

Der Kriterienkatalog der DEGAM für die Befugnis zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin – ein Vorschlag zur Einschätzung der Strukturqualität in Weiterbildungspraxen

Zusammenfassung

Hintergrund: Der zunehmenden Strukturierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auf Ebene der zuständigen Ärztekammern steht in Deutschland noch immer ein heterogenes Anforderungsprofil für die Weiterbilder gegenüber. Auch andere Fächer sehen zunehmend die Erfordernis eines Weiterbildungsabschnittes im ambulanten Bereich.

Zielsetzung: Die derzeitige Praxis einer weitgehend unregelmäßigen und uneinheitlichen Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin durch die Landesärztekammern soll durch einen konsentierten und detaillierten Kriterienkatalog überwunden werden.

Methodik: In einen von den Autoren erstellten Erstentwurf eines Kriterienkataloges wurden Rückmeldungen von 30 wissenschaftlich tätigen Hausärzten eingearbeitet. In einem durch 30 weitere Allgemeinmediziner durchgeführten Praxistest wurde die Anwendbarkeit des Kataloges überprüft. Dabei wurde neben soziodemographischen Angaben zu den Weiterbildern und zur Struktur ihrer Praxen die Zufriedenheit der Test-Teilnehmer mit der anhand des Kataloges ermittelten Länge der Weiterbildungsbefugnis untersucht.

Ergebnis: Der Kriterienkatalog enthält insgesamt 19 Items aus den drei Domänen Qualifikation der Weiterbilder, Infrastruktur der Praxis sowie Patientenspektrum, dazu einige obligate Kriterien. Das Ergebnis des Katalogs ist ein Score, dem eine definierte Dauer der Weiterbildungsbefugnis entspricht. Von den 30 Antwortenden waren 17 mit den nach dem Katalog zu erwartenden Kriterien zufrieden, 10 waren nicht zufrieden, und einer war unentschieden.

Die Zufriedenheit korrelierte nur leicht mit der Dauer der Niederlassung, nicht mit dem Geschlecht, der eigenen Weiterbildungserfahrung oder der Anzahl der erreichten Punkte im Katalog.

Schlussfolgerung: Im vorliegenden Kriterienkatalog werden die Breite des allgemeinmedizinischen Fachgebietes und das didaktische Engagement der Weiterbilder abgebildet. Die Zufriedenheit der Teilnehmer im Praxistest war gut. Der Katalog wird von uns als Grundlage für die Vergabe der Weiterbildungsbefugnis durch die Landesärztekammern empfohlen. Er kann für andere Fächer als Blaupause genutzt werden.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin, Weiterbildung, Qualifikation, Kriterienkatalog

Hintergrund

Aktuell existiert in Deutschland eine wenig strukturierte Situation bei der Qualifikation allgemeinmedizinischer Weiterbilder.

Gesundheitspolitiker und Vertreter von Verbänden, Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen haben erkannt, dass einem drohenden Hausärztemangel v.a. in der Fläche und in unterprivilegierten Stadtbezirken entgegen gesteuert werden muss. Neben der Implemen-

tierung eines Förderprogramms für die allgemeinmedizinische Weiterbildung [Artikel 8 Abs. 2 GKV-SoIG i. d. F. des GKV-OrgWG vom 15.12.2008 http://www.gesetze-im-internet.de/gkv-solig/art_8.html - zuletzt besucht am 23.4.2013] sind vielerorts allgemeinmedizinische Weiterbildungs-Verbünde entstanden.

Bis diese Maßnahmen zur Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses greifen werden, muss ein zeitlicher Vorlauf eingerechnet werden. Daraus ergibt es sich, dass es in absehbarer Zeit mehr Weiterbildungsstellen in der Allge-

Günther Egidi^{1,2}

Ruben Bernau³

Matthias Börger¹

Hans-Michael

Mühlenfeld^{1,4}

Guido Schmiemann⁵

1 Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen, Deutschland

2 Sprecher der DEGAM-Sektion Fortbildung, Bremen, Deutschland

3 Arzt für Allgemeinmedizin in Hambergen bei Bremen, Bremen, Deutschland

4 Vorsitzender des Institutes für hausärztliche Fortbildung, Köln, Deutschland

5 Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung für Versorgungsforschung, Bremen, Deutschland

meinmedizin geben wird als Ärzte*, die einen solchen Weiterbildungsplatz suchen – eine günstige Voraussetzung dafür, die Qualifikation der Weiterbilder zu verbessern.

Im Zusammenhang mit der anstehenden Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wird viel über die während dieser Weiterbildung zu erwerbenden Kompetenzen der angehenden Hausärzte diskutiert. Im internationalen Vergleich fällt auf, dass mit Ausnahme von Modellprojekten wie der „Verbundweiterbildung plus“ [<http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/> - zuletzt besucht am 23.4.2013] eine verbindliche didaktische Qualifizierung in Deutschland praktisch nicht existiert. Auch weitere Voraussetzungen für die Weiterbildungspraxen werden nicht systematisch und einheitlich abgefragt. Bedingt durch den deutschen Föderalismus existiert aktuell ein Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen in den Landesärztekammern, der subjektiven Entscheidungen breiten Raum lässt. Beim Deutschen Ärztetag vom 28.-31.5.2013 in Hannover wurde beschlossen: „Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, im Rahmen der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) auch grundsätzliche Empfehlungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbeugnis und für die Durchführung der Weiterbildung in Praxis und Klinik zu erarbeiten.

Diese sollen der Qualitätssicherung in der Weiterbildung und der einheitlichen Umsetzung und Anwendung der MWBO in den einzelnen Kammern dienen.

Begründung: Bereits der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hatte diesen Auftrag an die Bundesärztekammer erteilt. Bereits damals wurde darauf hingewiesen, dass im Gegensatz zu der einheitlich angewendeten Weiterbildungsordnung die Kriterien, nach denen die Befugnis zur Weiterbildung beurteilt und vergeben wird, nicht transparent und in den Ländern erheblich different seien. Dies bedinge erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Organisation und der Durchführung der Weiterbildung. Hier können grundsätzliche Empfehlungen die Bedingungen vereinheitlichen.“ [116. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.9807.11302> - zuletzt besucht am 21.7.2013]

Die unterschiedliche Umsetzung der vielerorts vagen Vorgaben [1] lässt es als sinnvoll erscheinen, einen konsentierten Kriterienkatalog für allgemeinmedizinische Weiterbilder zu erstellen. Dieser Katalog soll den allgemeinmedizinischen Vertretern in den Weiterbildungsausschüssen der Ärztekammern als Richtschnur dienen. Die Einbeziehung ambulant durchgeführter Weiterbildungsabschnitte ist auch in anderen Disziplinen geplant [2]. Auch diese Fächer werden sich zukünftig mit der Formulierung von Kriterien zur Weiterbildungsermächtigung auseinandersetzen müssen.

In den letzten Jahren ist in Deutschland die Zahl der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin dramatisch zurückgegangen. [[\[kammer.de/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf\]\(http://www.kammer.de/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf\) - zuletzt besucht am 21.1.2014\].](http://www.bundesaerzte-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Im Gegensatz zu anderen Ländern mit einem primärmedizinischen System ist eine hausärztliche Tätigkeit in Deutschland mit unterschiedlichen Qualifikationen möglich (Arzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Hausärztlich tätiger Internist).

Im Jahr 1999 mussten sich die in Deutschland tätigen Internisten festlegen, ob sie überwiegend in einer internistischen Sub-Disziplin oder eher hausärztlich tätig bleiben wollten. Der Zustand, direkt aus der Inneren Medizin in die hausärztliche Versorgung überzuwechseln, kann dabei nur als Übergangsregelung verstanden werden – umfangreiche Untersuchungen belegen, dass Erkrankungen aus der Inneren Medizin nur ca. 32-40% der hausärztlichen Beratungsanlässe darstellen [3], [4], [5] [http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_2.pdf - zuletzt besucht am 21.1.2014].

