Menz W. Das Experteninterview Theorie, Methode, Anwendung. 2002. 91 S.
100. Bogner A, Littig B, Menz W. Das Experteninterview Theorie, Methode, Anwendung. 2002. 186 S.
101. Bogner A, Littig B, Menz W. Das Experteninterview Theorie, Methode, Anwendung. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2002.
102. Dimbath O, Ernst-Heidenreich M, Roche M. Praxis und Theorie des Theoretical Sampling. Methodologische Überlegungen zum Verfahren einer verlaufsorientierten Fallauswahl [Internet]. 2018. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/>
103. Facharzt-Anerkennungen 2022: Welche Fachrichtungen sind am beliebtesten? | ÄRZTESTELLEN [Internet]. [zitiert 24. Juli 2023]. Verfügbar unter: <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/facharzt-anerkennungen-2020-welche-fachrichtungen-sind-am-beliebtesten>
104. Flick U, Kardoff E von, Steinke I, Hopf C. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2004. 349–360 S.
105. Gläser, Jochen & Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse - als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen [Internet]. Bde. 2., durchg, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2010. 340 S. Verfügbar unter: <http://www.springer.com/springer+vs/soziologie/book/978-3-531-17238-5>

106. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: von Kracauers Anfängen zu heutigen Herausforderungen [Internet]. 2019. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/>
107. Qualitative Inhaltsanalyse / Methodenzentrum [Internet]. [zitiert 9. Juni 2023]. Verfügbar unter: <https://methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-auswertungsmethoden/qualitative-inhaltsanalyse/>
108. BMI - Erste Hilfe - Erste Hilfe [Internet]. [zitiert 27. Juni 2022]. Verfügbar unter: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bevoelkerungsschutz/zivil-und-katastrophenschutz/erste-hilfe/erste-hilfe-artikel.html>
109. Über uns – Pépinière e.V. [Internet]. [zitiert 27. Juni 2022]. Verfügbar unter: <https://heldenmacher.org/uber-uns/>
110. Kinder lernen Erste Hilfe - beim ASB [Internet]. [zitiert 27. Juni 2022]. Verfügbar unter: <https://www.asb.de/unsere-angebote/erste-hilfe/kinder-lernen-erste-hilfe>
111. Bundesministerium für Gesundheit. Approbationsordnung Bundesgesetzblatt 2002. Bundesgesetzblatt 2002.
112. Fischer M, Kehrberger E, Marung H, u. a. Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall und Rettungsmedizin [Internet]. 1. August 2016 [zitiert 11. Juni 2023];19(5):387–95. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0>
113. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Timmermann A. AWMF Leitlinie „Prähospitales Atemwegsmanagement“. 2019.
114. Soar J, Böttiger BW, Carli P, u. a. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Bd. 161, Resuscitation. Elsevier Ireland Ltd; 2021 Apr.
115. Yang Z, Liang H, Li J, u. a. Comparing the efficacy of bag-valve mask, endotracheal intubation, and laryngeal mask airway for subjects with out-of-hospital cardiac arrest: an indirect meta-analysis. Ann Transl Med. Juni 2019;7(12):257–257.
116. Dirks B. Reanimation 2021 Leitlinien kompakt. Ulm: Deutscher Rat für Wiederbelebung - German Resuscitation Council e. V. (GRC); 2021.

117. Mulcaster JT, Mills J, Hung OR, u. a. Laryngoscopic Intubation Learning and Performance [Internet]. Bd. 98, Anesthesiology. 2003. Verfügbar unter: <http://pubs.asahq.org/anesthesiology/article-pdf/98/1/23/407139/0000542-200301000-00007.pdf>
118. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Timmermann A. AWMF Leitlinie „Prähospitales Atemwegsmanagement“. 2019.
119. Müller S. MEMORIX Notfallmedizin. 8. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG; 2007. 595–597 S.
120. Qualität und Entwicklung in Praxen. QEP Muster Notfallausstattung.
121. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassener Krankenhäuser. 2020.
122. Bundesministerium für Gesundheit. Notdienst (ärztlicher Bereitschaftsdienst) [Internet]. [zitiert 11. Juni 2023]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/notdienst-aerztlicher-bereitschaftsdienst.html>
123. Kaulisch S. Reform des Bereitschaftsdienstes - ein langfristiges Projekt der KVMV. Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. November 2023;374:6–8.
124. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Bereitschaftsdienstpraxen in M-V [Internet]. [zitiert 12. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.kvmv.de/patienten/arzt-finden/bereitschaftsdienst/aebd-praxen.html>
125. Abholz HH, Scherer M. Generalistisches Vorgehen im organisierten Notfalldienst - anders als in der Praxis? Z Allgemeinmed. 1. Februar 2023;100(1):18–20.
126. Bundesärztekammer. Notärztliche Versorgung [Internet]. [zitiert 6. Mai 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallversorgung/notarzt>

