

# Professionalität in der Allgemeinmedizin in Deutschland – eine qualitative Studie zur Annäherung an das Kompetenzfeld

*Professionalism in General Practice in Germany – a qualitative approximation*

Marco Roos<sup>1,2,\*</sup>, Doris Krug<sup>1</sup>, David Pfisterer<sup>1</sup>, Stefanie Joos<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

<sup>2</sup> Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg, Heidelberg

## SCHLÜSSELWÖRTER

Allgemeinmedizin;  
Professionalität;  
qualitative  
Forschung;  
Weiterbildung

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Eine zukunftsorientierte Aus- und Weiterbildung in der Medizin soll kompetenzbasiert sein. In den letzten 2 Jahrzehnten wurden Modelle zu Kompetenzfeldern in der Medizin entwickelt. Hierbei ist Professionalität ein häufig aufgeführtes Kompetenzfeld, für das eine einheitliche Definition im ärztlichen Kontext bisher noch nicht gefunden ist und kontrovers diskutiert wird. Ziel der hier vorgelegten, qualitativen Studie war eine Einschätzung des Kompetenzfeldes Professionalität aus Sicht der Allgemeinmedizin zu erheben.

**Methoden:** Es wurden sieben leitfadengestützte Gruppeninterviews mit Paaren aus weiterbildungsermächtigten Fachärzten für Allgemeinmedizin und deren Ärzten in Weiterbildung durchgeführt. Die Interviews wurden mit einem Audiogerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring mithilfe des Softwareprogramms Atlas.ti.

**Ergebnisse:** In den Interviews zeigten sich vier Kategorien des Kompetenzfeldes Professionalität: Verantwortung gegenüber Patienten, Verantwortung gegenüber an der Patientenversorgung beteiligter Berufsgruppen, Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und Verantwortung gegenüber sich selbst. Das Kompetenzfeld Professionalität wird als für den Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin sehr relevant wahrgenommen. Zusätzlich konnten Barrieren für ein professionelles ärztliches Handeln identifiziert werden.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen erkennen, dass die individuelle Einschätzung des Kompetenzfeldes Professionalität in der deutschen Allgemeinmedizin eine

---

\* Korrespondenzadresse: Dr. med. Marco Roos, Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Voßstraße 2, Geb. 37, 69115 Heidelberg. Tel.: +0049 (0) 6211 – 56 4744; Fax: +0049 (0) 6211 – 56 1927.  
E-Mail: marco.roos@med.uni-heidelberg.de (M. Roos).

hohe Deckungsgleichheit zu der in der Literatur beschriebenen hat. Daraus lässt sich die Notwendigkeit zur Aufwertung und Operationalisierung dieses Kompetenzfeldes in der ambulanten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ableiten.

## KEYWORDS

### (MeSH terms)

General practice;  
professionalism;  
qualitative research;  
postgraduate  
education

## Summary

**Background:** Pre- and postgraduate education is meant to be competency-based. Over the last two decades various competency frameworks have been published. One competency is professionalism, a definition of which has not yet been developed but is being discussed in the literature. The aim of this qualitative study is an approximation to professionalism among German general practitioners and general practitioners trainees.

**Methods:** A qualitative study was conducted by interviewing seven pairs of GPs and their trainees. All interviews were recorded and transcribed. The analysis was performed according to Mayring supported by the software Atlas.ti.

**Results:** Four categories of professionalism emerged: responsibility towards patients, responsibility towards other professionals, responsibility towards the society and responsibility towards oneself. Professionalism was perceived as important for general practice in Germany. In addition, barriers of professional behaviour have been identified.

**Conclusion:** The perception of professionalism among German GPs and GP trainees is in accordance with the frameworks of professionalism found in the literature. These results underline the need for conceptualising professionalism among general practice trainees in Germany.

