

Qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung und begrenzte Arbeitszeit – ein Widerspruch?

Does Limited Working Time Contradict High-Quality of Care in Family Medicine?

Sandra Stengel¹, Martin Kotowicz², Pascal Nohl-Deryk^{3,4}, Simon Schwill¹

Hintergrund

Zwischen Kerninhalten der Allgemein- und Familienmedizin wie Versorgungskontinuität und langfristiger Arzt-Patienten-Beziehung einerseits und dem Bedarf der nachfolgenden Generation nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Work-Life-Balance mit resultierender begrenzter Arbeitszeit andererseits, ergibt sich ein Spannungsfeld. Ziel des Berichts ist es, Lösungsansätze für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung trotz Teilzeitarbeit aufzuzeigen.

Methoden

Während des DEGAM-Kongresses 2019 wurde ein Workshop unter der o.g. Zielsetzung durchgeführt. In zwei Arbeitsgruppen wurden Best-Practice-Modelle der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesammelt oder eine SWOT-Analyse der Teilzeittätigkeit durchgeführt. Die Ergebnisse wurden mittels Kartenabfrage zusammengetragen und anschließend im Plenum diskutiert.

Ergebnisse

Von den 18 Teilnehmenden (n = 14 weiblich) waren n = 10 Ärzt*innen (n = 7 mit hausärztlicher Tätigkeit) sowie n = 6 Medizinstudierende. In der SWOT-Analyse wurden als Stärken aus individueller Sicht neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf z.B. auch die Vereinbarkeit mit wissenschaftlichem Arbeiten und eine höhere Zufriedenheit durch vielfältige Tätigkeitsfelder erarbeitet. Bei der Qualität der Patientenversorgung wurden als Stärken beispielsweise eine integrierte Zweitmeinung und eine Steigerung der Geduld bei Teilzeittätigen genannt. Als Schwächen wurden z.B. Informationsverluste und eine Minderung der Kontinuität aufgeführt. Als Best-Practice-Modelle wurden z.B. eine Terminsprechstunde, eine Verteilung der Arbeitszeit auf mindestens zwei Tage pro Woche sowie die Erreichbarkeit der Teilzeitarbeitenden außerhalb der Präsenzzeit genannt.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse stellen eine Anregung für die Aufnahme der Themen Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Work-Life-Balance in die Weiterentwicklung der DEGAM-Zukunftspositionen dar. Die Suche nach gelingenden Arbeitsorganisationsmodellen in der hausärztlichen Versorgung sollte intensiviert werden.

Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin; Vereinbarkeit Familie und Beruf; Teilzeitarbeit; hausärztliche Versorgung; Work-Life-Balance

Background

Core principles of family medicine include continuity of care and long-lasting doctor patient relationships whereas the younger generation seeks for work-family balance as well as work-life balance. This results in limited working time and thus in an area of conflict. The aim of this report is to find solution-oriented approaches to secure high quality of care in family medicine in face of part-time work.

Methods

We conducted a workshop with the above mentioned objective at the DEGAM congress. With two working groups, one gathered best practice models in a moderated group exercise, the other conducted a SWOT analysis of part-time work. The results were collected, notecards were fixed on a pin board and discussed in the plenum.

Results

Of the 18 participants (n = 14 female) n = 10 were physicians (n = 7 family physicians) and n = 6 medical students. Besides the balancing of family and work itself the SWOT analysis recognized the compatibility with scientific work and a higher degree of satisfaction as strengths, due to more diverse fields of activity. Other strengths with regards to quality of patient care included an integrated second opinion and more patience. Weaknesses included the increasing lack of physicians, the loss of information and a decline in continuity were mentioned as well. Examples of best practice models included the distribution of working time to a least two days a week, appointment-based office hours or the accessibility of part-time workers out of official working-time.

Conclusions

The results could serve as an impulse to integrate the themes work-family balance and work-life balance in the further development of the DEGAM future positions. The search for successful working models in family medicine needs to be enhanced.

