

Subjektiv erlebte Arbeitsbelastung in der Weiterbildung Allgemeinmedizin und Anforderungen an ein Kompetenzzentrum – eine Querschnittsstudie aus Sachsen-Anhalt

Subjectively Experienced Workload during Continuing Education in General Medicine and Demands on a Competence Center: A Cross-Sectional Study from Saxony-Anhalt

Autoren

Sophie Köhler¹, Marcus Heise¹, Jens Abendroth¹, Susanne Sommer², Thomas Frese¹

Institute

- 1 Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle
- 2 Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg Fachbereich Medizin, Marburg

Schlüsselwörter

Arbeitsbelastung, Mentoring, Allgemeinmedizin, Weiterbildung, Kompetenzzentrum, Weiterbildungsassistent

Key words

general practice, vocational training, mentoring, general practice trainee, workload, centers of excellence

online publiziert 01.08.2019

Bibliografie

Gesundheitswesen 2020; 82: 801–807

DOI 10.1055/a-0905-2921

ISSN 0941-3790

© 2020. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas Frese
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Allgemeinmedizin
Magdeburger Straße 8
06112 Halle
thomas.frese@uk-halle.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Das Erwartungsbild von ÄrztInnen in Weiterbildung (ÄiW) an Kompetenzzentren ist in Teilen noch unklar. Vergangene Studien zeigten, dass sich hohe Arbeitsbelastung und Stressempfinden negativ auf die psychische Gesundheit

auswirken und junge ÄrztInnen ab dem Berufseinstieg begleiten. Gibt es bei ÄiW im Fach Allgemeinmedizin Unterschiede im subjektiven Arbeitsbelastungsempfinden im stationären und ambulanten Bereich? Wie wirkt sich eine hohe subjektive Arbeitsbelastung auf Bedürfnisse/Wünsche der ÄiW an die Kompetenzzentren aus?

Methodik Design: Querschnittserhebung März - Juni 2017 in Sachsen-Anhalt, Stichprobe: alle bei der KOSTA registrierte ÄiWs (n = 221) Messinstrument: Selbst entwickelter Fragebogen (Wünsche an ein Kompetenzzentrum, Soziodemographie, Weiterbildungsbiografie, Evaluation bisheriger Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich, Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI).

Ergebnisse Insgesamt gingen 73 Antworten der ÄiWs ein (33,0%). Alle 73 Antworten wurden in der Analyse berücksichtigt. Auf einem Mittelwertindex von 1 (minimale Stressverausgabung) bis 4 (maximale Stressverausgabung) wurde eine höhere Arbeitsbelastung im stationären Weiterbildungssektor (MW stationär: 2,8 vs. ambulant: 2,1; $p < 0,01$) angegeben. Die subjektive Arbeitsbelastung stieg signifikant mit dem Ausmaß der geleisteten Überstunden an (stationär: $\eta^2 = 18,3\%$, $p = 0,02$; ambulant: $\eta^2 = 28,3\%$, $p < 0,01$). Überdurchschnittlich Belastete äußerten tendenziell häufiger Bedarf nach lückenloser Weiterbildungsplanung (Prozentsatzdifferenz $d\% = 0,31$), nach Betreuung durch einen Mentor ($d\% = 0,15$) und informellem Austausch mit KollegInnen ($d\% = 0,19$). Das durch die ÄiWs empfundene Belastungsniveau erwies sich dagegen als unabhängig von personenbezogenen und demografischen Merkmalen.

Schlussfolgerung Der Betreuungsbedarf von ÄiW durch Weiterbildungsmanager und Mentoren wird durch ein erhöhtes Belastungsniveau gesteigert. Dies muss bedacht werden, um für jeden ÄiW einen individuellen Beratungsansatz bieten zu können.

ABSTRACT

Aim of the study The expectations of trainees in training at Centers of Excellence are still partly unclear. Recent studies demonstrated the negative impact of high workload and stress

on young doctors' mental health, a problem since the start of their careers. From trainees' point of view, are there differences in subjective occupational stress between inpatient and outpatient care sectors? How does a high subjective workload of general medicine trainees affect the demands made on the Centers of Excellence?

Method Design: cross-sectional study from March to June 2017 in Saxony-Anhalt Sample: every general medicine trainee registered with the KOSTA (n = 221) Questionnaire: self-developed; content: demands on a Center of Excellence, sociodemographic parameters, biography of qualification, evaluation of previous postgraduate training in inpatient and outpatient care sectors, questionnaire about effort-reward-imbalance (ERI).

Results In total, 73 responses from the trainees were received (33.0%). Every single response was included in the analysis.

Occupational stress was specified on an averaging index from 1 (lowest) to 4 (highest). Higher workload was reported in the inpatient care sector (inpatient: 2.8 vs. outpatient: 2.1, $p < 0.01$). The subjective workload was significantly increased by the amount of overtime work (inpatient: $\eta^2 = 18.3\%$, $p = 0.02$, outpatient: $\eta^2 = 28.3\%$, $p < 0.01$). Persons with above-average occupational stress tended to express a higher need for complete planning of qualification (percentage difference $d\% = 0.31$), mentoring ($d\% = 0.15$) and informal exchange with colleagues ($d\% = 0.19$). Trainees' feeling of occupational stress was proved to be independent of personal and demographic characteristics.

Conclusion General practice trainees need more mentoring with higher levels of occupational stress. This has to be considered when individual consulting is offered.