## Hintergrund

Die Ziele der medizinische Aus- und Weiterbildung haben sich über die letzten Jahre maßgeblich verändert – weg von einer „reinen Wissensvermittlung“ hin zur Entwicklung von Kompetenzen [1,2]. Auf diese Weise sollen zukünftige Ärztinnen und Ärzte näher am Arbeitsfeld auf ihr Berufsleben vorbereitet werden. Dahingehend wurden international unterschiedliche Kompetenzmodelle für die Aus- und Weiterbildung entwickelt [3,4]. Professionalität ist hierbei ein häufig aufgeführtes Kompetenzfeld, wobei eine einheitliche Definition für Professionalität im ärztlichen Kontext bisher noch nicht gefunden ist und kontrovers diskutiert wird [5–7].

Parallel entwickelten sich Ansätze zur Operationalisierung und Überprüfung dieses Kompetenzfeldes [8–11]. In den Niederlanden wurde durch eine Forschergruppe das Kompetenzfeld Professionalität für die allgemeinmedizinische Weiterbildung konzeptionalisiert und ein Instrument zur formativen Rückmeldung entwickelt (Nijmegen-Professionalism-Scale). In diesem Ansatz unterscheiden die Autoren vier Domänen des Kompetenzfeldes Professionalität: Verantwortung gegenüber Patienten, Verantwortung gegenüber anderer an der Patientenversorgung Beteiligter und Angehörige, Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und Verantwortung gegenüber sich selbst [12–14].

Auch in Deutschland entstanden in den letzten Jahren Ansätze zur Entwicklung kompetenzbasierter Curricula und Lernzielkataloge in der Aus- und Weiterbildung [15,16]. Dahingegen stellen die fachspezifischen Weiterbildungsordnungen und Logbücher der Ärztekammern nur inhaltliche Leitstrukturen dar. Eine bundesweite Umsetzung eines Kompetenz-basierten Weiterbildungscurriculums in der Allgemeinmedizin mit konsentierten Inhalten steht noch aus [17,18].

Zur Operationalisierung des Kompetenzfeldes Professionalität für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland bietet sich eine Übertragung und Anpassung des

oben genannten Instruments aus den Niederlanden an. In der vorliegenden Studie soll im Rahmen eines qualitativen Ansatzes vorbereitend bzw. ergänzend hierzu die persönliche Einschätzung des Kompetenzfeldes Professionalität von Ärzten in Weiterbildung (AiW) und deren Weiterbildungsbefugten (WBB, Fachärzte für Allgemeinmedizin) in Deutschland erhoben werden.

## Methodik

Diese hier vorgelegte Studie wurde innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks 'Versorgungsforschung Baden-Württemberg' ([www.versorgungsforschung-bw.de](http://www.versorgungsforschung-bw.de)) durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird. Die vorgestellten, qualitativen Ergebnisse befassen sich mit der individuellen Einschätzung des Kompetenzfeldes Professionalität in der Allgemeinmedizin aus Sicht von AiW und WBB. Es wurden sieben leitfadengestützte, halbstrukturierte Gruppeninterviews mit je einem AiW und dessen WBB durchgeführt.

Die Leitfragen wurden auf Basis einer Literaturrecherche zur Definitionen des Kompetenzfeldes Professionalität und aus den Inhalten des zu adaptierenden Instruments abgeleitet. Der Leitfaden wurde auf Verstehbarkeit und Anwendbarkeit in Interviews mit zwei anderen Personen (ein Arzt und eine Soziologin) pilotiert und angepasst.

## Rekrutierung der Ärzte

Einschlusskriterien waren Paare aus AiW und WBB in der ambulanten Phase der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin aus dem Programm Verbundweiterbildung<sup>plus</sup> ([www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de](http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de)).

**Tabelle 1** Eigenschaften der Studienteilnehmer.

		Weiterbilder (FA für Allgemeinmedizin)		Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung (AiW)	
		N	%	N	%
Geschlecht	Weiblich	2	29	6	86
	Männlich	5	71	1	14
Alter	Mittelwert	56		37	
	(SD)	(6,7)		(5,1)	
	[Median]	[60]		[37]	
Erfahrung als WB (in Jahren)	Mittelwert	11			
	(SD)	(6,7)			
	[Median]	[13]			
Jahr der Weiterbildung	Mittelwert			5	
	(SD)			(0,8)	
	[Median]			[4]	