Keywords

family medicine; work-family balance; part-time work; patient-care; work-life balance

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

² Allgemeinmedizinpraxis, Neuburg/Donau

³ JADE, Junge Allgemeinmedizin Deutschland

⁴ Goethe-Universität Frankfurt am Main, Zentrum der Gesundheitswissenschaften, Institut für Allgemeinmedizin

Peer reviewed article eingereicht: 08.01.2021, akzeptiert: 19.03.2021

DOI 10.3238/zfa.2021.0341-0346

Hintergrund

Das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ ist allgegenwärtig, so auch in der Medizin und hausärztlichen Versorgung weltweit [1–4]. Von Medizinstudierenden in Deutschland wird in einer bundesweiten Online-Befragung 2018 der Faktor „Familie und Freizeit“ von 91,1 % in Bezug auf ihre spätere Berufstätigkeit als sehr wichtig oder wichtig angegeben und ist damit der bedeutsamste vor den Faktoren „beruflicher Erfolg“, „Abwechslung im Beruf“ und „Wissenschaftsorientierung“ [5]. Daneben zeigen sich folgende Trends in der Allgemeinmedizin in Deutschland: eine Zunahme von Hausärztinnen, Teilzeitarbeit, Anstellung statt Selbstständigkeit [6] sowie Elternschaft als zunehmender Einflussfaktor auf die Präferenz für eine hausärztliche Tätigkeit auch bei Männern [7]. Der Frauenanteil in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland beträgt 59 % (Stand 2019) [8]. In Deutschland stieg der Anteil der angestellten Hausärzt*innen von 3 % im Jahr 2008 auf 16,5 % im Jahr 2019, wobei 46 % ≤ 30 Stunden pro Woche arbeiten [8]. Die KarMed-Studie zeigte bei Ärztinnen in Weiterbildung mit Berufsziel der hausärztlichen Tätigkeit bei 71 % den Wunsch nach Teilzeitarbeit, bei Ärztinnen mit Kind betrug der Anteil sogar 93 % [7]. Auch die Rolle der Männer verändert sich gesamtgesellschaftlich. Beispielsweise stieg der Anteil Elterngeld beziehender Väter von 21,2 % im Jahr 2008 auf 40,4 % im Jahr 2017 bezogen auf alle Kinder, für die (mindestens) ein Elterngeldbezug gemeldet wurde, wobei der Anteil der Kinderbetreuung daraus nicht direkt abgeleitet werden kann [9].

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung prognostiziert vor dem Hintergrund der um das Arbeitszeitvolumen korrigierten „Arztköpfe“ eine sinkende Arbeitsstundenzahl im ambulanten medizinischen Bereich, insbesondere in der Gruppe der Hausärzt*innen und Grundversorgenden [10]. Dies wird auf eine hohe Anzahl von Teilzeittätigen und im Vergleich zur Gruppe der Praxisinhaber*innen nur selten über eine 40-Stunden-Woche hinausgehende Tätigkeit im Angestelltenbereich zurückgeführt [6]. Man könnte die Fra-

ge anschließen, wie heute Teilzeitarbeit überhaupt zu definieren ist – als Anteil einer 40-Stunden-Woche, als Anteil der 24/7-Präsenz des traditionellen Hausarztes oder als Anteil der durchschnittlichen 50-Stunden-Woche der niedergelassenen Hausärzt*innen, die im ZI-Praxis-Panel berichtet wird [6]?

Junge Ärzt*innen machten auf dem Deutschen Ärztetag 2018 deutlich, dass sie ihren Beruf als Berufung ansehen, aber nicht länger bereit seien, dies auf Kosten der eigenen Gesundheit oder der Familie zu leisten und machten hierbei auf den Wunsch nach Work-Life-Balance aufmerksam [11].

Zusammenfassend zeigt sich bei der nachfolgenden Generation der Wunsch nach einer Begrenztheit der Arbeitszeit, die sowohl bei der „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ als auch in der „Work-Life-Balance“ eine Rolle spielen. Dies kann auch bedeuten, dass in einer Vollzeittätigkeit „nur noch“ eine Normalarbeitszeit von 40 Stunden pro Woche angestrebt wird.

Beschriebene Kerninhalte der Allgemein- und Familienmedizin sind die Kontinuität der Versorgung, eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese als Basis der hausärztlichen Entscheidungsfindung [1, 12, 13]. Dies ist unter anderem in den Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) festgehalten [12]. Insbesondere vor dem Hintergrund des hausärztlichen Nachwuchsmangels ist eine Grundsatzdiskussion um Kernwerte der Allgemeinmedizin in Deutschland ausgelöst worden, welche auch europaweit zu finden ist [14]. Abholz sieht durch die Veränderungen wie Teilzeitarbeit und Zunahme von Hausärztinnen, den „Menschen im Mittelpunkt“ als Prinzip hausärztlicher Versorgung bedroht: „All dies führt dazu, dass der Kontakt eines Arztes zu ‚seinem‘ Patienten in Zahl, Dauer und darüber auch oft Intensivität deutlich geringer wird“ [13]. Die Weiterbildung Allgemeinmedizin gehöre in Anbetracht der „Feminisierung“ qua Dauer, Inhalten und Didaktik auf den Prüfstand, schreibt van den Bussche [7].