Dementsprechend erscheint es besonders wichtig, die fehlenden chirurgischen, orthopädischen, psychosomatischen etc. Qualifikationen und Kompetenzen sowie eine spezifische Kenntnis der Besonderheit der ärztlichen Arbeit im Niedrigprävalenz- und Niedrigrisiko-Bereich der Hausarzt-Praxis von der allgemeinärztlichen Weiterbildung und folglich auch von den Weiterbildern zu verlangen. Es ist Aufgabe der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin, ihrer Fachgesellschaft und Berufsverbände, die Erfordernisse ihres Faches zu beschreiben, wie sich auch zu Recht keine andere Berufsgruppe von einer entsprechenden Mehrheit anderer Fachgesellschaften im Weiterbildungsausschuss der regionalen Ärztekammer vorschreiben lassen würde, welche Qualifikationen sie im Laufe ihrer Weiterbildung zu erwerben hätte.

Die DEGAM ordnet sich hiermit ein in entsprechende Initiativen im europäischen Rahmen, die sämtlich fordern, dass allgemeinmedizinische Weiterbilder

- das gesamte Spektrum der Hausarztmedizin kennen und die entsprechenden Patienten behandeln können und
- didaktische Kompetenzen brauchen [6], [7].

Ziel des hiermit vorgelegten Kriterienkataloges ist es, eine transparente, sowohl die didaktische Qualifikation der Weiterbilder als auch die Breite des Faches abbildende Entscheidungshilfe für die Weiterbildungsausschüsse der Landesärztekammern zur Verfügung zu stellen.

Methode

Das Projekt Kriterienkatalog für allgemeinmedizinische Weiterbilder

Eine hausärztliche Expertenrunde erarbeitete zunächst einen Erstentwurf für einen Kriterienkatalog, der die gesamte Breite des Faches Allgemeinmedizin abbildet und die Spezifika hausärztlicher Tätigkeit [<http://www.degam.de/index.php?id=303> - zuletzt besucht am

23.4.2013] [8], [9] sowie didaktische Fähigkeiten hervorhebt.

Neben wenigen „Ausschluss-Kriterien“ (zu geringe Patientenzahl, keine Durchführung von Hausbesuchen) ist der Katalog in die Bereiche

- Qualifikation des Weiterbilders
- Infrastruktur der Praxis und
- Spektrum der von der Praxis versorgten Patienten gegliedert.

Der Katalog wurde einem Delphi-Prozess unter Einbeziehung des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der Sektionen Fort- und Weiterbildung der DEGAM, der Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE [<http://www.jungeallgemeinmedizin.de/tiki-index.php?page=Willkommen> - zuletzt besucht am 23.4.2013]) sowie des „Allgemeinmedizinischen Listservers“ unterzogen.

Rückmeldungen von insgesamt 30 Personen bzw. Organisationen wurden in kommentierter Form in einer Synopse zusammengestellt und zur erneuten Kommentierung freigegeben. Dieser Prozess wurde dreimal wiederholt. In abschließender Diskussion unter den 5 Autoren wurde eine Konsenslösung bei den strittigen Punkten gefunden. Die Synopse ist auf der Homepage der Bremer Akademie für hausärztliche Fortbildung [http://www.hausaerzteverband-bremen.de/uploads/media/SynopseRueckmeldungenKriterienWeiterbilderAllgemeinmedizin_3b.doc - zuletzt besucht am 21.1.2014] einsehbar.

Besonders kontroverse Items waren

- Betonung chirotherapeutischer Untersuchungstechniken der Bewegungsorgane
- Einsatz der Videokamera zur gemeinsamen Reflexion und Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten
- Normative, „DEGAM-nahe“ Kriterien
- Stellenwert apparativer Untersuchungen in der Hausarztpraxis
- Maximale Weiterbildungszeit in einer Praxis

Begründungen für die einzelnen Items des Kataloges wurden, um die Länge dieses Artikels zu begrenzen, in einen Web-Appendix ausgegliedert [http://www.hausaerzteverband-bremen.de/uploads/media/Erlaeuterungen_zu_den_einzelnen_Items_des_Kriterienkataloges_fuer_allgemeinmedizinische_Weiterbilder.pdf - zuletzt besucht am 21.1.2014].

Ergebnis

Der Kriterienkatalog für allgemeinmedizinische Weiterbilder

Präambel:

Praxen im ambulanten hausärztlichen Bereich (kurz: Hausarztpraxen) sollen hinsichtlich

- der didaktischen Qualifikation der Weiterbilder,
- des Patientenspektrums und
- der Infrastruktur der Praxen

bestimmte Mindest-Kriterien erfüllen, damit ihre Inhaber als allgemeinmedizinische Weiterbilder zugelassen werden können. Aus einem Punkte-Score müssen aus jeder Domäne ein Drittel, aus der Domäne Infrastruktur die Hälfte der Punkte erreicht werden.

Einige wenige Kriterien werden als obligat definiert, aus der Gesamt-Punktzahl der Kriterien der drei Bereiche ergibt sich die maximale Weiterbildungszeit.

Obligate Kriterien:

Grundsätzlich dürfen Hausarzt-Praxen nur dann weiterbilden, wenn es ein für den Arzt in Weiterbildung unabhängig vom Weiterbilder und ggfs. weiteren tätigen Ärzten benutzbares Sprechzimmer in der Praxis gibt.

Weitere obligate Voraussetzungen:

- Durchführung von Weiterbildungsgesprächen mindestens einmal im Quartal
- Mindestens wöchentliche Fallbesprechungen
- Kontinuierlich gepflegtes Qualitätsmanagement-System
- Hilfe beim Suchen und Finden eines Mentors für die allgemeinmedizinische Weiterbildung, sofern vom Weiterzubildenden gewünscht. (Gemeint ist ein erfahrener Hausarzt, an den sich der Arzt in Weiterbildung wenden kann, um Orientierungshilfen zu bekommen. Dies soll ausdrücklich nicht der Weiterbilder sein, damit der Weiterzubildende auch die Möglichkeit bekommt, über eventuelle Probleme mit seinem Weiterbilder zu berichten.)
- Eine vom jeweiligen weiterbildenden Arzt versorgte Patientenzahl <400/Quartal schließt eine Befugnis zur allgemeinmedizinische Weiterbildung aus.
- Praxen, die keine Hausbesuche durchführen, sind für die allgemeinmedizinische Weiterbildung nicht geeignet.

Die Qualifikation der Weiterbilder ist das wichtigste Kriterium für die Vergabe einer Weiterbildungs-Befugnis. Entsprechend können in diesem Bereich die meisten Punkte vergeben werden (siehe Tabelle 1). Um zur Weiterbildung Allgemeinmedizin zugelassen zu werden, müssen von 26 möglichen Punkten in der Domäne Qualifikation des ärztlichen Weiterbilders mindestens 10 erreicht werden. Aspekte der Infrastruktur waren den Autoren des Kriterienkataloges weniger wichtig als die Qualifikation der Weiterbilder – entsprechend können in dieser Domäne nur maximal 14 Punkte erreicht werden (siehe Tabelle 2). Dies ist in vielen Punkten leicht möglich, weshalb der Anteil obligat zu erreichender Punkte höher angesetzt wurde: um zur Weiterbildung Allgemeinmedizin zugelassen zu werden, müssen von 14 möglichen Punkten in der Domäne Infrastruktur mindestens 6 erreicht werden.