Einleitung

In der Vergangenheit wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen, dass die Berufsgruppe der ÄrztInnen einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt ist [1]. Der erlebte Arbeitsstress wirkt sich dabei negativ auf das psychisch-gesundheitliche Wohlbefinden aus und erhöht das Risiko psychischer Erkrankungen (z. B. Angststörung, Depression) [2]. Die Stressbelastung (und parallel dazu auch das Burnout-Risiko) nehmen bei MedizinerInnen bereits ab dem 1. Semester des Studiums zu und die Gesundheitssituation von jungen ÄrztInnen verschlechtert sich im Verlauf des Studiums zunehmend [3]. Auch während der Weiterbildung zum Facharzt und der Arbeit als Facharzt treten gehäuft psychische Probleme aufgrund hoher Belastungen im Beruf auf [4, 5]. Gründe hierfür sind u. a. lange Arbeitszeiten, zunehmende Arbeitsverdichtung sowie „die Übertragung von beruflichen Belastungen auf das Privatleben“ [6]. In einer bundesweiten Umfrage unter ÄrztInnen in Weiterbildung (ÄiW) zeigte sich, dass jeder Vierte der Befragten unzufrieden „mit der wöchentlichen Arbeitszeit und mit dem Verhältnis von Arbeitszeit zu Privatleben (work-life-balance)“ sei [7].

Psychische Erkrankungen können sich messbar negativ auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken und die Wahrscheinlichkeit von Behandlungsfehlern steigern [8].

Eine schlechte psychische Gesundheit der ÄrztInnen steigert auch das Risiko, dass ein Mediziner seine Fachrichtung wechselt, die Arbeitszeit reduziert oder den Beruf sogar gänzlich aufgibt [8–10]. V. a. vor dem Hintergrund eines Hausärztemangels, sollte dies möglichst vermieden werden.

Auf Grundlage der Erfahrungen mit dem Programm des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, das als „DE-GAM-Verbundweiterbildung Plus“ bezeichnet wird, erfolgte die bundesweite Planung und Gründung von Kompetenzzentren [11, 12].

Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin in Halle/Saale nahm im Oktober 2017, im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zur koordinierten Weiterbildung Allgemeinmedizin in Sachsen-Anhalt, die Arbeit auf und arbeitet nach ähnlichen Strukturen. Wichtige Ansprechpartner für ÄiW sind die Weiterbildungsmentoren und

die Weiterbildungsmanager mit der Aufgabe, die ÄiW während Ihrer Weiterbildung beratend zu begleiten und bei der Auswahl von Rotationsstellen zu helfen.

Bisher ist nur bekannt, dass die gezielte Betreuung durch einen Mentor den Berufserfolg sowie die Arbeitszufriedenheit steigern können [13]. Es wurde noch nicht ermittelt, welche besonderen Bedarfe an Kompetenzzentren Allgemeinmedizin, im Zusammenhang mit der Belastungssituation bzw der Arbeitsbelastung der ÄiW, entstehen. Daher ergeben sich für die vorliegende Untersuchung folgende Fragestellungen:

- 1) Gibt es Unterschiede zwischen Weiterbildungsabschnitten im ambulanten und stationären Bereich hinsichtlich des durch die ÄiWs erlebten Belastungsniveaus?
- 2) Gibt es bei ÄiW mit einem hohen subjektiven Belastungsempfinden besondere Bedürfnisse und Wünsche, die in der Arbeit von Kompetenzzentren berücksichtigt werden sollten?

Methodik

Rekrutierung und Datenerhebung

Aufgrund dessen, dass sich die ÄiWs in zahlreichen, unterschiedlichen Weiterbildungsstätten befanden und dadurch ein persönlicher Kontakt bzw. ein Interview schwer umsetzbar war, entschieden wir uns für eine Online-Umfrage mit einem festgelegten Fragensatz. Die KOSTA (Koordinierungsstelle für die Weiterbildung zum Facharzt in der Allgemeinmedizin) bot sich als sehr gute Möglichkeit an, um weitgehend geschlossen und unkompliziert an den Großteil der, als onlinefähig angenommenen, ÄiWs in Sachsen-Anhalt heranzutreten.

Im März 2017 erhielten alle bei der KOSTA (Koordinierungsstelle für die Weiterbildung zum Facharzt in der Allgemeinmedizin) registrierten ambulant und stationär tätigen ÄiW zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Sachsen-Anhalt (n = 221) eine Vorankündigung der Befragung per E-Mail durch die KOSTA. Anschließend wurde über die KOSTA per E-Mail der Link zur Online-Umfrage zunächst im März

2017 und mit einem anschließenden Erinnerungsschreiben im April 2017 versandt. Zur Maximierung der Rücklaufquote erfolgte im Juni 2017 eine Nacherhebung im Rahmen von Präsenzveranstaltungen der KOSTA in Form eines Papierfragebogens. Aufgrund der relativ niedrigen Rücklaufquote von 33,0% (n = 73) wurde im Mai 2017 ein Fragebogen zur Non-Responder-Analyse via E-Mail an die Befragten versandt, der durch 16% der Personen beantwortet wurde (n = 23 von 148).

In der Datenauswertung wurde keiner der (mind. vollständig ausgefüllten) Fragebogen ausgeschlossen

Schematisch ist der Ablauf der vorliegenden Querschnittserhebung in ► **Abb. 1** dargestellt.