127. Kurz C, Osterloh F. Ersteinschätzungsverfahren: Vier Konzepte liegen vor. Dtsch Arztebl. 2022;119(25):1120–1.
128. Osterloh F. Notfallversorgung: Kooperation stärken. Dtsch Arztebl. 2019;116(8):160–1.
129. Augurzky B, Bschor T, Busse R, u. a. Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung [Internet]. Berlin; 2023 Feb [zitiert 11. Juni 2023]. Verfügbar unter:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neues-reformkonzept-fuer-notfallversorgung-13-02-2023.html>
130. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. 2023.
131. Bundesministerium für Gesundheit. Eckpunkte Reform der Notfallversorgung. 2024 Jan.
132. Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung, Wosnitzka D. Aktuelle Zi-Berechnungen zum Vorschlag der Regierungskommission, Integrierte Notfallzentren an Krankenhäusern der höchsten Notfallstufen einzurichten. 2023.
133. de Oliveira Filho GR. The Construction of Learning Curves for Basic Skills in Anesthetic Procedures: An Application for the Cumulative Sum Method. ECONOMICS, EDUCATION, AND HEALTH SYSTEMS RESERCH [Internet]. 2002;95(6):411–6. Verfügbar unter: <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia>
134. Donner-Banzhoff N. Praxis als Lernort: die Meilensteine [Internet]. [zitiert 11. Juni 2023]. Verfügbar unter: <https://www.degam.de/weiterbildung>
135. Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch V. 1988 [zitiert 18. September 2023]. § 70 SGB 5 - Einzelnorm. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_70.html
136. Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern. <https://www.aek-mv.de/default.aspx?pid=20090604080811469>; 2005.

137. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassener Krankenhäuser. 2020 S. 8.
138. Schmitt-Sausen N. Notsituation in der Praxis: Einstudierte Abläufe helfen. Dtsch Arztebl. 2020;117(10):423–6.
139. Bernau R, Biesewig-Siebenmorgen J, Egidi G, Schmiemann G. Ein 5-Jahres-Curriculum für die allgemeinmedizinische Fortbildung-Version 2010. Z Allgemeinmed [Internet]. 2011;87(4):170–3. Verfügbar unter: www.hausaerzteverband-bremen.de
140. Anderson R, Sebaldt A, Lin Y, Cheng A. Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: A randomized trial. Resuscitation [Internet]. 1. Februar 2019 [zitiert 3. November 2023];135:153–61. Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30391370/>
141. Greif R, Lockey A, Breckwoldt J, u. a. Lehre in der Reanimation Leitlinien des European Resuscitation Council 2021. Notfall und Rettungsmedizin. 1. Juni 2021;24(4):750–72.
142. Fink W, Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. Z Allgemeinmed. März 2007;83(3):102–8.
143. Meißner W, Komann M, Erlenwein J, u. a. Qualität postoperativer Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. Dtsch Arztebl. 2017;114(10).
144. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Definitionen zur Hospiz-und Palliativversorgung [Internet]. 2016. Verfügbar unter: www.eapcnet.org/about/definition.html
145. Landesärztekammer Hessen regt Lehrstuhl für Palliativmedizin... [Internet]. [zitiert 24. Juli 2023]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=142017&s=lehre&s=palliativmedizin>
146. Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B. Knowledge and attitude of final - Year medical students in Germany towards palliative care - An interinstitutional questionnaire-based study. BMC Palliat Care. 2011;10.