Ein möglichst breites Spektrum der in der Praxis versorgten Gesundheitsprobleme wurde von den Autoren hinsichtlich seiner Wichtigkeit im Katalog zwischen der Qualifikation der Weiterbilder und der Infrastruktur der Praxis eingeordnet (siehe Tabelle 3). Weil hier die ganze Bandbreite des allgemeinmedizinischen Fachgebietes abgebildet werden soll, wurde der Anteil obligat zu erbringender Punkte im Kriterienkatalog noch höher angesetzt:

Tabelle 1: Domäne Qualifikation des ärztlichen Weiterbilders

Nr.	Kriterien	Bewertung	Punkte-Korrektur	Ist-Analyse
1.	Psychosomatische Grundversorgung	Vorlage der Berechtigung, Abrechnung der GOP 35100 und 35110	+ 4	
		Regelmäßige oder zumindest alle 5 Jahre an Wochenenden Teilnahme an einer Balintgruppe	+ 2	
2.	Qualifikation zur Behandlung von Störungen des Bewegungsapparates/ kleine Chirurgie	Mindestens ½-jährige Weiterbildung in der Orthopädie – ersatzweise Zusatzbezeichnung Chirotherapie und Abrechnung der GOP 30200 und 30201	+ 2	
3.		Mindestens ½ Jahr chirurgische Weiterbildungszeit	+ 1	
		Durchführung kleinchirurgischer Eingriffe (Abrechnung der GOP 02301, 02302) oder der Versorgung chronischer Wunden (GOP 02310) in der Praxis	+ 2	
4.	Weiterbilder-Qualifikation	Teilnahme an einem hausärztlichen Qualitätszirkel.	+ 1	
5.		Moderation eines Qualitätszirkels	+1	
		Teilnahme an Qualifikations-Seminaren für hausärztliche Weiterbilder		
		1 Seminar	+1	
		2 Seminare	+ 2	
		3 und mehr Seminare	+ 3	
		Die Praxis ist akademische Lehrpraxis	+2	
6.		Führen des Labels DEGAM-Hospitations-Praxis http://www.degam.de/index.php?id=links2 , zuletzt besucht am 23.4.2013]	+ 2	
7.		Anzahl bereits Weitergebildeter	+ 4	
	1-3	+ 1		
8	> 3	+ 1		
9.	Teilnahme an einer Verbundweiterbildung	+ 1		
	Mindestens ½ jährige eigene Weiterbildung			
	- in der Pädiatrie			
	- in der Gynäkologie			

um zur Weiterbildung Allgemeinmedizin zugelassen zu werden, müssen von 18 möglichen Punkten in der Domäne Praxis-Spektrum mindestens 10 erreicht werden.

Maximal erreichbare Punkte: 58 Punkte

Zuteilung der Weiterbildungsbefugnis:

26-30 Punkte: 6 Mon

31-37 Punkte: 12 Mon

38-45 Punkte: 18 Mon

46-58 Punkte: 24 Mon

Gemäß der Musterweiterbildungsordnung können bis zu 42 Monate der allgemeinmedizinischen Weiterbildung im ambulanten Bereich abgeleistet werden. Um den Ärzten in Weiterbildung auch einen Perspektivenwechsel zu ermöglichen, erachtet die Autorengruppe eine maximale Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich von 24 Monaten an einer Weiterbildungsstätte für ausreichend, so dass ggf. an eine andere Weiterbildungsstätte gewechselt werden sollte.

Praxistest:

Tabelle 2: Domäne Infrastruktur

Nr.	Kriterien	Bewertung	Punkte-Korrektur	Ist-Analyse
10.	Praxisgröße (Fallzahl je Arzt)	401 – 650 651 –1200 1201- 1499 >1500	-2 0 -2 -4	
11.	Land- oder Stadtpraxis	Weiterbildung in Orten mit Einwohnerzahl bis 5000	+2	
12.	Einsatz strukturierter Instrumente zur Weiterbildung	DEGAM-Feedback-Bogen Allgemeinmedizinische Weiterbildung	+ 1	
DEGAM-Curriculum „Die Praxis als Lernort		+ 1		
Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin		+ 1		
DEGAM-Leitlinien und Patienten-Informationen sind in der Praxis vorhanden		+ 1		
13.	Praxisform	Gemeinschaftspraxis, Praxismgemeinschaft bzw. Einzelpraxis mit weiteren angestellten Ärzten	+ 1	
Einzelpraxis		0		
14.	Technische Voraussetzungen	Elektronische Karteikarte vorhanden und Rezepte/Überweisungen elektronisch	+ 2	
15.		Freier Zugriff auch auf kostenpflichtige Online-Datenbanken (Arzneitelegramm, Arzneimittelbrief u.ä.)	+ 2	
16.		Einsatz einer Videokamera zum Zweck der Weiterbildung	+ 2	
17.		Nutzung eines Spirometers ausweislich der GOP 03330	+ 1	
Wenn die Ärzte in Weiterbildung in den klinischen Abschnitten ihrer Weiterbildung nicht die Möglichkeit hatten, die Qualifikationen Sonographie, Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung zu erlernen, muss der Weiterbilder das Erlernen ggfs. in Kooperation mit anderen Praxen anbieten können.				

Im Sommer 2012 wurde ein Praxistest in hausärztlichen Praxen hinsichtlich von Machbarkeit und Angemessenheit des Kriterienkataloges durchgeführt.

30 Hausärzte aus dem allgemeinmedizinischen Listserver sowie den Sektionen Fortbildung und Weiterbildung der DEGAM beteiligten sich und beantworteten neben soziodemographischen (Alter, Geschlecht, Dauer der Niederlassung, Größe der Ortschaft, formale Qualifikation, Praxisgröße) auch Fragen nach eigenen Zusatzqualifikatio-

nen, Erfahrungen als Weiterbilder, der Anzahl im Kriterienkatalog erreichter Punkte sowie der Einschätzung der Angemessenheit der daraus resultierenden Dauer einer Weiterbildungsbefugnis (siehe Tabelle 4).

Dies wurde ergänzt um offene Fragen nach fehlenden und ggfs. für überflüssig gehaltenen Kriterien.

Die abhängige Variable Zufriedenheit mit der Zahl erreichter Punkte im Kriterienkatalog wurde mit den Grundvaria-

Tabelle 3: Domäne Praxis-Spektrum

Nr.	Kriterien	Bewertung	Punkte-Korrektur	Ist-Analyse
17.	Versorgung von Kindern und Jugendlichen	Jedes Quartal Abrechnung der GOP 01720 und/oder 03110	+ 4	
18.	Hausbesuchstätigkeit	< 10 Hausbesuche	+ 2	
		11-50 Hausbesuche	+ 3	
		>50 Hausbesuche /Quartal ausweislich der GOP 01410-01415	+ 4	
		Möglichkeit für die Ärzte in Weiterbildung, unter hausärztlicher Supervision am ärztlichen Notdienst teilzunehmen	+ 2	
19.	Strukturierte Versorgung älterer und chronisch kranker Menschen	Versorgung geriatrischer Patienten ausweislich der GOP 03240	+ 2	
		Versorgung von Patienten im Pflegeheim nach Selbstauskunft	+ 2	
		Teilnahme an den hausärztlichen DMP Asthma, COPD, Diabetes und KHK	+ 2	
		Durchführung von DMP-Schulungen in der Praxis oder Teilnahme an Schulungsverein	+ 2	

Tabelle 4: Auswertung des Praxistestes - 30 Befragte antworteten

Alter der Antwortenden	Mittelwert 51,2 Jahre	Standardabweichung (Sw.) 7,5 Jahre
Geschlecht	Männlich 27/30	Weiblich 3/30
Dauer der Praxistätigkeit	Mittelwert 16,5 Jahre	Stabw. 9,0 Jahre
Praxistyp	Einzelpraxis 12/29	
	Gemeinschaftspraxis 14/29	
	Praxisgemeinschaft 3/29	
Ortsgröße	bis 2.000 Einwohner 6/28 = 21,4%	
	2-5.000 Einwohner 7/28 = 25,0%	
	5-10.000 Einwohner 7/28 = 25,0%	
	10-50.000 Einwohner 4/28 = 14,3%	
	über 100.000 Einwohner 4/28 = 14,3%	
Berufliche Qualifikation	Hausarzt/Facharzt für Allgemeinmedizin 27/29	Hausärztlicher Internist 2/29
Anzahl Zusatzbezeichnungen	Mittelwert 2,3	Sw. 1,5
Patientenzahl/Praxis	Mittelwert 1904,6	Sw. 954,0
Erfahrung als Weiterbilder	Ja 19/28	Nein 9/28

blen Alter, Geschlecht, Dauer der Weiterbildungsbefugnis etc. korreliert.