Messinstrument

Der Fragebogen wurde von uns selbst entwickelt, da es bislang kein etabliertes Messinstrument zu unserer Forschungsfrage gab. Ein Pre-Testing erfolgte durch 6 externe Personen (vorrangig ÄiWs zum Facharzt für Allgemeinmedizin mit Erfahrungen im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens).

Der Fragebogen umfasste folgende Themen:

- Wünsche an ein Kompetenzzentrum anhand eines literaturbasierten selbst entwickelten Fragebogens [11, 12, 14, 15] (12 Items mit 6 stufiger Likert-Skala)
- Soziodemografische Merkmale (8 Items zu den Themen Geschlecht, Alter, Familienstand [inkl. Anzahl der Kinder], Herkunft, Ortspräferenzen)
- Weiterbildungsbiografie (8 Items zu den Themen Monat und Jahr von Beginn und voraussichtlichem Ende der aktuellen Weiterbildung, vorherige Weiterbildungsabschnitte in anderen Fachgebieten und bisherige Facharztqualifikationen, sowie vereinbarte Arbeitsstunden/Monat und Überstunden)
- Evaluation der bisherigen Weiterbildung im Ambulanten und Stationären Bereich (2 Items zum Thema Bewertung des letzten stationären und letzten ambulanten Abschnitts mittels einer Schulnote von 1 [sehr gut] bis 6 [ungenügend])
- Erfassung der Arbeitsbelastung mittels des Modells beruflicher Gratifikationskrisen (7 Items mit 4 stufiger Likert-Skala; diese Fragen sind Teile des Fragebogen „Effort-Reward Imbalance“ (ERI) von Siegrist) [16]

Für geschlossene Fragen wurde in der Regel eine 4- bis 6-stufige Likert-Skala gewählt. Die Antworten zur offenen Frage „Gewünschte Seminarthemen“ wurden anschließend inhaltsanalytisch zu 8 Kategorien zusammengefasst (Leitlinien, Niederlassung, Therapeutische Maßnahmen, Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizin, Patientenbetreuung, Pharmakologie/ Therapie, Fertigkeitentraining/ Skillstraining, Persönliche Fragen zur Arbeit; siehe ► **Tab. 3**).

Datenanalyse

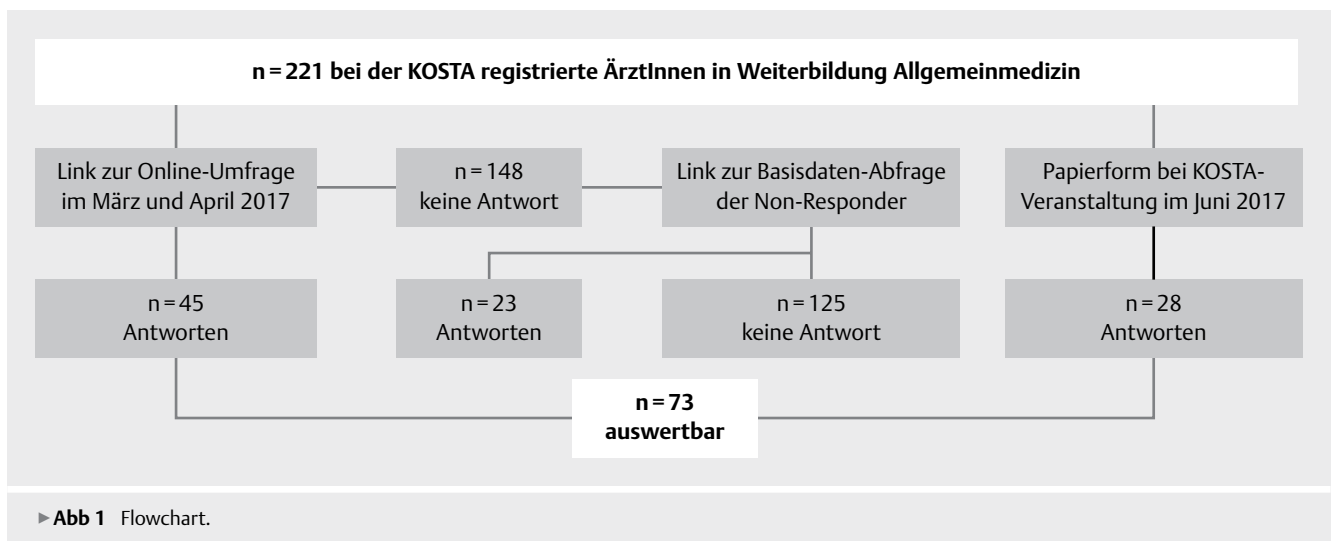
Die Datenanalyse erfolgte mithilfe der Statistiksoftware SPSS 25. Soziodemografische Kenndaten der Stichprobe wurden deskriptiv-statistisch dargestellt (Mittelwerte, Standardabweichung, relative und absolute Häufigkeiten).

Die Bildung der Variable „Arbeitsbelastung“ erfolgte in Anlehnung an das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Rödel et al. [16] auf einem Mittelwertindex mit dem Wertebereich: 1 (minimale) bis 4 (maximale Stressverausgabung), vgl. ► **Tab. 2**. Als überdurchschnittliche Arbeitsbelastung wurde ein Wert > 2,5 auf dem Mittelwertindex eingestuft. Die Stichprobe konnte dadurch am Median-Split (2,5) dichotomisiert und in circa 2 gleichgroße Gruppen geteilt werden.