Wie dargelegt gibt es den Bedarf der nachfolgenden Generation nach einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Work-Life-Balance. Durch den gleichzeitigen Wunsch nach Aufrechterhaltung allgemeinmedizinischer Kernwerte ergibt sich ein Spannungsfeld, in dem die Begrenztheit der zeitlichen Ressourcen aufseiten der jungen Generation einerseits und die Kernwerte der Allgemeinmedizin andererseits ins Gleichgewicht gebracht werden müssen. Ziel dieser Arbeit ist es, das aufgezeigte Spannungsfeld aus praktischer Sicht zu beleuchten, um folgende Fragen zu beantworten:

- Wie stellen wir trotz Teilzeitarbeit eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung sicher?
- Wie optimieren wir die Arbeitsorganisation in der hausärztlichen Versorgung, um das begrenzte zeitliche Potenzial von Teilzeittätigkeiten gewinnbringend im Sinne einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung einzubringen?

Methoden

Beim DEGAM-Kongress 2019 in Erlangen wurde von den Autor*innen ein Workshop angeboten. Zielgruppe waren Ärzt*innen, welche mit dem Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ konfrontiert sind. Die Teilnahme stand allen Teilnehmenden (TN) des DEGAM-Kongresses ohne Erhebung weiterer Gebühren offen. Die Veranstaltung wurde durch zwei der Autor*innen (SSt, MK), eine wissenschaftliche Mitarbeitende und einen erfahrenen Hausarzt moderiert. Im Vorfeld wurden zwei Leitfragen zum Teilbereich „Teilzeitarbeit“ als Fokus des Workshops definiert, welche als Forschungsfragen in der Einleitung festgehalten sind.

Die Daten zur Charakterisierung der Stichprobe sowie die Möglichkeit einer Freitextangabe wurden mittels eines papierbasierten Fragebogens erfasst. Die Teilnehmenden stimmten mündlich der Veröffentlichung der Arbeitsgruppenergebnisse zu. Nach einer Einführung in das Thema erfolgte eine moderierte Gruppenarbeit. Die Zuteilung erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Eine Gruppe trug Erfahrungen zum Thema Best-Practice-Modelle zusammen, die andere

führte eine Stärken- und Schwächenanalyse nach der SWOT-Methode unter o.g. Leitfragen durch. Die SWOT-Analyse ist ein Konzept zur systematischen Situationsanalyse, welches häufig in der Unternehmensentwicklung verwendet wird. Das Akronym steht dabei für *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* [15]. Im Workshop sollten damit qualitativ und systematisch die Sicht, Erfahrungen und Lösungsansätze der Peer-group eingeholt werden. Die Ergebnisse wurden auf Karten an einem Pinboard zusammengetragen und anschließend im Plenum diskutiert.

Ergebnisse

Charakterisierung der Teilnehmenden

Die erhobenen Parameter sind in Tabelle 1 aufgeführt. Von den 18 TN waren $n = 14$ weiblich, $n = 4$ männlich. Der Anteil an Ärzt*innen betrug insgesamt $n = 10$, davon $n = 7$ mit hausärztlicher Tätigkeit. Weiterhin waren $n = 6$ Medizinstudierende und $n = 2$ nichtärztliche TN anwesend.

SWOT-Analyse

Die SWOT-Analyse zeigte Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken zu Auswirkungen von Teilzeitarbeit aus einerseits individueller Sicht bzw. aus der Sicht des Umfelds und andererseits mit Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung auf (Tab. 2).