62,96% der Antwortenden waren mit den nach dem Katalog zu erwartenden Kriterien zufrieden, 37,04% waren nicht zufrieden, und 3,70% waren unentschieden (siehe Abbildung 1).

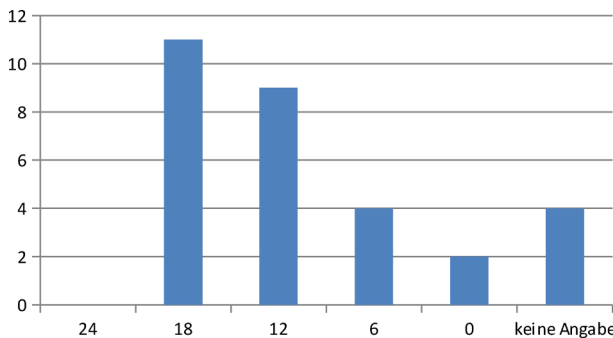


Abbildung 1: Dauer der nach dem Kriterienkatalog errechneten Weiterbildungsbefugnis bei den am Praxistest Teilnehmenden (n=30) in Monaten

In der Tendenz waren länger niedergelassene Ärzte eher mit der Zahl erreichter Punkte im Katalog zufrieden. Ein Zusammenhang mit dem Geschlecht, der eigenen Weiterbildungserfahrung und der Anzahl der erreichten Punkte (und damit der Dauer der Weiterbildungsbefugnis) im Katalog besteht nicht. Die Korrelation wurde nach Kendalls rank correlation tau berechnet. Hinsichtlich der Beziehung der Zahl der erreichten Punkte im Katalog zur Zufriedenheit lag die Korrelation bei 0,105.

Am meisten Kritik wurde an den Kriterien Vorhandensein einer Videokamera, Bewertung der Chirotherapie, Stellenwert der Sonographie sowie auf die DEGAM bezogenen Kriterien (Weiterbildungs-Curriculum, Feedback-Bogen, Leitlinien sowie Hospitations-Label der DEGAM) geäußert. Die Autoren entschieden sich, diese Kriterien dennoch im Katalog zu behalten. Die ausführliche Begründung ist im web appendix dargestellt [http://www.hausaerzteverband-bremen.de/uploads/media/Erlaeuterungen_zu_den_einzelnen_Items_des_Kriterienkataloges_fuer_allgemeinmedizinische_Weiterbilder.pdf].

Umsetzung des Kataloges:

Die DEGAM-Sektionen Fortbildung und Weiterbildung haben dem vorliegenden Kriterienkatalog zugestimmt. Im Rahmen der anstehenden Überarbeitung der Musterweiterbildungs-Ordnung durch die Bundesärztekammer und den Deutschen Ärztetag beansprucht die DEGAM in Absprache mit dem Berufsverband für sich die Kompetenz, die Qualifikations-Kriterien für die Weiterbilder in ihrem Fachgebiet zu definieren – und strebt eine Übernahme dieser Kriterien durch die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin sowie der Landesärztekammern an.

Diskussion

In diesem Artikel wird ein Vorschlag für eine Deutschlandweite, transparente Darstellung von Kriterien zur Ermittlung der Weiterbildungsermächtigung in der Allgemeinmedizin vorgestellt.

Dieser Vorschlag ist eine Antwort auf die teils unregelmäßigen, teils deutlich voneinander abweichenden Verfahrensweise in den verschiedenen Landesärztekammern. Eine gezielte Befragung sämtlicher deutscher Landesärztekammern ergab ein sehr uneinheitliches Bild (Alle Landesärz-

tekammern wurden am 8.2.2013 angefragt. Zehn LÄK antworteten bis zum 22.3.2013. Eine Übersicht ist dargestellt siehe Anhang 1, [10].

Stärken dieses Konzeptes sind die Durchführung mehrerer Feedbackschleifen, die transparente Darstellung deren Ergebnisse sowie die Durchführung eines Praxistests. Schwächen bestehen in der geringen Teilnehmerzahl an Feedbacks und Praxistests sowie der Selektion aus einem Kreis besonders motivierter Hausärzte.

Wie in der ersten Rückmeldungsrunde bestand die größte Unzufriedenheit bei den Kriterien Vorhandensein einer Videokamera, Chirotherapie/Orthopädie sowie DEGAM-bezogenen Kriterien (Weiterbildungs-Curriculum, Feedback-Bogen, Leitlinien sowie Hospitations-Label der DEGAM). Die normativen Kriterien haben das Ziel, eine Verhaltensänderung zu induzieren. Sie diskriminieren nicht. Die Notwendigkeit, Fähigkeiten bei Diagnose und Behandlung von Störungen der Bewegungsorgane, operationalisiert durch die Zusatzbezeichnung Chirotherapie und/oder eine Tätigkeit in der Orthopädie abzubilden, wurde im Katalog ausführlich diskutiert. Einige Anregungen aus dem Praxistest wurden in eine Neufassung des Kriterienkataloges aufgenommen. Dies betrifft beispielsweise die Berücksichtigung der Tätigkeit auf dem Land sowie die Möglichkeit Balintgruppen in unterschiedlichen Formaten anzuerkennen (zu den Einzelheiten sei auf die Synopse verwiesen, siehe Anhang 2)

Eine Alternative zum vorliegenden Kriterienkatalog könnte darin bestehen, nicht unterschiedliche Zeiträume für die Weiterbildungsbefugnis zu erteilen, sondern wie in etlichen anderen Ländern eine allgemeine Befugnis, wenn bestimmte Minimal-Kriterien erfüllt sind. Ein solches Vorgehen könnte vor dem Hintergrund eines Mangels an Hausärzten erforderlich sein – allerdings würde dies nicht zum erwünschten didaktischen Qualitätszuwachs führen. Auch wenn die Hausärzte in der Evaluation der Weiterbildung von allen Fachgruppen am besten abschnitten [<http://www.baek.de/page.asp?his=1.128.6936>, zuletzt besucht am 23.4.2013], bleibt hinsichtlich der Qualität der Weiterbildung sicherlich noch erheblicher Verbesserungsbedarf.

Im Jahr 2009 untersuchte eine internationale Expertenkommission aus Dänemark, Großbritannien und den Niederlanden auf Einladung der DEGAM das deutsche System der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Das Urteil dieser Experten war vernichtend [10]:

- es gebe kein standardisiertes Curriculum,
- es gebe kein Training für Weiterbilder,
- Weiterbilder würden nur nach formalen Kriterien ausgewählt
- es werde kein formatives Assessment durchgeführt
- die Rolle der Ärztekammern bei der Weiterbildung solle hinterfragt, die Weiterbildung solle in die Kompetenz der Fachgesellschaft gegeben werden
- die Weiterbildung werde in Deutschland offensichtlich eher von politischen als von pädagogischen Erwägungen geleitet.

Ein Vergleich mit den aktuellen Vorgaben in verschiedenen europäischen Ländern zeigt, dass die Vorgaben in den zentralen Elementen sehr unterschiedlich gehandhabt werden – siehe Anhang 3.