## Durchführung

Die Gruppeninterviews dauerten jeweils 24-40 Minuten (im Mittel 31 Minuten) und fanden in ungestörter Atmosphäre statt. Vier Interviews wurden telefonisch (mit beiden Partnern gleichzeitig via Konferenzschaltung), drei Interviews wurden persönlich in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg durchgeführt. In der vorliegenden Studie werden die Ergebnisse zu den folgenden Leitfragen vorgestellt:

- Was verstehen Sie unter einem professionellen Arzt?
- Ist Professionalität ein Gesprächsthema zwischen Kollegen, mit anderen medizinischen Fachberufen oder Patienten?
- Sehen Sie Professionalität als Charaktereigenschaft oder als etwas Lehr- und Lernbares an?
- Welchen Stellenwert hat Professionalität in der Allgemeinmedizin?

## Datenaufbereitung und Auswertung

Die Interviews wurden auf ein digitales Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend pseudonymisiert, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung erfolgte entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [19] unterstützt durch Atlas.ti 5.2.17 (Scientific Software Development GmbH). Um Gütekriterien qualitativer Forschung, insbesondere der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden [20], wurden unabhängig voneinander von drei an der Auswertung Beteiligten induktiv Haupt- und Unterkategorien aus den Antworten der Ärzte entwickelt. Anschließend wurden im Sinne einer konsensuellen Kodierung die Zuordnungen verglichen und diskutiert. Sowohl die Intersubjektivität als auch die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse kann durch dieses Verfahren gewährleistet werden [21]. Am Material konnte so letztlich ein Kategoriensystem entwickelt werden, das unter Zunahme des Abstraktionsniveaus überarbeitet, revidiert und ergänzt wurde [19]. Aus allen Zitaten der jeweiligen Kategorien wurden einzelne prägnante Aussagen der

Befragten zur Veranschaulichung ausgewählt. Nach sieben Gruppeninterviews war im Sinne der qualitativen Forschung eine inhaltliche Sättigung zu erkennen, so dass keine weitere Rekrutierung durchgeführt wurde.

## Ergebnisse

Von 36 kontaktierten Weiterbildungsparen (AiW und WBB), erklärten sich sieben Paare (19,4%) zur Studienteilnahme bereit. Eine Datenschutz- und Einverständniserklärung wurde unterzeichnet. Die Zusammensetzung der Stichprobe kann aus [Tabelle 1](#) entnommen werden. Insgesamt konnten 22 Codes aus dem Textmaterial entwickelt und daraus das Kategoriensystem mit fünf Hauptkategorien abgeleitet werden: (1) Verantwortung gegenüber dem Patienten, (2) Verantwortung gegenüber den an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen, (3) Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, (4) Verantwortung gegenüber sich selbst und (5) aktuelle Wahrnehmung und Relevanz. Zudem entstanden, wo es sinnvoll war, Unterkategorien, die mehrere Codes zusammenfassen. Das Kategoriensystem mit Haupt- und Unterkategorien sowie Codes und Ankerbeispielen ist in [Tabelle 2](#) dargestellt.

## Verantwortung gegenüber dem Patienten

Nach Meinung der Befragten zeige sich ein professionelles ärztliches Handeln in der täglichen Arbeit gegenüber den Patienten, wobei Unterkategorien zu *Patientenzentriertem Arbeiten* und *Patientenzufriedenheit* gebildet wurden. Unter einem patientenzentrierten Arbeiten wurde in den Aussagen Wert auf eine *empathische Arzt-Patienten-Kommunikation* gelegt. Diese zeige sich im Einbeziehen des sozio-kulturellen Hintergrunds sowie den Gefühlen des Patienten. Mit diesen zusätzlichen Informationen der Patienten sollte im Sinne des Patienten gearbeitet werden. Professionalität drücke sich auch im Umgang mit „schwierigen“ Patienten aus, hierzu wurden jedoch keine konkreten Lösungsvorschläge benannt. Von einigen Interviewten wurde ergänzend eine *individuelle Entscheidungsfindung* mit dem