147. Schwill S, Reith D, Walter T, u. a. How to ensure basic competencies in end of life care- A mixed methods study with post-graduate trainees in primary care in Germany. BMC Palliat Care. 24. März 2020;19(1).
148. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Zusatzweiterbildung Palliativmedizin für Ärzt:innen | Weiterbildung | Infos | all-pages [Internet]. [zitiert 24. Juli 2023]. Verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/weiterbildung/weiterbildung-fuer-aerzte/all-pages.html>
149. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 1. European Journal of Palliative Care. 2013;20(2):86–91.
150. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Palliativversorgung: Möglichkeiten der ambulanten Versorgung, Praxisbeispiele und rechtliche Hinweise. Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2020. S. 1–24.
151. Rossaint R, Coburn M, Zwissler B. Klug entscheiden ...in der Anästhesiologie. 2017;114:1120–3.
152. Olotu C, Weimann A, Bahrs C, u. a. Bedarf für eine perioperative Altersmedizin. Dtsch Arztebl Int. 1. Februar 2019;116(5).
153. Bundesärztekammer. Ärztliche Weiterbildung - Bundesärztekammer [Internet]. [zitiert 23. September 2023]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung>
154. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Ärztlicher Bereitschaftsdienst [Internet]. [zitiert 26. Oktober 2023]. Verfügbar unter: <https://www.kvmv.de/patienten/arzt-finden/bereitschaftsdienst/>
155. DEGAM SFV und W. Position der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin [Internet]. 2011 [zitiert 23. September 2023]. Verfügbar unter: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapier/Positionspapier_Subspezialisierung_io.pdf
156. Deutscher Hausärzteverband. Stärkung hausärztlicher Kompetenzen statt Fragmentierung. Z Allgemeinmed. 2015;91(3):142.

157. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Psychosomatischen Grundversorgung (gemäß der Psychotherapievereinbarung § 5 Abs. 6).
158. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Disease Management Programme [Internet]. [zitiert 12. November 2023]. Verfügbar unter: <https://www.kvmv.de/mitglieder/qualitaetsversicherung/dmp/>
159. Osterloh F. Krankenhausreform: Die Weiterbildung mitdenken. Dtsch Arztebl. 2023;120(6):199–201.
160. Bundesministerium für Gesundheit. Eckpunktepapier – Krankenhausreform. 2023 Juli.
161. Görß D, Büttner U, Weiterbildungsausschuss der ÄKMV. Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung 2023. Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern. 2023;10:376–8.
162. Stengel S, Förster C, Fuchs M, u. a. Entwicklung eines Seminarcurriculums für die allgemeinmedizinische Weiterbildung am Kompetenzzentrum in Baden-Württemberg - ein Projektbericht. GMS J Med Educ. 2021;38(2):1–24.
163. Gotsmich S, Männel C, Streckbein S. Notfälle: Die kritischen Minuten meistern. Dtsch Arztebl. 2022;119(43):1554–5.
164. Junge Allgemeinmedizin Deutschland. Positionspapier zu Zukünftigen Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin. 2012.
165. Strohmeyer R, Linder U, Kaden JJ. Gewusst wie: Erfolgsfaktoren bei der Implementierung und Etablierung des longitudinalen Curriculums „Kommunikative Kompetenzen“ am Beispiel der Medizinischen Fakultät Mannheim. GMS J Med Educ [Internet]. 2023;40(1):8–14. Verfügbar unter: <https://www.nklm.de>].
166. Schreiner MJ, Kehl F. Anästhesievorbereitung: Welche Medikamente vor einer Narkose abgesetzt werden sollten. Dtsch Arztebl. 2019;116(31–32):1183–5.
167. Mainz A, Chenot JF, Beyer M, u. a. S1- Leitlinie Bridging [Internet]. 2013. Verfügbar unter: www.degam-leitlinien.de
168. Kurz C, Schwencke NF. Weiterbildung: Vorschläge zur Verbesserung. Dtsch Arztebl. 2023;120(42):1467–8.

169. Im Akutfall: Rund-um-die-Uhr geöffnete Anlaufstellen, bessere Patientensteuerung und Beratung in Akutleitstellen – Bundeskabinett beschließt Notfallreform | BMG [Internet]. [zitiert 18. Juli 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/reform-der-notfallversorgung-kabinett-17-07-24>
170. OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU Deutschland Länderprofil Gesundheit 2023. 2023.
171. BZgA-Leitbegriffe: Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care [Internet]. [zitiert 23. Juli 2023]. Verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/>
172. World Health Organization [Internet]. 1996 [zitiert 14. Dezember 2021]. S. 21 Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>