In bi- und multivariaten linearen Regressionsanalysen wurden soziodemografische Merkmale der ÄiW als Prädiktoren der subjektiven Arbeitsbelastung getestet. In einfachen varianzanalytischen Modellen (ANOVAs) wurde die subjektive Arbeitsbelastung durch die Anzahl der Überstunden im ambulanten und stationären Bereich vorhergesagt und mittels F-Test auf statistische Signifikanz geprüft.

Die Zusammenhänge zwischen (dichotomisierter) subjektiver Arbeitsbelastung und den generellen Erwartungen an ein Kompetenzzentrum wurden in bivariaten Kreuztabellen untersucht (relative und absolute Häufigkeiten). Aufgrund der geringen Stichprobe wurde auf die Berechnung von Odds Ratios (OR) verzichtet und alternativ Prozentsatzdifferenzen (d%) als Zusammenhangsmaß verwendet, die mittels Chi-Quadrat Test (ggf. mit Fisher-Exakt Korrektur) auf statistische Signifikanz geprüft wurden.

Als Kriterium statistischer Signifikanz wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ gewählt. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs verzichteten die inferenzstatistischen Angaben auf



► **Tab. 1** Soziodemografische Daten und Weiterbildungsstand der an der Umfrage teilnehmenden ÄiW sowie Charakteristika der Basisdaten der Nicht-Teilnehmer.

	Teilnehmer		Basisdaten Nichtteilnehmer	
	n = 73	%	n = 23	%
Geschlecht (n (n_{valid}))				
Weiblich	55 (72)	75,3	18 (22)	78,3
Alter in Jahren (MW; Min-Max)	35,1	26–54	33,6	27–41
Anzahl Kinder (MW ± SD)	2,0 ± 0,88		1,8 ± 0,64	
Kinder (n (n_{valid}))	59 (71)	83,1	20 (23)	87
Fester Partnerschaft (n (n_{valid}))	64 (72)	87,5	20 (22)	90,9
Später tätig in Sachsen-Anhalt (n (n_{valid}))	61 (72)	84,7	20 (22)	90,9
Davon ländliche Region (n (n_{valid}))	18 (70)	25,4	5 (22)	22,7
Aktuelles Weiterbildungsjahr				
Erstes bis drittes WB-Jahr	35 (65)	47,8	n.e.	n.e.
Viertes bis sechstes WB-Jahr	23 (65)	31,9	n.e.	n.e.
Siebtens oder höheres WB-Jahr	15 (65)	20,3	n.e.	n.e.
In Vollzeit tätig^A	51 (65)	78,5	n.e.	n.e.

^Aweniger als 40 h/Woche in ambulantem und/oder stationärem WB-Abschnitt; n.e. = nicht erhoben

► **Tab. 2** Im ambulanten und stationären Bereich gilt: je häufiger Überstunden absolviert werden, um so höher ist die empfundene Arbeitsbelastung.

Überstunden ^A	Oft	Gelegentlich	Nie	Gesamt	η ²	F(d.f.)	p
Ambulanter Bereich	n = 4	n = 14	n = 29	n = 47			
MW: Arbeitsbelastung	2,7 (±0,7)	2,3 (±0,6)	1,9 (±0,5)	2,1 (±0,6)	0,18	4,9 (2;44)	0,02
Stationärer Bereich	n = 37	n = 10	n = 9	n = 56			
MW: Arbeitsbelastung	3,0 (±0,6)	2,4 (±0,5)	2,1 (±0,7)	2,8 (±0,7)	0,28	10,1 (2;53)	<0,01

MW: arithmetisches Mittel nach Rödel et. Al berechnet; η²: Anteil der durch „Überstunden“ gebundenen Varianz hinsichtlich des mittleren Belastungsniveaus; F: F-Teststatistik des varianzanalytischen Modells; d.f.: Freiheitsgrade der F-Teststatistik; p: empirische Irrtumswahrscheinlichkeit für Zurückweisung der Nullhypothese (i. e.: Keine Mittelwertunterschiede im Belastungsniveau in Abhängigkeit von der Anzahl der Überstunden); ^A „Wie häufig mussten Sie in diesem Weiterbildungsabschnitt mehr als die vertraglich vereinbarten Wochenstunden arbeiten?“

eine Korrektur für serielles Testen und besitzen damit einen lediglich explorativen Charakter.

Ergebnisse

Die internen Konsistenzen des Fragebogenblocks zur Effort-Reward-Imbalance mit den Subskalen „Verausgabung“ (4 Items $\alpha = 0,58$), „Belohnung“ (4 Items $\alpha = 0,64$) und „Verausgabungsneigung“ (6 Items $\alpha = 0,72$) bewegten sich im akzeptablen bis schlechten Bereich und lagen unterhalb der von Rödel et al. [16] berichteten Werte ($\alpha = 0,71$ bis $\alpha = 0,84$).

Stichprobenbeschreibung

Es antworteten 73 ÄiW im Alter zwischen 26 und 54 Jahren (MW 35,1; SD ± 5,9 Jahre) (siehe ► **Tab. 1**). 10 Quereinsteiger aus anderen Fachgebieten waren deutlich älter als die übrigen Befragten.

In den soziodemografischen Merkmalen zeigten sich keine relevanten Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern (► **Tab. 1**). Auch im Vergleich zur Grundgesamtheit aller im Fach Allgemeinmedizin bei der Ärztekammer Sachsen-Anhalt registrierten ÄiW zeigte sich, gemäß uns von der KOSTA als aggregierte Daten gegebenen Informationen, kein relevanter Alters- und Ge-

schlechtsunterschied zu unserer Stichprobe (71,3 % weiblich, 28,7 % männlich; durchschnittliches Alter 35,8 Jahre).