Best-Practice-Modelle

Als Best-Practice-Modell wurde eine Verteilung der Arbeitszeit auf mindestens zwei Tage pro Woche genannt. Bei einem Arbeitsumfang von nur einem Tag in der Woche wurde keine Möglichkeit einer Kontinuität in der Patientenversorgung erlebt. Grundsätzlich wurde auch eine halbe Stelle oder eine 80%-Stelle als vereinbar mit Kontinuität erlebt. Als Ideen zur Aufteilung der Care-Arbeit (Sorgearbeit) in der Eltern-Partnerschaft wurde genannt, dass für den Einstieg in das Berufsleben jede*r die Möglichkeit einer Vollzeittätigkeit haben sollte und die jeweiligen Partner*innen beispielsweise in dieser Zeit eine berufliche Pause einlegen könnten. Auch ein Wechselschichtsystem wurde als gelingend erlebt. Als Maßnah-

Soziodemografie der Teilnehmenden (n = 18)		
Geschlecht n (%)	weiblich	14 (77,8)
	männlich	4 (22,2)
Alter (in Jahren)	Median (IQ ¹)	33 (29; 44)
Beruf n (%)	Ärzt*innen	10 (55,6)
	Medizinstudierende	6 (33,3)
	Sonstige ²	2 (11,1)
Charakterisierung der Ärzt*innen (n = 10)		
Art der Beschäftigung (n)	Ärzt*innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin ³	2
	Angestellte Ärzt*innen Hausarztpraxis	3
	selbstständig niedergelassene Hausärzt*innen	2
	Nicht hausärztlich tätig	3
Berufserfahrung in der hausärztlichen Versorgung (in Jahren)	0–5	6
	6–10	1
	11–15	0
	> 15	3
Umfang der derzeitigen hausärztlichen Beschäftigung (n = 7)	≥ 40h/Woche	2
	30 – < 40h/Woche	1
	20 – < 30h/Woche	2
	10 – < 20h/Woche	1
	< 10h/Woche	1
Teilzeiterfahrungen (in % einer Vollzeitstelle) n (%) <i>Mehrfachnennungen möglich</i>	Berufliche Pause	3
	< 25	2
	26–50	3
	51–75	3
	76–99	1
	keine	3
	Keine Angabe	1
Gründe für Teilzeiterfahrung (Freitexteingabe)	Familie (Schwangerschaft, Geburt, Schulwechsel, Elternzeit, Familienzeit, Wechsel Zuständigkeiten in der Kinderbetreuung), Arbeitszeitreduktion durch Entlastung durch AiW	

¹ Interquartilsabstand Q1;Q3

² n = 1 wissenschaftliche Mitarbeitende, n = 1 ohne Angabe

³ n = 1 Weiterbildungsjahr 4, n = 1 Weiterbildungsjahr 5

Tabelle 1 Charakterisierung der Stichprobe

men zur Kontinuitätssteigerung wurden z.B. ein kleinerer Patient*innenstamm, eine gute, standardisierte Dokumentation, Delegation und Terminsprechstunde genannt. Außerdem wurde festgehalten, dass akute Beratungsanlässe seltener eine Kontinuität erfordern würden. Der Austausch im Team sowohl innerhalb der Hausärzt*innen als auch mit den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden wur-

de als wichtig angesehen. Hierzu wurde Zeit für Teamkommunikation, die Möglichkeit einer telefonischen Erreichbarkeit außerhalb der Präsenzzeit (z.B. zur Besprechung eines Laborbefundes) und klare Absprachen mit den Arbeitspartner*innen angesehen. Als weitere Faktoren für das Gelingen einer hochwertigen Patientenversorgung in reduzierten Arbeitszeitmodellen wurden eine klare Kom-