Anhang

Anästhesiologische Inhalte in der WBO Allgemeinmedizin MV

Auszug der relevanten Passagen der WBO, Stand 29.06.2020, (21) Seiten 26 bis 30

Themengruppe	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten
Notfälle	Lebensrettende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung, welche durch Simulation ersetzt werden können
	Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst
Krankheiten und Beratungsanlässe	Umgang mit den häufigsten Beratungsanlässen im unausgelesenen Patientenkollektiv einschließlich Langzeitversorgung und der hausärztlichen Behandlung von
	- akute und/ oder chronische Schmerzen - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen einschließlich der Behandlung mit Opioiden
Relevante diagnostische Verfahren	Indikationsstellung, Einschätzung der Dringlichkeit apparativer Diagnostik einschließlich der Befundinterpretation
	Elektrokardiogramm
	Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial
Therapeutische Verfahren	Indikationsstellung, Verordnung und Überwachung der medikamentösen Therapie unter Beachtung der Neben- und Wechselwirkungen und besonderer Berücksichtigung der Aspekte Multimorbidität, Alter, Polypharmazie, Adhärenz und Evidenz
	Infusionstherapie und parenterale Ernährung

Informationsblatt

Institut für Allgemeinmedizin Medizinische Fakultät der Universität Rostock

Direktor Prof. Dr. med. Attila Altiner

Sitz: Doberaner Str. 142
(Villa im Innenhof, 1. OG)
18055 Rostock

Ihre Ansprechpartnerin:
Dr. Christin Löffler
Tel.: (0381) 494 – 2485 bzw. – 2481
Fax: (0381) 494 - 2482
E-mail: christin.loeffler@med.uni-rostock.de

Forschungsprojekt

„Entwicklung von Curricula für die allgemeinmedizinische Weiterbildung“

– Informationsblatt –

Mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie über das Forschungsprojekt „Entwicklung von Curricula für die allgemeinmedizinische Weiterbildung“ vertraut machen.

Die erhobenen Daten werden von den Projektmitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Rostock erhoben und ausgewertet. Entsprechend der Datenschutzbestimmungen benötigen wir zur Speicherung und Auswertung des mit Ihnen geführten Interviews Ihre ausdrückliche Einwilligung.

Die verantwortliche Leitung des Projektes liegt bei:

- Prof. Dr. med. Attila Altiner (Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Rostock) und
- Dr. rer. pol. Christin Löffler (Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Rostock)

Im Mittelpunkt des Forschungsprojekts steht die Frage, wie die allgemeinmedizinische Weiterbildung verbessert werden kann. Dazu werden Ärzte in Weiterbildung, Fachärzte für Allgemeinmedizin und spezialisierte Fachärzte v.a. in Mecklenburg-Vorpommern befragt.

Das Forschungsprojekt dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Die Durchführung der Studie geschieht unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Der

Interviewer unterliegt der Schweigepflicht und ist zur Einhaltung des Datengeheimnisses verpflichtet. Um Ihre Anonymität zu sichern und die Datenschutzvorschriften zu erfüllen, sichern wir Ihnen folgende Verfahrensweise zu:

Wir pseudonymisieren Ihre personenbezogenen Angaben, d.h. wir verändern alle Personen-, Ort-, Straßennamen und alle Altersangaben.

Wir gehen sorgfältig mit Ihrem Erzählten um: Wir zeichnen das Gespräch auf einem elektronischen Datenträger auf. Die Aufnahme wird pseudonymisiert und transkribiert (abgetippt), der Datenträger wird gesichert aufbewahrt und nach Abschluss der wissenschaftlichen Analysen gelöscht.

Ihr Name und Ihre Telefonnummer werden am Ende des Projektes in unseren Unterlagen gelöscht, so dass lediglich eine pseudonymisierte Abschrift des Interviews existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten Stelle aufbewahrt, welche nur für die Projektleitung zugänglich ist. Die dauerhafte Aufbewahrung Ihrer Einwilligungserklärung dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur für die projektinterne Auswertung bestimmt. Die Projektmitarbeiter, welche die pseudonymisierte Abschrift lesen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht. In späteren Veröffentlichungen zur Studie werden unter Umständen einzelne Zitate Ihres Interviews verwendet, welche selbstverständlich keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen.

Die Abschrift wird in der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Rostock archiviert und unter Einhaltung der bisher genannten Vorschriften ggf. anderen Projekten als Sekundärmaterial zur Verfügung gestellt.