Die Vorgaben betreffen Infrastruktur, didaktische Schulung der Weiterbilder und Praxisgröße. Auch in anderen europäischen Ländern besteht wie bei den Teilnehmern des Praxistestes die Befürchtung, durch zu scharfe Qualitätskriterien potenzielle Weiterbilder abzuschrecken und dadurch möglicherweise sogar zu einer Verschärfung des sich abzeichnenden Hausärztemangels beizutragen. Dem ist entgegen zu halten, dass aktuell deutlich mehr allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen zur Verfügung stehen, als nachgefragt werden. Attraktive Modelle einer guten allgemeinmedizinischen Weiterbildung könnten sich als „Marktvorteil“ herausstellen – und perspektivisch dazu beitragen, dass sich die Qualität der Weiterbildung in der Fläche verbessert. Die steigende Attraktivität der Verbundweiterbildungen kann als Indiz für den Wunsch nach verbesserter Qualität angesehen werden.

Die vorliegende Arbeit behandelt vorrangig die Weiterbildung für eine Tätigkeit in der Hausarztpraxis. Beim Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover wurde intensiv darüber diskutiert, ob auch in anderen Fächern obligate Weiterbildungsabschnitte im ambulanten Bereich eingeführt werden sollten [<http://www.aerzteblatt.de/archiv/140872/Entschliessungen-zum-Tagesordnungspunkt-IV-%28Muster-%29Weiterbildungsordnung>, zuletzt besucht am 21.1.14]. Auch wenn uns keine Belege darüber vorliegen – nicht zuletzt, weil aktuell in anderen Fächern als der Allgemeinmedizin nur kleine Teile der Weiterbildung im ambulanten Bereich stattfinden, ist davon auszugehen, dass ein Kriterienkatalog wie der hier diskutierte als Grundlage für den Einsatz auch in anderen Fächern dienen könnte.

Nach der Veröffentlichung dieses Kriterienkataloges streben die Autoren eine Annahme durch die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin bei der Bundesärztekammer an. Von dort sollte eine der Rechtssicherheit und der geografischen Mobilität der Weiterzubildenden halber möglichst einheitliche Implementierung in den Landesärztekammern erfolgen.

Schlussfolgerungen

Der vorliegende Katalog stellt unserer Kenntnis nach den einzigen Vorschlag für einen transparenten Kriterienkatalog zur Quantifizierung der Weiterbildungsbefugnis dar. In unserem Vorschlag werden sowohl die Breite des allgemeinmedizinischen Fachgebietes als auch die didaktische Fähigkeiten der Weiterbilder abgebildet. Die hohe Zufriedenheit der Teilnehmer am Praxistest spricht für die Umsetzbarkeit des Vorschlags. Der Katalog sollte zur Grundlage für die Vergabe der Weiterbildungsbefugnis durch die Landesärztekammern genommen werden. Einzelne Merkmale, insbesondere aber der Prozess der Entwicklung dieses Kataloges können anderen Fächern als

Blaupause für die Einführung ambulanter Weiterbildungsabschnitte dienen.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Frau Professor Erika Baum vom Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin an der Philipps-Universität Marburg für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Anmerkung

*Wenn die männliche Form benutzt wird, geschieht dies nur aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Frauen und Männer.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2014-31/zma000900.shtml>

1. Anhang 1.pdf (47 KB)
Rückmeldungen Landesärztekammern auf die Frage, ob es bei ihnen einen Kriterienkatalog für allgemeinmedizinische Weiterbilder gibt
2. Anhang 2.pdf (132 KB)
Allgemeines
3. Anhang 3.pdf (106 KB)
Rückmeldungen aus anderen europäischen Ländern zu Kriterien für allgemeinmedizinische Weiterbilder

Literatur

1. Hummers-Pradier E, Gagyor I. Weiterbildungsverhinderung im Fach Allgemeinmedizin – eine Chronologie. *Z Allg Med.* 2013;89:77-78.
2. Korzilius H. Ambulante Weiterbildung: Von der Rotation profitiert jeder. *Dtsch Arztebl.* 2013;110(14):A-639/B-567/C-567.
3. Abholz HH, Hager C, Rose C. Was tun wir? Sekundärauswertung der Düsseldorfer Studie zu Behandlungsanlässen in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med.* 2003;79:176–178. DOI: 10.1055/s-2003-39955
4. Bödecker AW. Wissen wir, was wir tun? Eine empirische Untersuchung zu Behandlungsanlässen und deren Fächer-Zuordnung. *Z Allg Med.* 2003;79:169–172. DOI: 10.1055/s-2003-39953
5. Braun V. Inhalte allgemeinmedizinischer Tätigkeit – eine Wochenanalyse in 25 bundesdeutschen Praxen. *Z Allg Med.* 2003;79:173-175. DOI: 10.1055/s-2003-39954

6. EURACT. EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu/Estonia: EURACT Council; 2002.
7. NHS East Midlands Healthcare Workforce Deanery. General Practice Speciality Training (+ Foundation) Educational Supervisor/Training Practice Approval and Re-approval – Informal, Self and Visitor Assessment Document. London: NHS East Midlands Healthcare Workforce Deanery; 2011.
8. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT). Selection of General Practice / Family Medicine (GP/FM) Trainers / in Practices and Implementation of Specialist Training GP/FM. Jerusalem, Israel: EURACT; 2012.
9. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA-Europe). The European definition of general practice/family medicine. Ljubljana, Slovenia: WONCA Europe; 2011. Zugänglich unter/available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
10. Maagaard R, Pawliwska T, van Berkestijn L. Speciality Training for General Practice in Germany. Frankfurt: Degam; 2009. Zugänglich unter/available from: http://www.degam.de/dokumente/aktuell_2009/Report%20German%20GP%20Vocl%20Training%20Commission%20July%20final-amalgamated%20not%20confidential.pdf

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Günther Egidi
 Arzt für Allgemeinmedizin, Huchtinger Heerstr. 41, 28259
 Bremen, Tel. +49 (0)421/5797675, Deutschland
 familie-egidi@nord-com.net

Bitte zitieren als

Egidi G, Bernau R, Börger M, Mühlenfeld HM, Schmiemann G. Der Kriterienkatalog der DEGAM für die Befugnis zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin – ein Vorschlag zur Einschätzung der Strukturqualität in Weiterbildungspraxen. *GMS Z Med Ausbild.* 2014;31(1):Doc8. DOI: 10.3205/zma000900, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009002

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2014-31/zma000900.shtml>

Eingereicht: 06.06.2013

Überarbeitet: 28.11.2013

Angenommen: 04.12.2013

Veröffentlicht: 17.02.2014

Copyright

©2014 Egidi et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.

DEGAM criteria catalogue for training practices in Primary Care – a proposal for the assessment of the structural quality of training practices

Abstract

Background: Whilst the structure of primary care vocational training in Germany is being increasingly formalized there remains an abundance of disparate locally defined criteria for the training practices. Advanced medical training in the ambulatory setting has also been identified as an area of need by other specialties.

Goal: In contrast to the current practice of a unregulated authorization by regional medical associations this catalogue provide transparent, clearly defined criteria for the assignment of training practice status.

Methods: The first draft of the criteria catalogue integrates feedback from 30 academic general practitioners. The feasibility of the catalogue was tested by a further 30 surgeries. Analysis included an assessment of the sociodemographic characteristics of the trainers and their practices as well as satisfaction of the participants with the approved authorization period.

Results: The criteria catalogue comprises 19 items within the domains of trainer qualification, practice infrastructure and patient specific factors as well as mandatory criteria. The points scored through this system confer a variable period of authorization. Of the 30 participants 17 were satisfied with the period of authorization they received, 10 were dissatisfied, and one was indifferent.

Satisfaction showed no correlation with sex, experience as a trainer, or with the score achieved through the criteria catalogue. It correlated little with the length of time practicing as a doctor.