	1. Individuelle Sicht und Sicht des persönlichen Umfelds	2. Qualität der Patientenversorgung
Stärken	Flexibilität ↑	integrierte Zweitmeinung
	Zeit für wissenschaftliches Arbeiten oder Weiterbildung ↑	Auswahl an ärztlicher Betreuung ↑
	Möglichkeit der stationären und ambulanten Patientenversorgung	Geduld ↑
	Freiräume/Freizeit/ „Auftankmöglichkeiten“ ↑	Leidenschaft ↑
	Zeit für Familie ↑	Konzentration ↑
	Kompatibilität für Familie ↑	Verständnis ↑
Schwächen	Verdienst heute ↓	Ärztmangel ↑
	Neid von Partner*in	geringere Auswahl im Akutfall
	Hausarbeit ↑	Kontinuität ↓
	Frustration durch geringe Auslastung	„gestückelte“ Befunde (bei mehreren Arzt*innen)
	selektierte Patient*innen [eingeschränktes Spektrum]	
	Schwierigkeit, eine Stelle als Arzt/Ärztin in Weiterbildung zu finden	
	Weiterbildungszeit ↑	
Chancen	vielfältige Tätigkeitsfelder möglich → Zufriedenheit	Ergänzende Behandlung durch mehrere Kolleg*innen
	Flexibilität ↑ bzgl. Urlaubsplanung, Krankheitsvertretung	Reflexion [der ärztlichen Behandlung] ↑
	mehr Aktivität ↑	Verständnis für Lebenssituationen ↑
	mehr Menschen, mehr Kommunikation → Teambildung ↑	Patient*innen haben überhaupt einen Arzt/Ärztin
Risiken	Weiterbildung ist verlangsamt	Informationsverlust → Behandlungsfehler ↑
	professionelle Entwicklung ist verlangsamt	Akzeptanz seitens der Patient*innen ↓
	Informationsverlust	persönliche [Arzt-Patienten-] Beziehung kann leiden
	Einkommen ↓	Schnellere [Überweisung] zum Gebiets-Facharzt
	Neid von Kolleg*innen	
	[Pausen in der Arbeit] Teilzeit 20h/Woche – keine Pause; Vollzeit 34–36h/Woche – mit Pause in der Praxis	
	mehr Menschen, mehr „menscheln“	
	mehr Rollen zu bedienen	
	Förderung/Anerkennung ↓	
	Zeit für Kommunikation ↑	

SWOT = Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats. Methode zur Strategieentwicklung in Unternehmen. Die Ergebnisse wurden während des Workshops auf Karten gesammelt und nach den angegebenen Kategorien sortiert. Die Ergebnisse werden wörtlich zitiert. Zusätze der Autor*innen, die dem besseren Verständnis dienen, sind in [eckige Klammern] gesetzt.

Tabelle 2 SWOT-Analyse zu Auswirkungen von Teilzeitarbeit im hausärztlichen Setting aus 1. individueller Sicht und dem persönlichen Umfeld, 2. mit Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung

munikation eigener Arbeitszeitwünsche sowie eine innere Flexibilität genannt.

Zwei TN kritisierten, dass der Workshop ausschließlich auf die Erarbeitung von Vor- und Nachteilen einer Teilzeittätigkeit ausgerichtet war. Hintergrund war der von diesen TN formulierte Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Vollzeitätigkeit.

Diskussion

Im Workshop ist es mit den Ergebnissen der SWOT-Analyse und den Best-Practice-Modellen gelungen, vielfältige Ansätze für Arbeitsorganisations- und Arbeitszeitmodelle vor dem aufgezeigten Spannungsfeld zwischen Teilzeitarbeit und Kernwerten der Allgemeinmedizin zu erarbeiten. In der Best-Practice-Gruppe wurde als Grenze für Kontinuität die Unterschreitung der Anwesenheit in der Praxis von unter zwei Tagen pro Woche beschrieben. Die genannten Maßnahmen zur Steigerung von Kontinuität wie Terminsprechstunde, ein kleinerer Patient*innenstamm und eine standardisierte Dokumentation sind in der Hausarztpraxis prinzipiell gut umsetzbar und können als Lösungsansätze für die in der SWOT-Analyse befürchteten Schwächen „Minderung der Kontinuität und persönlichen Beziehung“ dienen. Die Inputs zur Relevanz des Austauschs im Team, inklusive Erreichbarkeit außerhalb der Präsenzzeit, fügen sich in das Konzept der von van den Bussche vorgeschlagenen multiprofessionellen Zentren der Primärversorgung ein. Hier wird die Arbeit im Team betont und bereits das Eröffnen neuer Möglichkeiten für den Austausch und eine Flexibilisierung von Arbeitsplätzen durch das Fortschreiten der Informationstechnologie aufgezeigt [16].

Die in den Best-Practice-Beispielen aufgezeigten Möglichkeiten zur Rollenaufteilung in der Care-Arbeit als Eltern (Wechselschichtsystem oder abwechselnde berufliche Pause) könnten einen Input geben für die Umsetzbarkeit der von Ziegler et al. beschriebenen Arbeitszeitvorstellungen von Arzt*innen in Weiterbildung: Hier zeigt sich u.a. bei Ärztinnen mit Kind ein hoher Wunsch nach Teilzeitarbeit und eine verstärkt

wahrnehmbare Tendenz diesbezüglich auch bei Männern [17].