Gemäß der Datenschutzbestimmungen weisen wir Sie ausdrücklich darauf hin, dass Ihnen aus einer Nichtteilnahme an der Studie keine Nachteile entstehen. Sie können auch bei einzelnen Fragen eine Antwort ablehnen. Ihre Einwilligung zur Teilnahme am Forschungsprojekt ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Auf Ihren Wunsch erfolgt die Löschung des Interviews in einem solchen Fall umgehend.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme und Ihr Engagement, und hoffen, dass die Ergebnisse unseres Projektes dazu beitragen, die hausärztliche Versorgung von Patienten nachhaltig zu verbessern.

Einwilligungserklärung

Institut für Allgemeinmedizin Medizinische Fakultät der Universität Rostock

Direktor Prof. Dr. med. Attila Altiner

Sitz: Doberaner Str. 142
(Villa im Innenhof, 1. OG)
18055 Rostock

Ihre Ansprechpartnerin:
Dr. Christin Löffler
Tel.: (0381) 494 – 2485 bzw. – 2481
Fax: (0381) 494 - 2482
E-mail: christin.loeffler@med.uni-rostock.de

Forschungsprojekt

„Entwicklung von Curricula für die allgemeinmedizinische Weiterbildung“

– Einwilligungserklärung –

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der offenen Interviews schriftlich informiert worden (u.a. darüber, dass die Abschrift nicht an die Öffentlichkeit gelangt und pseudonymisiert wird; darüber, dass die Ton-Aufnahme sowie alle personenbezogenen Daten nach erfolgter wissenschaftlicher Auswertung gelöscht werden und lediglich diese Einwilligungserklärung für den Fall einer möglichen Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten aufbewahrt wird. Dieses Dokument wird jedoch nicht mit der pseudonymisierten Abschrift des Interviews zusammenführbar sein).

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze und Textpassagen, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke genutzt und veröffentlicht werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgenommen, transkribiert (abgetippt), pseudonymisiert und ausgewertet wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Interviewleitfaden

Erzählaufforderung:

Die Weiterbildungsordnung für das Fach Allgemeinmedizin sieht in Mecklenburg-Vorpommern *drei Monate für Anästhesiologie* vor.

Mich interessieren Ihre Gedanken dazu. Was geht Ihnen dazu aus Ihrer Perspektive als *Hausarzt/ Anästhesist/ Weiterbildungsassistent* durch den Kopf? Erzählen Sie doch mal!

Externe Nachfragen:

Nachfragen direkt aus der Darstellung formulieren (mind. die ersten fünf Items)

Was ist das Nützlichste, was ein Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin im Fach *Anästhesiologie* lernen könnte?

(Für Hausärzte und WBA) Wenn Sie jetzt noch einmal den Abschnitt Anästhesiologie machen könnten, wie würden Sie sich das wünschen/ vorstellen (in Bezug auf den Inhalt/ die Struktur/ die Dauer)?

(Für Spezialisten) Was sehen Sie in der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Bezug auf Ihr Fachgebiet als besonders kritisch und wo sind Ihrer Meinung nach aus fachärztlicher Sicht Verbesserungen notwendig?

Angepasster Interviewleitfaden

Interview-Einleitung

Wir arbeiten an einer Studie zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, d.h. das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Rostock und einige Doktoranden versuchen herauszufinden, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten ein werdender Allgemeinmediziner auf seinem Weg erwerben sollte und in welcher Form dies geschehen kann. Ich beschäftige mich mit dem Teilgebiet Anästhesiologie. In der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsordnung Mecklenburg-Vorpommerns ist es zurzeit vorgesehen, drei Monate Anästhesiologie zu absolvieren.

Fragen

Erzählen Sie mir bitte aus Ihrer Perspektive als Hausarzt/.../Weiterbildungsassistent, welche Inhalte der Anästhesiologie Sie für einen Allgemeinmediziner als nützlich oder relevant erachten!

a) Allgemeinmediziner

Denken Sie bitte einmal an Ihre eigene Weiterbildung: Welche Kompetenzen haben Sie als Assistenzarzt im Fachgebiet Anästhesiologie gelernt, die Sie als nützlich für Ihre heutige Arbeit erachten?

(Wie haben Sie das Wissen, mit dem Sie jetzt die anästhesiologischen Patienten behandeln, erworben?)

Können Sie über Fertigkeiten berichten, die Sie, bezogen auf die Anästhesiologie, gerne in ihrer Weiterbildung erlernt hätten?