Conclusion: The criteria catalogue reflects both the breadth of general practice as well as the skills of the trainers. Satisfaction of participants in the test group was good, and infers a basis for applying the catalogue through regional medical associations to assign teaching practice status. It may also be used as a blue-print for other medical specialties.

Keywords: General practice, qualification, medical training, vocational training, criteria catalogue

Günther Egidi^{1,2}

Ruben Bernau³

Matthias Börger¹

Hans-Michael

Mühlenfeld^{1,4}

Guido Schmiemann⁵

1 General Practitioner, Bremen, Germany

2 speaker on medical education DEGAM, Bremen, Germany

3 General Practitioner Hambergen nr. Bremen, Bremen, Germany

4 chairman institute for general practitioners medical education, Cologne, Germany

5 University Bremen, Institute for Public Health, speaker quality improvement DEGAM, Bremen, Germany

Background

The status quo for trainees in Primary Care in Germany is one of little structure. Health policy makers as well as representatives of interest groups, health insurance companies, and primary care federations recognise that they must address an impending shortage of primary care physicians, particularly in underprivileged regions.

A number of general practice vocational training schemes have sprung up alongside the program for promoting training in General Practice [Article 8 Abs. 2 GKV-SolG i. d. F. des GKV-OrgWG from 15.12.2008 http://www.gesetze-im-internet.de/gkv-solg/art_8.html, last viewed 23.4.2013].

A hiatus must be anticipated until measures to secure the next generation of Primary Care physicians takes effect. It follows that in the foreseeable future the number of training posts will outnumber the number of doctors who are seeking them - which in turn favours developing the skills of trainers.

The skills demanded of budding General Practitioners will be a key area of discussion at the upcoming review of the existing training model by the German Medical Association. When viewed in the international context - with the exception of model projects such as "Verbundweiterbildung plus" [<http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/>, last visited on 04.23.2013] - it is clear that a comparable training program does not exist in Germany.

Training practices are not systematically and uniformly reviewed. As a result of German federalism there exists

a patchwork of regulations throughout the regional medical associations, and the guidance offered by these organisations is hugely varied.

At the German Medical Assembly from 28.-31.5.2013 in Hannover it was decided that: "The German Medical Association must, as part of the revision of the training model (MWBO), consider how training is delivered in practices and clinics. The intention; to provide quality assurance for trainees and a uniform platform for the implementation of MWBO throughout the regional medical associations.

The Federal Chamber of Physicians was given this same instruction at the 114th German Medical Assembly in 2011 in Kiel. At that time it was also highlighted that that in contrast to clear regulation for further training, there was huge variation in application between states and lacked transparency. There are significant differences between states both in the organization and delivery of training. The principle recommendations are brought together here. "[116. German Medical Assembly, summary of resolutions, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.9807.11302>, last viewed on 21.7.2013]

The haphazard manner in which vague guidance is currently applied [1] makes the development a consensus based Criteria Catalogue for General Practice trainees a logical first step. The catalogue is intended to serve as a guide to the training committees of the state medical associations.

Rotations in the outpatient setting are also planned for other specialities [2]. In the future these specialities will also have to address the development of criteria for training authorisation. In recent years there has been a dramatic fall in the number of new General Practitioners being registered. [<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf>, last viewed on 21.1.2014].

In contrast to other countries who employ a primary care system, in Germany it is possible to work as a General Practitioner with a variety of qualifications (Physician for General Practice, Practical Doctor ("Praktischer Arzt"), General medical physician working in primary care)

In 1999, German general medical physicians were required to decide whether they wanted to remain predominantly in a medical speciality or work as a primary care physician. The ability to switch directly from general medicine to primary care, can only be understood as a transitional arrangement - as numerous studies reveal that general medical presentations constitute only some 32-40% of Primary Care consultations [3], [4], [5] [http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_2.pdf, last viewed on 21.1.2014]. Accordingly it follows that training in general practice demands those missing surgical, orthopaedic and psychosomatic skills and competencies of its trainees, as well as specific knowledge of low-prevalence and low-risk areas of general practice. It is the task of the primary care community and their professional associations to describe the competencies required of their trade. No other professional group

of a similar stature would allow itself to be dictated to by regional medical associations with regard to their training needs.

DEGAM herewith requires that - in keeping with european precedent - all GP trainers can demonstrate an understanding of, and can consequently consult on, the full spectrum of Primary Care medicine didactic competencies [6], [7].

The aim of the outlined criteria catalogue is to provide the state medical associations with a clear overview of training needs across the spectrum of primary care for those wishing to be engaged as trainers.

Method

The criteria catalogue project for General Practice Trainees

A first draft of the criteria catalogue was drawn up by a panel of Primary Care experts, and was intended to reflect the breadth of the speciality [<http://www.degam.de/index.php?id=303>, last visited on 04/23/2013] [8], [9] as well as picking out specific relevant competencies and skills.

The catalogue is divided into the following sub-headings (aside from certain "exclusion criteria" such as insufficient patient numbers and no home visits)

- Trainers previous qualifications
- Practice infrastructure
- Practice demographic

The catalogue was critiqued using the Delphi method, by way of the Board of the German Society of General Practice and Family Medicine (DEGAM), the DEGAM panels for training and education, the society for newly qualified General Practitioners in Germany (JADE [<http://www.jungeallgemeinmedizin.de/tiki-index.php?page=Willkommen>, last viewed 23.04.2013]), and the "List server of General Practitioners".

Feedback from a total of 30 individuals or organizations was compiled in a narrative synopsis and re-released for review. This process was repeated three times. Any outstanding areas of contention were resolved by the 5 authors in a final consensus discussion.

The synopsis is available on the homepage of the Bremen Academy of primary care training [http://www.hausaerzteverband-bremen.de/uploads/media/SynopseRueckmeldungenKriterienWeiterbilderAllgemeinmedizin_3b.doc, last viewed on 21.1.2014].

Areas of particular contention included:

- Emphasis on chiropractic examination techniques of the musculoskeletal system
- Use of video camera for joint reflection and improvement of communication skills
- Standard "DEGAM" criteria
- Value of clinical tests in the practice
- Maximum assigned training period in one practice

In order to restrict the size of this article, the rationale for the individual items within the catalogue have been cut to a Web-Appendix [http://www.hausaerzteverband-bremen.de/uploads/media/Erlaeuterungen_zu_den_einzelnen_Items_des_Kriterienkataloges_fuer_allgemeinmedizinische>Weiterbilder.pdf, last viewed on 21.1.2014].

Result

The Criteria Catalogue for General Practice Trainers

Preamble:

In order to be granted training practice status, primary care practices must fulfill specific minimum criteria within the three domains of

- Qualification of the GP trainer
- The patient demographic
- The practice infrastructure

Within each domain a minimum score of one third is required with the exception of the Infrastructure category where a minimum of half the total points available must be achieved.

The total score across the three domains determines the maximum training period granted. A few select criteria are defined as mandatory. NB: accreditation as a trainer in Germany has historically been assigned for a defined period of time (minimum 3 months to a maximum 36 months).

Some criteria include material provided by the German College of General Practitioners/ Family Physicians (DEGAM) these documents are available in German only.

Obligate criteria:

Primary care practices may operate as a training practice only if there is a consulting room and facilities available for the trainee in addition to those occupied by the trainer and other physicians within the practice.

Additional obligatory criteria include:

- At least quarterly review sessions between trainer and trainee (to allow reflection)
- Case review meetings at least weekly
- Continuously maintained quality management system
- Assistance finding a mentor for general practice education, if desired by the trainees. (i.e. an experienced practitioner to whom the trainee can turn for further guidance. This is explicitly not be the trainer, such that the trainee has the opportunity to discuss any issues arising from their training practice)
- The number of consultations per quarter numbers > 400
- The practice routinely carries out home visits

The qualification of the trainer is the most important determinant to being assigned trainer status (see Table 1). Consequently it is to this domain that the greatest number

of possible points are apportioned, with a minimum score of 10 from the 26 available required.