Zusammenfassende Bewertung (Schulnote) und selbstberichtetes Stressniveau

Die ambulanten Weiterbildungsabschnitte wurden im Durchschnitt mit der Schulnote 1,9 [95 %CI: 1,6; 2,2] bewertet. Stationäre Weiterbildungsabschnitte hingegen wurden durchschnittlich mit 2,9 [95 %CI: 2,6; 3,3] bewertet ($p < 0,01$). Die Befragten bewerteten insgesamt ihren letzten stationären Weiterbildungsabschnitt als belastender im Vergleich zum letzten ambulanten Weiterbildungsabschnitt (MW stationär: 2,8 vs. ambulant: 2,1; $p < 0,01$).

In (hier nicht dargestellten) regressionsanalytischen Auswertungen zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen demografischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Partnerschaft, Elternschaft), einer vorherigen Weiterbildung und dem selbstberichteten Belastungsniveau. Das subjektive Belastungsniveau der ÄiW stieg – sowohl im stationären, wie im ambulanten Bereich – signifikant mit dem Ausmaß der geleisteten Überstunden an. Dabei fiel auf, dass ÄiW in Teilzeit häufiger über Überstunden klagten, sich eher in fortgeschrittener Weiterbildung befanden, eher weiblich waren und immer Kinder hatten. Die entsprechenden Mittelwerte sind in ► **Tab. 2** dargestellt.

► **Tab. 3** Vergleich ÄiW mit geringer und hoher Arbeitsbelastung sowie daraus resultierende Prozentsatzdifferenzen von Wünschen an ein Kompetenzzentrum.

Wünsche an ein Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin [(völlige) Zustimmung]	Arbeitsbelastung n(n _{valid})		d% Arbeitsbelastung (%hoch-%gering)	χ ² (d.f. = 1)	p
	gering [†]	hoch ^{**}			
klar strukturiertes Curriculum während der Weiterbildung (n = 65)	27 (36)	26 (29)	0,15	2,29	0,13
Logbuch mit Lehrinhalten zur Unterstützung der Weiterbildung (n = 65)	24 (36)	21 (29)	0,06	0,25	0,62
Unterstützung bei der Einhaltung der Regelweiterbildungszeit (n = 64)	19 (36)	20 (28)	0,19	2,30	0,13
Informeller Austausch mit anderen WB-Assistenten, etwa einem Stammtisch (n = 65)	18 (36)	20 (29)	0,19	2,38	0,14
Ein fester Ansprechpartner in fachlichen Fragen & bei Konflikten in der Weiterbildungsstätte (n = 64)	17 (35)	19 (29)	0,17	1,85	0,17
Betreuung durch einen Mentor während der gesamten Weiterbildungszeit (n = 64)	14 (36)	15 (28)	0,15	1,37	0,24
Gemeinsame lückenlose Planung der Weiterbildung (n = 64)	12 (36)	18 (28)	0,31	6,06	0,02
Ich wünsche mir, dass ich mehr in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützt werde. (n = 65)	27 (36)	23 (29)	0,04	1,33	0,25
Gewünschte Seminarinhalte (gültige Antworten), n = 51	gering[†]	hoch^{**}	d% Arbeitsbelastung (%hoch-%gering)	χ²(d.f. = 1)	p
Niederlassung	18 (27)	18 (24)	0,08	0,42	0,51
Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizin	17 (27)	15 (24)	- 0,01	0,00	0,97
Patientenbetreuung	9 (27)	9 (24)	0,04	0,01	0,76
Therapeutische Maßnahmen	9 (27)	6 (24)	- 0,08	0,43	0,51
Pharmakologie / Therapie	4 (27)	7 (24)	0,14	1,55	0,21
Leitlinien	5 (27)	3 (24)	- 0,06	0,35	0,71
Fertigkeitentraining / Skillstraining	5 (27)	4 (24)	- 0,02	0,03	0,99
Persönliche Fragen zur Arbeit	6 (27)	3 (24)	- 0,10	0,83	0,47

χ²: Chi-Quadrat-Teststatistik; p: Irrtumswahrscheinlichkeit für Zurückweisung der Nullhypothese statistischer Unabhängigkeit (Ggf. Fisher-Exakt Test); Für diese Auswertungen wurde der Mittelwert aus den Belastungsniveaus des letzten ambulanten und des letzten stationären Weiterbildungsabschnittes gebildet. (Für 26 Befragte standen nur die Angaben für einen Weiterbildungsabschnitt zur Verfügung.) Dargestellt ist die (völlige) Zustimmung zu generellen Erwartungen an ein Kompetenzzentrum der ÄiW mit überdurchschnittlichen Belastungswerten (über einem Wert von 2,5 auf dem Mittelwertindex) und unterdurchschnittlichen Belastungswerten; [†] ERI MW < 2,5; ^{**} ERI MW > 2,5.