Was sollten die heutigen werdenden Allgemeinmediziner aus dem Bereich der Anästhesiologie auf jeden Fall mitnehmen? [zur Reflexion]

Auf welche Weise sollte dieses Wissen ihrer Meinung nach am besten vermittelt werden?

ODER

Wenn Sie jetzt noch einmal den Abschnitt Anästhesiologie in Ihrer Weiterbildung absolvieren könnten, wie würden Sie sich das in Bezug auf Inhalt, Struktur und Dauer wünschen?

b) Facharzt

Was für Kenntnisse sollte ein Allgemeinmediziner ihrer Meinung nach auf dem Gebiet der Anästhesiologie auf jeden Fall besitzen?

ODER

Wenn Sie jetzt mitbestimmen dürften, welche Inhalte der Anästhesiologie ein Hausarzt in seiner Weiterbildung erlernen sollte, welche wären das?

Auf welche Weise sollte dieses Wissen ihrer Meinung nach am besten vermittelt werden?

c) Weiterbildungsassistent

Welche Erfahrungen haben Sie in ihrer Weiterbildung bisher auf dem Gebiet der Anästhesiologie gemacht?

Was möchten Sie als Weiterbildungsassistent auf jeden Fall im Bereich der Anästhesiologie lernen?

Auf welche Weise sollte dieses Wissen ihrer Meinung nach am besten vermittelt werden?

Interviewprotokoll

Interviewcode:

Interviewer:

Datum:

Dauer:

Ort/Raum:

Alter:

Geschlecht:

Frühere Berufsausbildung(en):

Studienort:

Beruf/ Spezialisierung:

derzeitige Funktionsbezeichnung (Dienstbezeichnung):

Ort der Niederlassung:

Jahr der Niederlassung am derzeitigen Ort:

Niederlassungsjahre gesamt:

Weiterbildungen/ Zusatzqualifikationen:

Weiterbildungsermächtigung vorhanden?

Check:

Einverständniserklärung unterschrieben? Ja/Nein

Informationsblatt mit Adresse und Telefonnummer dagelassen? Ja/Nein

Memo erstellt am:

Transkription fertig gestellt am:

Transkriptionsregeln nach Hautz/ Hartmann 2009

UdK Berlin

Es gibt sehr aufwendige Transkriptionssysteme, die für Konversationsanalysen und für linguistische Analysen verwendet werden, bis hin zur sog. Partipaturschreibweise. Diese aufwendigen Transkriptionssysteme sind jedoch für soziologische und psychologische Analysen nicht notwendig. Völlig ausreichend sind die folgenden, in der Praxis bewährten **Transkriptionsregeln**:

Thema	Darstellung, Beispiel	Erläuterung
Rechtschreibung, Zeichensetzung, wörtliche Rede, Abkürzungen	konventionell	
Anonymisierung von Personen und Orten	Namen ändern, abkürzen oder umschreiben, Beispiel: Da hab ich als Arzt in der (NAME DER KLINIK) gearbeitet. Kliniknamen nicht einsetzen!	Durchgehend anonymisieren. Ausnahme: Die Interviewpartner möchten mit Namen im Projekt-Booklet bzw. in der Diplom- oder BA-Arbeit erscheinen oder sind bekannte Persönlichkeiten.
Auffällige Betonung	Das find ich Unglaublich wichtig.	Großschreibung der auffällig betonten Silbe
Pausen	* *2* *3* (etc.) Pausenzeichen mit Leerzeichen von den Wörtern trennen	kurze Pause ca. 2 sec Pause ca. 3 sec Pause
Gesprächsunterstützende Äußerungen	hmhm mhm	mittranskribieren
Gleichzeitiges Sprechen	I: Und wann # haben Sie gemerkt # IP: # Da hab ich sofort # gedacht * ähm * ich muss ihr	Was zwischen # und # steht, ist gleichzeitig
Wort- und Satzabbrüche	Da hab ich sie gefra// ich hab gesagt, dass ... Neulich war ich sogar so weit, dass ich // hm *4* ich wollte...	
Kommentare und paraverbale Äußerungen	((leise)) ((Hund kommt herein und bellt)) ((lacht)) ((seufzt))	
Transkription unsicher	(Abc abc abc)	unsicheren Tex in Klammern setzen