In der SWOT-Analyse wurden bei den positiven Aspekten aus persönlicher Sicht bzw. aus Sicht des Umfelds neben der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch die Vereinbarkeit mit wissenschaftlichem Arbeiten, Work-Life-Balance und eine höhere Zufriedenheit durch vielfältige Tätigkeitsfelder erarbeitet. Insbesondere die Benefits durch Abwechslung in den Tätigkeiten, aber auch eine Reduktion zunehmender Belastungen in den Praxen werden auch von Dwan et al. benannt [2]. Die im Workshop genannten positiven Aspekte „Steigerung von Geduld und Verständnis“ könnten eine Folge davon sein. Dass das Bedienen mehrerer Rollen auch negative Auswirkungen haben kann, wird im Workshop aus der Peergroup eingebracht und findet sich auch in der Literatur wieder. Beispielsweise beschreiben Kocalevent et al. eine Assoziation von Arbeits-Familien-Konflikten mit einem erhöhten Burnout-Risiko [18]. Hinsichtlich der Qualität der Patientenversorgung wurde als positiver Aspekt auch eine integrierte Zweitmeinung genannt. Dies kann im Idealfall dem Qualitätsmanagement durch das Vier-Augen-Prinzip dienen. Die beschriebene größere Auswahl an ärztlicher Betreuung für Patient*innen könnte die Arzt-Patienten-Beziehung bereichern. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass den TN das Spannungsfeld sehr bewusst war und sowohl Chancen als auch Grenzen begrenzter Arbeitszeit lösungsorientiert herausgearbeitet wurden.

Eine Reduktion der Arbeitszeit im (haus-)ärztlichen Bereich für eine bessere Work-Life-Balance und eine Reduktion des Burnout-Risikos wird international beschrieben [1, 19]. In der Deklaration von Genf nahm der Weltärztebund 2017 erstmalig die ärztliche Selbstfürsorge auf: „*Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können*“ [20]. Junge Ärzt*innen machen auf die Notwendigkeit eines neuen Arztbildes aufmerksam [11]. Vielleicht ist es an der Zeit, die Bedarfe der nachfolgenden Generation als einen Fakt zu

akzeptieren und diese in die Kernwertdiskussion und Gestaltung der hausärztlichen Arbeitswelt zu integrieren?

Um das begrenzte zeitliche Potenzial von (angehenden) Hausarzt*innen gewinnbringend im Sinne einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung einzubringen, erscheint uns die weitere konstruktive und lösungsorientierte Diskussion um die Kernwerte in der Allgemeinmedizin und gleichzeitig die Arbeitsorganisation in der hausärztlichen Versorgung dringend notwendig. Die Berücksichtigung der Bedarfe der aktuellen und nachfolgenden Generationen könnten eine Attraktivität des



Dr. med. Sandra Stengel ...

... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin. Sie ist seit 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg und seit 2019 Koordinatorin des Standortes Heidelberg im Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg. Neben ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit ist sie angestellt tätig in einer ländlichen Hausarztpraxis im Landkreis Karlsruhe.

Foto: Christiane Wolf

hausärztlichen Berufs darstellen bzw. diese weiter steigern. Dabei sollte beachtet werden, dass das Ausmaß der begrenzten Arbeitszeit je nach Lebensphase variiert, das heißt, eine Teilzeittätigkeit in der Allgemeinmedizin in den ersten Berufsjahren nicht automatisch mit einer lebenslangen reduzierten Tätigkeit gleichzusetzen ist [3].

Stärken und Limitationen

Die Arbeit stellt einen hypothesengenerierenden Ansatz für eine vertiefte Beschäftigung mit dem Thema