Generelle Erwartungen an ein Kompetenzzentrum in Abhängigkeit vom Belastungsniveau

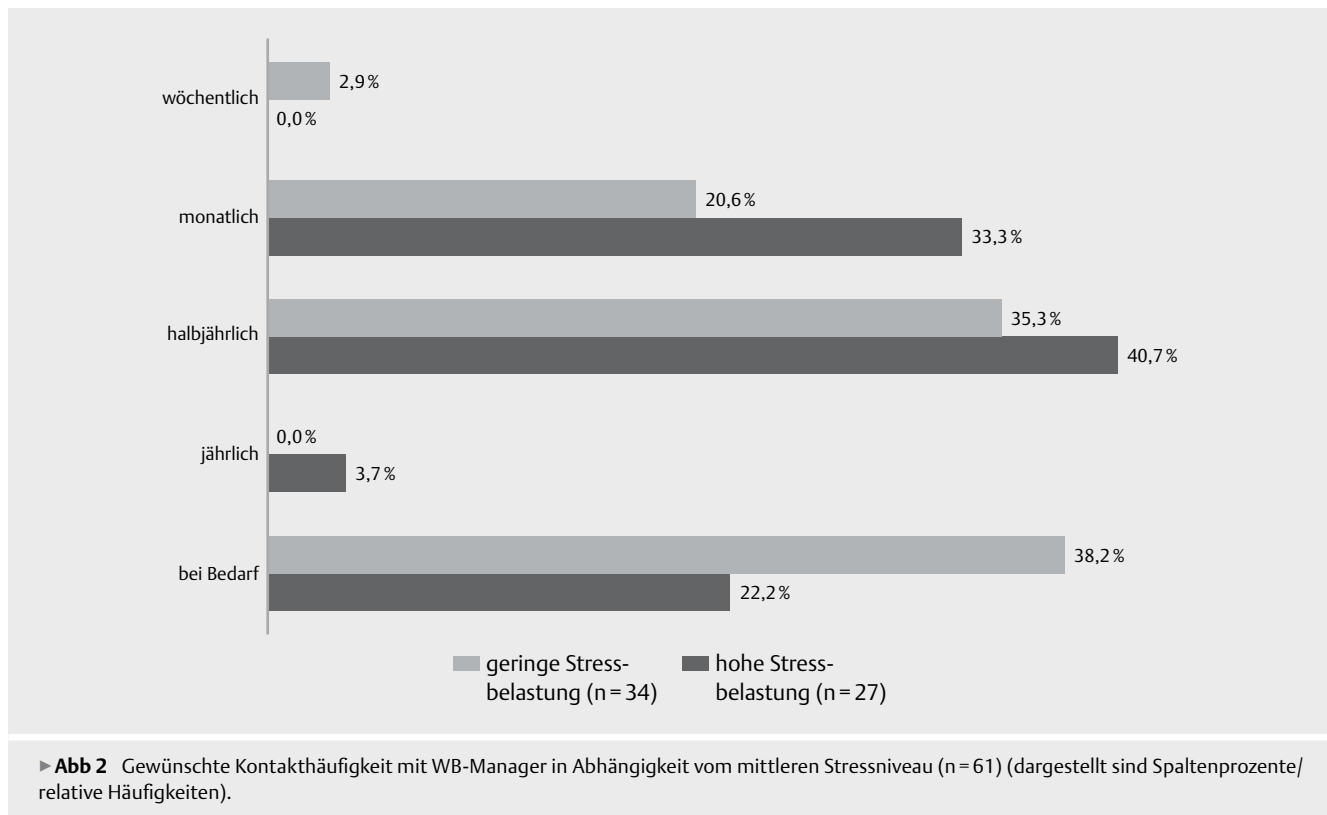
In ► **Tab. 3** ist ein Vergleich der generellen Erwartungen an ein Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin und gewünschter Seminarinhalte in Abhängigkeit vom Belastungsniveau der ÄiW dargestellt. Im Vergleich zu anderen Befragten äußerten ÄiW mit einer überdurchschnittlichen Arbeitsbelastung signifikant häufiger den Wunsch nach Unterstützung in der lückenlosen Planung ihrer Weiterbildung durch das Kompetenzzentrum (d% = 0,31; p = 0,02), sowie tendenziell häufiger Bedarf nach Betreuung durch einen Mentor (d% = 0,15) und informellem Austausch mit KollegInnen (d% = 0,19).

Die deutliche Mehrheit (74,0%) der ÄiW mit einem überdurchschnittlichen Belastungsniveau äußerten den Wunsch, monatlich oder halbjährlich durch den Weiterbildungsmanager des Kompetenzzentrums kontaktiert zu werden und wünschten sich damit eine deutlich höhere Kontaktfrequenz als unterdurchschnittlich Belastete, in dieser Gruppe wünschten lediglich 55,9% eine so hohe Kontaktfrequenz (n.s.; siehe ► **Abb. 2**).

Ein regelmäßiges Mentoring wünschten sich ÄiWs mit hoher Arbeitsbelastung häufiger als ÄiW mit geringer Arbeitsbelastung, denen ein Mentoring häufig bei Bedarf genügen würde (n.s.).

Diskussion

Wir fanden keine Zusammenhänge zwischen den soziodemografischen Merkmalen der ÄiW und ihrem subjektiv empfundenen Belastungsniveau. Unsere Ergebnisse legen stattdessen nahe, dass das Belastungsniveau wesentlich durch die Arbeitssituation in den Weiterbildungsstätten beeinflusst wird. Dabei wird der stationäre Weiterbildungsabschnitt im Vergleich zum ambulanten als belastender erlebt. Dieses Ergebnis lässt sich unter anderem durch die höhere Zahl an Überstunden im stationären Bereich erklären [17]. Tendenzial wurden Überstunden von ÄiW mit Arbeit in Teilzeit angegeben. Ursache hierfür könnte eine Mehrarbeit und Mehrbelastung aufgrund ungünstiger Arbeitszeitmodelle sein. Es ist anzuzweifeln, ob eine bloße Reduktion der Überstunden sich positiv auf das Wohlbefinden der ÄiW



auswirken würde [18], insofern diesbezüglich auch anderen Belastungsfaktoren (wie z. B. Autonomiemangel, fehlende Fairness, Wertekonflikte usw.) eine zentrale Rolle zuzuschreiben ist [19].