Formatierung des Transkripts

- Abkürzungen: I = Interviewer/in, IP = Interviewpartner/in
- Seitenabstand rechts 5-6 cm (bei Linkshändern: links 5-6 cm) für handschriftliche Notizen
- Zeilenabstand 1,5
- Bei jedem Sprecherwechsel eine Leerzeile (oder einen Absatz 18 pt); auch längere Interviewpassagen in dieser Weise gliedern
- Einzug hängend 1 cm mit Tabulator 1 cm, so dass I und IP ausgerückt sind
- Kopf- oder Fußzeile mit Codename des Interviewpartners und Seitennummer
- Fortlaufende Zeilennummerierung (geht automatisch im Textverarbeitungsprogramm, in Word for Windows z. B. Datei > Seite einrichten > Layout), es reichen Zeilennummern in 5er-Schritten
- Transkript im endgültigen Format ausdrucken und als PDF speichern, damit die Umbrüche sich nicht mehr verschieben. Die Zeilennummern dienen dann zum Referenzieren auf Textstellen.

Hospitationsplan für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in der Anästhesiologie

Zusammenfassung der Empfehlungen der Interviewten zur Organisation einer Rotation in die Anästhesiologie während der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

	Dauer	Inhalte	Ergänzungen
Notaufnahme	8 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> - BLS und ALS - sicher Zugänge legen - Notfallmedikamente - Sicherheit durch Wiederholungen des Verhaltens im Notfall - wenn möglich Mitfahren bei Notarzteinsätzen 	Alternative: 4 Wochen in der Notaufnahme und 4 Wochen in einer Schmerzambulanz/ auf einer Schmerzstation zusätzlich Kurs für Notfallmedizin mindestens alle 2 Jahre
			Kombination von Hospitation auf Intensivstation mit Rufbereitschaft für Notarzteinsätze
Intensivmedizin	2 bis 4 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> - Konfrontation mit Grenzen der Maximaltherapie - Verständnis über Medikamente und Beatmung - <i>keine</i> invasiven Tätigkeiten wie Legen von zentralen Venenkathetern 	sechs Monate für Zusatzweiterbildung Notfallmedizin
Prämedikation und Narkosevorbereitung	circa 20 Narkosevorbereitungen	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese, klinische Untersuchung, ggf. weitere Diagnostik - Einschätzung kardiopulmonales Risiko - Vermeidung Über-/ Unter-/ Fehlversorgung - Umstellung Antikoagulation und Antidiabetika 	Berücksichtigung postoperativen Verlauf und Betreuung (Rehabilitation) bei Eingriffsplanung
			Empfehlung, einzelne Patienten im Verlauf zu begleiten
Anästhesien (OP-Saal)	2 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> - <i>verschiedene Anästhesietechniken mit Vor- und Nachteilen (umstritten)</i> - Antizipieren/ Erleben Narkosezwischenfälle als Erfahrung für Beurteilung Narkosefähigkeit - Sehen verschiedenster Operationen - Maskenbeatmung und Atemwegssicherung 	Kennenlernen postoperative Verläufe durch andere Fachbereiche

Danksagung

Ich bedanke mich hiermit in erster Linie bei Prof. Dr. med. Attila Altiner für die Vergabe des Themas und somit Grundlage dieser Dissertation, sein Mitwirken und das Ermöglichen von Gestaltungsspielräumen.

Ich danke herzlich PD Dr. rer. pol. habil. Christin Löffler vom Institut für Allgemeinmedizin für ihre kontinuierliche Begleitung, Unterstützung und wertvollen Rückmeldungen für den schriftlichen Teil dieser Arbeit. Außerdem danke ich Dr. rer. hum. Christian Helbig und Dr. med. Martina Flint, mit denen ich bei der Durchführung der Interviews und vor allem am Beginn des Erstellens der Promotionsschrift konstruktiv zusammenarbeiten durfte.

Mein ganz besonderer Dank richtet sich an alle 15 Ärztinnen und Ärzte, die ich interviewen durfte und die mir somit ihre Zeit, Erfahrungen und Gedanken zur Verfügung stellten.

Mein Dank richtet sich auch an Dr. med. Gregor Feldmeier und Janna Schubert für das Korrekturlesen der Dissertation.

Ebenso möchte ich mich bei meiner Familie für das Ermöglichen des Medizinstudiums und meinem Mann bedanken, der mich durch die ganze Zeit begleitet und mir Motivation und Rückhalt gegeben hat.