The authors felt that the domain “infrastructure” was less critical in assigning trainer status. Accordingly there are only 14 points available in this domain (see Table 2). However the relative ease with which points can be accrued in this domain is reflected by a higher cut-off with a minimum score of 6 required.

As broad a spectrum of health care issues as possible were classified by the authors to the domains of the skills of the trainers and the infrastructure of the practice (see Table 3). Because it was felt that the domain of practice demographic best reflects the whole breadth of primary care the required score is set even higher: to achieve training practice status a minimum of 10 of the 18 available points must be attained.

Maximum possible points: 58 points

Allocation of training status period:

26-30 Points: 6 Months

31-37 Points: 12 Months

38-45 Points: 18 Months

46-58 Points: 24 Months

Up to 24 months of training can be spent in practice according in this model. This limit ensures that should a prolonged training period be required the trainee will be offered a change of perspective.

Feasibility study:

In summer 2012, a feasibility study of the criteria catalogue was carried out in the primary care setting. Thirty general practitioners from the general practitioner list server as well as the DEGAM panels for education and training were engaged to provide socio-demographic data (age, sex, time in post, community size, formal qualifications, practice size) (see Table 4). They also provided details of their own additional qualifications, experience as a trainer, the number of points achieved on the criteria catalogue and their subjective assessment of the outcome in terms of the period of allocated training status. This was supplemented by open questions for missing or superfluous criteria. The subjective satisfaction with the score achieved in the criteria catalog was correlated with the basic variables of age, gender, previous training experience etc.

62.96% of respondents were satisfied with the results of the criteria catalogue, 37.04% were not satisfied, and 3.70% were undecided (see Figure 1). Analysis revealed that longer established trainers were more likely to be satisfied with the score achieved. There was no correlation between sex, experience as a trainer and the number of points achieved (and thus the allocated period of training status). Correlation was calculated using the Kendall rank correlation coefficient. The correlation between points scored and satisfaction was 0.105.

Table 1: Domain: qualification of medical trainer

No.	Criteria	Measurement	Score correction
1.	Psychosomatic care	Billing reference* 35100 and 35110	+ 4
		Regular participation in a Balint group	+ 2
2.	Qualification for treating musculoskeletal pathology/ minor surgery	Minimum of 6 months postgraduate orthopaedic training – alternatively additional qualification in chiropractic. Billing reference 30200 and 30201	+ 2
3.		Minimum of 6 months postgraduate surgical training	+ 1
		Minor surgery or chronic wound care clinics. Billing reference 02301, 02302 or 03210	+ 2
4.	Qualification as GP trainer	Participation in primary care quality circles	+ 1
5.		Moderation of a quality circle	+ 1
		Participation in seminars for GP trainers	
		1 seminar	+ 1
		2 seminars	+ 2
		3 or more seminars	+ 3
	The practice is an academic teaching practice	+ 2	
	Practice is a designated DEGAM-hospitalisation practice	+ 2	
6,		Designated “DEGAM-Hospitations-Praxis” – attendance to visit or to get visited by an other DEGAM member [http://www.degam.de/index.php?id=links2 , last viewed 23.4.2013]	
7.		Number of previous trainees	
		1-3	2
		> 3	4
8		Participation in an additional vocational training scheme (minimum 6 months)	
9.		Paediatrics	1
		Gynaecology	1

* a billing reference refers to the specific billing codes used to bill the health insurance companies for services rendered by the practice. These can be used as evidence for provision of a given service.

Table 2: Domain: Infrastructure

No.	Criteria	Measurement	Score Correction
10.	Practice size (patients per practitioner)	401 – 650 651 –1200 1201- 1499 >1500	- 2 0 - 2 - 4
11.	Rural or Urban location	Training in an area with a population of less than 5000	+ 2
12.	Availability and Implementation of structured feedback tools	DEGAM-questionnaire General Practice Training	+ 1
		DEGAM-Curriculum “The practice as a place of learning”	+ 1
		Competence based curriculum for General Practice	+ 1
		DEGAM-guidelines and patient information is available	+ 1
13.	Type of Practice	Group practice, shared practice or single handed practice with additional salaried GPs	+ 1
		Single handed practice	0
14.	Technical conditions	Electronic patient records (including prescriptions and referrals)	+ 2
15.		Free access to fee based online databases (e.g. independent drug bulletins)	+ 2
16.		Use of videocamera for training	+ 2
17.		Use of a spirometer confirmed as per billing reference 03330	+1

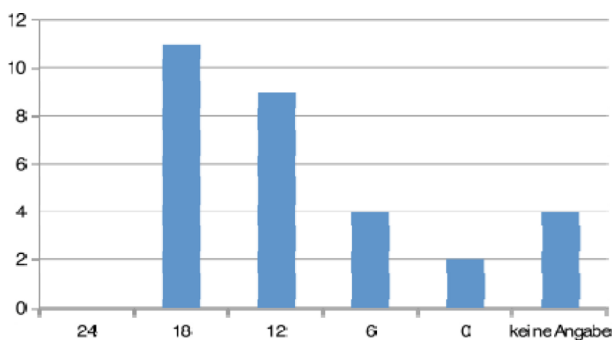


Figure 1: Period of approved training (in months) as per criteria catalogue (n=30)

Most criticism was leveled at the criteria involving use of a videocamera, chiropractic, ultrasonography and those relating to DEGAM (training curriculum, feedback form, designation as a DEGAM-hospitalization practice). The authors decided to retain these criteria. The detailed reasons are available in the web index [http://www.hausaerzteverband-bremen.de/uploads/media/Erlaeuterungen_zu_den_einzelnen_Items_des_Kriterienkataloges_fuer_allgemeinmedizinische_Weiterbilder.pdf].

Implementation of the catalog:

The DEGAM panels for training and education have approved the criteria catalogue. DEGAM is seeking an ordin-

Table 3: Domain: Practice demographic

No.	Criteria	Measurement	Score correction
17.	Paediatric medical care	Quarterly billing reference 01720 and/or 03110	+ 4
18.	Home visits	< 10 Home visits	+ 2
		11-50 Home visits	+ 3
		>50 Home visits/ quarter as per billing reference 01410-01415	+ 4
		Opportunity for GP trainees to participate under supervision in the emergency medical service	+ 2
19.	Structured management of elderly patients and chronically ill people	Care of geriatric patients as per billing reference 03240	+ 2
		Care of patients in nursing homes	+ 2
		Participation in chronic disease management programs for asthma, COPD, diabetes and CHD	+ 2
		Implementation of chronic disease management program training in the practice	+ 2

Table 4: Evaluation of the feasibility study, 30 respondents

Age of respondents	Mean 51.2 years	Standard deviation 7.5 years
Sex	Male 27/30	Female 3/30
Time in post	Mean 16.5 years	stand deviation 9.0 years
Type of practice	Single handed practice	12/29
	Partnership practice	14/29
	Practice centre (>1 practice)	3/29
Size of community served	up to 2,000 Inhabitants	6/28 = 21.4%
	2-5,000 Inhabitants	7/28 = 25.0%
	5-10,000 Inhabitants	7/28 = 25.0%
	10-50,000 Inhabitants	4/28 = 14.3%
	over 100,000 Inhabitants	4/28 = 14.3%
Main qualification	Primary Care physician 27/29	General medical physician working in primary care 2/29
Number of additional qualifications held	Mean 2.3	SD 1.5
Patients per practice	Mean 1904.6	SD 954.0
Experience as a trainer	Yes 19/28	No 9/28

ance to define the qualification criteria for trainers in primary care in view of the forthcoming revision of general practice training by the German Medical Association and the German Medical Assembly. DEGAM seeks to disseminate these criteria through the German Academy of General Practice and state medical boards.