Die in ► **Tab. 3** dargestellten Zustimmungen zu Wünschen der Befragten an ein Kompetenzzentrum von ÄiW mit einem überdurchschnittlichen Belastungsniveau unterschieden sich in ihrer Häufigkeit tendenziell von denen der ÄiW mit unterdurchschnittlicher Arbeitsbelastung. Es zeigte sich dennoch kein signifikanter Unterschied, was als Effekt der geringen Stichprobe gewertet werden kann. Unabhängig davon deuten die Ergebnisse auf einen relevanten Unterschied hin, decken sich mit den Erkenntnissen vergangener Studien von Steinhäuser et al. [14], Roos et al. [7], sowie Flum et al. [15] und bieten konkrete Ansatzpunkte zur Umsetzung.

Dass ÄiWs zur Überwindung höherer Belastungssituationen tendenziell häufiger den Wunsch nach regelmäßigem Kontakt zu Mentoren (Institutionalisiertes Mentoring) und informellem Austausch mit anderen WeiterbildungsassistentInnen (Peer-Mentoring) äußerten, lässt sich als Erscheinungsform eines problemorientierten Copings (nach Lazarus [20]) deuten. Bei dieser Bewältigungsstrategie versucht die Person Problemsituationen u. a. durch Suche nach Informationen und Hilfe zu überwinden. Institutionalisiertes Mentoring durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin spielt daher eine wichtige Rolle in der Betreuung von ÄiW. Durch Mentorenprogramme können die ÄiW sowohl auf akademischer als auch psychosozialer Ebene unterstützt und interpersonelle und kommunikative Fähigkeiten verbessert werden [21]. Gutes Mentoring in Kombination mit einer gut organisierten Weiterbildung durch das Kompetenzzentrum kann zur Verkürzung der Weiterbildungsdauer führen [13] und entscheidenden Einfluss auf Karriereentwicklung und akademische Leistungen nehmen [22]. Nach Hoffmann

et al. [23] beziehen sich die häufigsten an einen Mentor gestellten Fragen auf die Themen Stellengesuche, Bewerbung, Arbeitsverträge, Weiterbildungsrichtlinien, aber auch zu 10% auf individuelle Schwierigkeiten und Probleme.

In unserer Befragung waren von den ÄiW gewünschte Themen, die im Mentoring behandelt werden sollen u. a. auch persönliche Themen (Belastungssituationen) und fachliche Themen (u. a. Unsicherheiten, spezielle Patientenfälle), sowie der Erfahrungsaustausch mit erfahrenen Kollegen. (► **Tab. 3**) Ähnliches ergab auch eine Studie unter Studierenden im ersten klinischen Jahr, bei der die psychosoziale Unterstützung am häufigsten in Anspruch genommen wurde [24]. Kongruent zu den Ergebnissen von Roos et al. [7] wünschen sich in unserer Studie fast drei Viertel der Befragten Seminare zum Thema Niederlassung mit den Unterthemen Praxisübernahme/-einstieg, Praxisführung und Betriebswirtschaft in der Praxis. Entsprechende durch Kompetenzzentren angebotene Seminare können Sorgen und Ängsten vor der eigenen Niederlassung vorbeugen, offene Fragen zum Thema beantworten und den Wunsch nach einer eigenen Praxis fördern. In Anbetracht dessen, dass sich bereits MedizinabsolventInnen aufgrund der Sorge vor zu viel Bürokratie und Beschränkung durch externe Institutionen gegen den Beruf des Allgemeinmediziners entscheiden [25], stellen die Komponenten eines Kompetenzzentrums (in Form von Seminaren, Mentoring und Strukturierung des Curriculums) Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung des Faches dar und könnten somit dem Hausärztemangel entgegenwirken.

Limitationen

Aufgrund der niedrigen Teilnehmerzahl konnten in Subgruppenanalysen selten signifikante Effekte ermittelt werden. Dies betraf

z. B. Unterscheidung in ÄiW mit und ohne anderer Facharztausbildung (wurde in der Auswertung der Ergebnisse nicht berücksichtigt), sowie auch den Vergleich des Belastungsniveaus zwischen stationärem und ambulanten Weiterbildungsabschnitt für eine einzelne Person (ebenfalls nicht in Auswertung nicht berücksichtigt), da hier oft Angaben zu einem der Weiterbildungsabschnitte fehlten.

Die Befragung wurde unter allen bei der KOSTA-registrierten WeiterbildungsassistentInnen durchgeführt. Es ist aber davon auszugehen, dass nicht alle ÄrztInnen in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Sachsen-Anhalt bei der KOSTA registriert sind. Die Teilnahme am KOSTA-Programm erfolgt auf freiwilliger Basis. Somit konnte nicht die Gesamtheit der ÄiWs in Sachsen-Anhalt adressiert werden, woraus sich ein mögliches Selektionsbias ergibt.

Die Rücklaufquote von 33,0% in der vorliegenden Erhebung ist vergleichbar mit einer bundesweiten Evaluation durch die BÄK aus dem Jahr 2011 in Sachsen-Anhalt, in der eine Rücklaufquote von 35,9% erzielt wurde. Die für die allgemeinmedizinische Forschung nicht unübliche Rücklaufquote [26] lässt nicht zwingend auf eine fehlende Repräsentativität der Stichprobe und Verzerrungseffekte schließen [27].