dar. Die Ergebnisse sind explorativ, die Aussagekraft ist durch die sehr kleine und hoch selektierte Stichprobe und insbesondere die geringe Anzahl an Ärzt*innen mit hausärztlicher Erfahrung eingeschränkt. Trotzdem zeigen die Ergebnisse eine hohe Übereinstimmung mit Ergebnissen aus der Literatur [1, 19]. Der Workshop wurde vor der SARS-CoV-2-Pandemie durchgeführt. Einflüsse der aktuellen Entwicklungen wie Video- oder Telefonsprechstunden auf die Teilzeitarbeit wurden nicht berücksichtigt. In einem nächsten Schritt könnte sich eine qualitative Studie mittels Interviews und/oder Fokusgruppen anschließen. Dabei könnten Ärzt*innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin und Hausarzt*innen mit Tätigkeit in verschiedenen Arbeitszeitmodellen rekrutiert werden. Dabei könnten auch Parameter für eine qualitativ hochwertige Versorgung aus Sicht der Zielgruppe Hausarzt*innen exploriert werden. Eine Querschnittsbefragung von Ärzt*innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin und Hausarzt*innen, bestenfalls in einer repräsentativen Stichprobe, könnte die Einstellungen gegenüber verschiedenen Arbeitszeitmodellen und deren Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung quantifizieren.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse stellen eine Anregung für die Aufnahme der Themen „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ und „Work-Life-Balance“ in die Weiterentwicklung der DEGAM-Zukunftspositionen dar. Eine weitere Untersuchung erfolgreicher Arbeitsorganisationsmodelle in der hausärztlichen Versorgung, die die Bedarfe der Mitarbeitenden, die Qualitätssicherung der hausärztlichen Versorgung und den Erhalt der allgemeinmedizinischen Kernwerte berücksichtigen, erscheint angezeigt.

Danksagungen: Wir danken Dr. Julia Magez und Dr. Wolfgang Blank für die Co-Moderation im Workshop.

Interessenskonflikte:
Keine angegeben.

Literatur

- Panattoni L, Stone A, Chung S, Tai-Seale M. Patients report better satisfaction with part-time primary care physicians, despite less continuity of care and access. *J Gen Intern Med* 2015; 30: 327–33
- Dwan KM, Douglas KA, Forrest LE. Are “part-time” general practitioners workforce idlers or committed professionals? *BMC Fam Pract* 2014; 15: 154–61
- Henle T. Einflussfaktoren der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Allgemeinmedizin – eine qualitative Interviewstudie. Dissertation: Freiburg, 2016
- Lachish S, Svirko E, Goldacre MJ, Lambert T. Factors associated with less-than-full-time working in medical practice: results of surveys of five cohorts of UK doctors, 10 years after graduation. *Hum Resour Health* 2016; 14: 62–73
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. Berlin: W. Kohlhammer Druckerei, 2019
- www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2016.pdf (letzter Zugriff am 15.02.2021)
- van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, et al. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). *Z Allg Med* 2019; 95: 362–6
- www.kbv.de/media/sp/2019-12-31_BAR_Statistik.pdf (letzter Zugriff am 15.02.2021)
- www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Elterngeld/Publikationen/Downloads-Elterngeld/elterngeld-geburten-j-5229201179004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 15.02.2021)
- www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf (letzter Zugriff am 15.02.2021)
- Hornung T, Thiede K, Wichmann W, et al. Es ist Zeit für ein neues Arztbild. *Dtsch Arztebl* 2018; 115: 2048
- www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff am 15.02.2021)
- Abholz H. Der Mensch im Mittelpunkt? – Über den gesuchten Weg zwischen ärztlicher Expertise und EbM-Leitlinien. *Z Allg Med* 2018; 94: 445–9
- Popert U. Fokussierung auf Kernwerte (Core Values) der Allgemeinmedizin. Von der WONCA 2019 zur WONCA 2020. *Z Allg Med* 2019; 95: 460–1
- Schneider W (Hrsg). Praxisleitfaden SWOT-Analyse. Stärken/Schwächen sowie Chancen/Risiken identifizieren und managen. Norderstedt: Books on Demand, 2020
- van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2019; 1129–37
- Ziegler S, van den Bussche H, Romer F, Krause-Solberg L, Scherer M. Berufliche Präferenzen bezüglich Versorgungssektor und Position von Ärztinnen und Ärzten nach vierjähriger fachärztlicher Weiterbildung. *Dtsch Med Wochenschr* 2017; 142: 74–82
- Kocalevent R, Pinnschmidt H, Selch S, et al. Burnout is associated with work-family conflict and gratification crisis among German resident physicians. *BMC Med Educ* 2020; 20: 145–53
- Bodenheimer T, Haq C, Lehmann W. Continuity and access in the era of part-time practice. *Ann Fam Med* 2018; 16: 359–60
- www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf (letzter Zugriff am 15.02.2021)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sandra Stengel
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg
sandra.stengel@med.uni-heidelberg.de



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam-kongress.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de