Discussion

In this article a national and transparent set of criteria is proposed to determine the allocation of training status to prospective trainers in general practice. This proposal is a response to the sometimes unregulated, often widely disparate approach to training employed by the state medical boards. A targeted survey of all German state medical boards revealed a very mixed picture ((10)Alle Landesärztekammern wurden am 8.2.2013 angefragt. Zehn LÄK antworteten bis zum 22.3.2013. Eine Übersicht ist dargestellt, see Attachment 1, [10]).

The strengths of the methodology employed are the use of multiple feedback loops, the transparency of results and the implementation of a feasibility study. Weaknesses exist in the small number of participants, as well as selection bias of a particularly motivated group of GPs.

The greatest dissatisfaction with the criteria were the presence of a video camera, Chiropractic / Orthopaedics and DEGAM-related criteria (training curriculum, feedback form, guidelines and DEGAM-hospital practice designation). The criteria are however intended to serve as a guide to change practice, not to discriminate.

The importance of the skills required to diagnose and treat disorders of the musculoskeletal system by means of additional chiropractic and/or orthopaedic training were outlined in detail in the catalogue. Some suggestions from the feasibility study were included in a revised version of the criteria catalogue. For example working in a rural location, and recognising Balint groups in different formats (for details refer to the synopsis, see Attachment 2: Synopsis).

An alternative to the suggested criteria catalogue would be to adopt an approach widely employed in several other countries, whereby a generic training period is granted on the basis of fulfilling certain minimum criteria rather than variable training periods. Such an approach might be required in the context of a shortage of primary care physicians - but it is felt this would not lead to the desired improvement in quality. Although primary care physicians performed best in an evaluation of the training of all medical specialities [<http://www.baek.de/page.asp?his=1.128.6936>, last visited 04.23.2013], the quality of their training holds much scope for improvement.

In 2009, an international commission of experts from Denmark, Great Britain and the Netherlands were invited by DEGAM to evaluate the German system of general practice training. The judgment of these experts was scathing [10]:

- No standardised curriculum
- No training for trainers

- Trainers were only selected on the basis of formal criteria
- Lack of formative assessment
- The role of the medical associations in determining training should be questioned, and this responsibility passed to the individual speciality body i.e. DEGAM and universities departments for general practice
- Training in Germany is clearly led by political rather than pedagogical considerations.

A comparison with the current requirements in different European countries shows that the core elements are handled quite differently (see Attachment 3).

The requirements relate to infrastructure, didactic training of trainers and practice size. Feedback from other European countries, as was the case with participants of the feasibility study, identified a particular concern that strict quality criteria could deter potential trainers and possibly worsen the deficit in new general practitioners. This is countered by the fact that at this time there are significantly more general practice training posts available than are in demand.

Attractive models of good general practice training could prove to be a "competitive advantage" - and likely contribute to an improvement in the quality of training. The increased attractiveness of the training program can be indexed to the desire for improved quality.

This project deals principally with training for a career in primary care. It was further considered whether other specialities should introduce rotations in ambulatory care at the German Medical Assembly in 2013 in Hannover [<http://www.aerzteblatt.de/archiv/140872/Entschliessungen-zum-Tagesordnungspunkt-IV-%28Muster-%29Weiterbildungsordnung>, last viewed on 21.1.2014]. It is likely that a set of criteria such as those outlined here could be applied to other specialities. Though there is little evidence to support this - not least because currently there is minimal training taking place in the ambulatory setting in subjects other than general practice.

Following publication of these criteria, the authors aim to have the document accepted by the German Academy of General Practice at the German Medical Association. Subsequently these measures should be adopted and implemented universally by the state medical boards.

Conclusions

This criteria catalogue represents to the best of our knowledge the only proposal for a transparent set of criteria to impart a qualification as general practice trainer. In our proposal, both the breadth of general practice as well as the skill needs of the trainers are considered. The high level of satisfaction of participants in the feasibility study speaks for the validity of the proposed catalogue, which should now be adopted by the state medical boards. Individual components, in particular the process by which this catalogue was developed may serve other

specialities as a blueprint for introducing outpatient training rotations.

Acknowledgement

We thank Professor Erika Baum at the Department of Primary Care, Preventative and Rehabilitation Medicine of the University of Marburg for her critical review of the manuscript. Also thank you to Dr Jan Islei for his help with translating the manuscript under difficult conditions.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2014-31/zma000900.shtml>

1. Attachment 1.pdf (47 KB)
Rückmeldungen Landesärztekammern auf die Frage, ob es bei ihnen einen Kriterienkatalog für allgemeinmedizinische Weiterbilder gibt – in german
2. Attachment 2.pdf (132 KB)
Allgemeines – in german
3. Attachment 3.pdf (106 KB)
Rückmeldungen aus anderen europäischen Ländern zu Kriterien für allgemeinmedizinische Weiterbilder – in german

References

1. Hummers-Pradier E, Gagyor I. Weiterbildungsverhinderung im Fach Allgemeinmedizin – eine Chronologie. *Z Allg Med.* 2013;89:77-78.
2. Korzilius H. Ambulante Weiterbildung: Von der Rotation profitiert jeder. *Dtsch Arztebl.* 2013;110(14):A-639/B-567/C-567.
3. Abholz HH, Hager C, Rose C. Was tun wir? Sekundärauswertung der Düsseldorfer Studie zu Behandlungsanlässen in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med.* 2003;79:176–178. DOI: 10.1055/s-2003-39955
4. Bödecker AW. Wissen wir, was wir tun? Eine empirische Untersuchung zu Behandlungsanlässen und deren Fächer-Zuordnung. *Z Allg Med.* 2003;79:169–172. DOI: 10.1055/s-2003-39953
5. Braun V. Inhalte allgemeinmedizinischer Tätigkeit – eine Wochenanalyse in 25 bundesdeutschen Praxen. *Z Allg Med.* 2003;79:173-175. DOI: 10.1055/s-2003-39954
6. EURACT. EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu/Estonia: EURACT Council; 2002.
7. NHS East Midlands Healthcare Workforce Deanery. General Practice Speciality Training (+ Foundation) Educational Supervisor/Training Practice Approval and Re-approval – Informal, Self and Visitor Assessment Document. London: NHS East Midlands Healthcare Workforce Deanery; 2011.
8. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT). Selection of General Practice / Family Medicine (GP/FM) Trainers / in Practices and Implementation of Specialist Training GP/FM. Jerusalem, Israel: EURACT; 2012.
9. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA-Europe). The European definition of general practice/family medicine. Ljubljana, Slovenia: WONCA Europe; 2011. Zugänglich unter/available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
10. Maagaard R, Pawliwskowa T, van Berkestijn L. Speciality Training for General Practice in Germany. Frankfurt: Degam; 2009. Zugänglich unter/available from: http://www.degam.de/dokumente/aktuell_2009/Report%20German%20GP%20VocI%20Training%20Commission%20July%20final-amalgamated%20not%20confidential.pdf

Corresponding author:

Dr. med. Günther Egidi
General Practitioner, Huchtinger Heerstr. 41, 28259
Bremen, Tel. +49 (0)421/5797675, Germany
familie-egidi@nord-com.net

Please cite as

Egidi G, Bernau R, Börger M, Mühlenfeld HM, Schmiemann G. Der Kriterienkatalog der DEGAM für die Befugnis zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin – ein Vorschlag zur Einschätzung der Strukturqualität in Weiterbildungspraxen. *GMS Z Med Ausbild.* 2014;31(1):Doc8. DOI: 10.3205/zma000900, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009002

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2014-31/zma000900.shtml>

Received: 2013-06-06

Revised: 2013-11-28

Accepted: 2013-12-04

Published: 2014-02-17

Copyright

©2014 Egidi et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.