Schlussfolgerung

Die MitarbeiterInnen der Kompetenzzentren sollten sensibel sein für Anzeichen von Stress und hoher Arbeitsbelastung bei den ÄiW und je nach Betreuungsbedarf ein engmaschigeres Mentoring und regelmäßigeren Kontakt realisieren. Mentoren sollen dabei Vertrauenspersonen und Ansprechpartner für fachliche Fragen und persönliche Probleme in der Weiterbildung sein.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Schwartz FW, Angerer P. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen. In Band 2 der Reihe Report Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010
- [2] Siegrist J. Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. Psychotherapeut 2011; 56: 21–25
- [3] Ishak W, Nikravesh R, Lederer S et al. Burnout in medical students – a systematic review. Clin Teach 2013; 10: 242–245
- [4] Kawamura Y, Takayashiki A, Ito M et al. Stress Factors associated with burnout among attending Physicians – a cross-sectional study. J Clin Med Res 2018; 10: 226–232
- [5] Fuchs S, Endler PC, Mesenholl E et al. Burnout bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. Wien Med Wochenschr 2009; 159: 188–191
- [6] von dem Knesebeck O, Klein J, Grosse Frie K et al. Psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Dtsch Arztebl 2010; 107: 248–253
- [7] Roos M, Blauth E, Steinhäuser J et al. Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland – eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. ZEFQ 2011; 105: 81–88
- [8] Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness – a missing quality indicator. Lancet 2009; 374: 1714–1721
- [9] Prins JT. PhD Thesis – burnout among Dutch medical residents. GMS Z Med Ausbild 2010; 27: 1–3
- [10] Blanchard P, Truchot D, Albiques-Sauvin L et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents – a comprehensive nationwide cross-sectional study. Eur J Cancer 2010; 46: 2708–2715
- [11] Steinhäuser J, Chenot JF. DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung Plus. 22.05.2013, https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf (letzter Zugriff: 22.01.2019)
- [12] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) – Kriterien für Kompetenzzentren Allgemeinmedizin. 2015, http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/Presseordner_2015/DEGAM-Positionspapier_Kriterien%20fuer%20Kompetenzzentren%20Allgemeinmedizin.pdf (letzter Zugriff: 21.01.2019)
- [13] Broermann M, Gerlach FM, Sennekamp M. Sinnvoll und vom Nachwuchs erwünscht – Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. Z Allg Med 2014; 90: 502–507
- [14] Steinhäuser J, Roos M, Haberer K et al. Bericht aus der Praxis – Das Programm Verbundweiterbildung Plus des Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg – Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven. ZEFQ 2011; 105: 105–109
- [15] Flum E, Magez J, Aluttis F et al. Das Schulungsprogramm Verbundweiterbildung Plus Baden-Württemberg – Entwicklung und Implikationen für die Implementierung von Verbundweiterbildungsprogrammen in Deutschland. ZEFQ 2016; 112: 54–60
- [16] Rödel A, Siegrist J, Hessel A et al. Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen – Psychometrische Testung an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. ZDDP 2004; 25: 227–238
- [17] Virtanen M, Stansfeld SA, Fuhrer R et al. Overtime Work as a Predictor of Major Depressive Episode – a 5-year follow-up of the Whitehall II Study. PLoS ONE 2012; 7: 1–5
- [18] Ahmed N, Devitt KS, Keshet I et al. A Systematic Review of the Effects of Resident Duty Hour Restrictions in Surgery. Ann Surg 2014; 259: 1041–1053
- [19] Riedel-Heller S, Stengler K, Seidler A. Psychische Gesundheit und Arbeit. Psychiat Prax 2012; 39: 103–105
- [20] Pflöging S, Gerhardt C. Ausgebrannte Studierende: Burnout-Gefährdung nach dem Bologna-Prozess. Journal of Business and Media Psychology 2013; 1: 1–12
- [21] Akinla O, Hagan P, Atiomo W. A systematic review of the literature describing the outcomes of near-peer mentoring programs for first year medical students. BMC Med Educ 2018; 98: 1–10
- [22] Holliday EB, Jagsi R, Thomas CR Jr et al. Standing on the shoulders of giants – Results from the Radiation Oncology Academic Development and Mentorship Assessment Project (ROADMAP). Int J Radiat Oncol Biol Phys 2014; 88: 18–24
- [23] Hoffmann M, Flum E, Steinhäuser J. Mentoring in der Allgemeinmedizin – Beratungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung. ZEFQ 2016; 112: 61–65
- [24] Fallatah HI, Park YS, Farsi J et al. Mentoring Clinical-Year Medical Students – Factors contributing to effective Mentoring. J Med Educ Curric Dev 2018; 5: 1–6
- [25] Deutsch T, Lippmann S, Heitzer M et al. Choosing to become a general practitioner – What attracts and what deters? An analysis of German medical graduates' motives. J Family Med Prim Care 2016; 5: 34–41
- [26] Lippmann S, Frese T, Herrmann K et al. Primary care research – trade-off between representativeness and response rate of GP teachers for undergraduates. Swiss Med Wkly 2012; 142: 1–6
- [27] Templeton L, Deehan A, Taylor C et al. Surveying general practitioners – does a low response rate matter? Br J Gen Pract 1997; 47: 91–94