**Tabelle 2** Kategoriensystem zur Einschätzung des Kompetenzfeldes Professionalität.

Haupt- und Unterkategorien	Codes mit Ankerbeispielen (Originalzitate aus den Interviews)
<b>Verantwortung gegenüber dem Patienten (87 Textpassagen)</b>	
Patientenzentriertes Arbeiten	<p>Individuelle Entscheidungsfindung</p> <p>„Ich denke, dass das in der Allgemeinmedizin manchmal Sinn macht, [...] etwas anders zu machen, um den Patienten einfach ein bisschen weiter entgegenzukommen.“</p> <p>Arzt-Patienten-Kommunikation/Empathie</p> <p>„...der Arzt, der mit den Patienten gut umgehen kann, auch mit [...] schwierigen Patienten, mit verschiedenen Patienten, der die Situation um den Patienten einschätzen kann und das Umfeld, eben empathisch“</p> <p>„...wir leben in der Allgemeinmedizin davon, dass wir mit den Gefühlen am Patienten arbeiten im Sinne der Psychosomatik, und da ist Empathie ein wichtiger Teil“</p>
Patientenzufriedenheit	<p>Patientenzufriedenheit</p> <p>„Regional und was das Bildungsniveau des Patienten betrifft natürlich auch? Ein Akademiker hat sicherlich andere Qualitätsindikatoren für eine professionelle Handlung des Arztes wie ein Patient mit Volksschulabschluss oder Migrationshintergrund.“</p> <p>„...wie die Patienten professionelles Arbeiten definieren? Wir haben im Rahmen der Qualität [...] bestimmte Qualitätsindikatoren, was unsere Professionalität betrifft. Wir versuchen diese umzusetzen, was im Feedback von den Patienten hier auf dem Land nicht immer gut ankommt.“</p> <p>„Patientenzufriedenheit kriegt man ja direkt mit, [...] die direkte Rückmeldung von den Patienten oft auch.“</p>
<b>Verantwortung gegenüber den an der Patientenversorgung beteiligter Berufsgruppen (170 Textpassagen)</b>	
Interprofessionelle Kommunikation	<p>Praxis-interne Kommunikation</p> <p>„...wir haben jetzt in dem halben Jahr gesehen, dass [...] wir uns als Team ganz gut auch frisch formiert haben; und beginnende Unebenheiten [...] auch ausräumen konnten; unter anderem durch einen Betriebsausflug und andere Dinge, wo seither einfach die Kommunikation besser läuft.“</p> <p>„...ich kriege Feedback von den medizinischen Fachangestellten und von der Frau a [AiW, Anm. der Autoren].“</p> <p>Praxis-externe Kommunikation</p> <p>„Und das Interprofessionelle [...], die Ärztschiene ist ja eine Geschichte, aber wir haben es ja eigentlich viel mehr auch mit Pflegediensten, also [...] mit anderen Gesundheitsberufen zu tun, als mit den Ärzten, weil das ist in der direkten Schiene ist ja wirklich so ein Hausarzt-dasein schon eher so ein Krankenpfleger, KG, Massage - Sozialarbeiter.“</p> <p>„Also, da reden wir ja um die Sache drum herum, dass es eine Zusammenarbeit nicht gibt. Wir sind nicht vernetzt, wir sind mit den Ambulanzen in der Regel, wenn wir von denen Anrufe kriegen, oder wenn wir versuchen da anzurufen, [...] ich will nicht sagen von vorne herein auf Kriegsfuß, aber es ist eine sehr angespannte Situation am Telefon in der Regel eine Kooperation, wie man es sich vorstellt mit Ambulanzen oder Spezialisten gibt es nicht.“</p>
In der Weiterbildung	<p>Weiterbildungsermächtigte</p> <p>„Professionalität denke ich mal jetzt gerade in der Weiterbildung ist, einen Assistenten distanziert beurteilen zu können, ihn - oder sie auch ausreichend und gut zu beobachten, zu - regelmäßig zu feedbacken - und sich gegenseitig zu hinterfragen.“</p> <p>Inhalte</p> <p>„Weiterbildungsinhalt ist auch zu reflektieren.“</p> <p>„...überhaupt professionell zu arbeiten als ein Aspekt in der Weiter- und Ausbildung, äh das finde ich wichtig.“</p> <p>Struktur</p> <p>„...ich finde, dass es sinnvoll ist, gerade für die Allgemeinmedizin jetzt ein bisschen auch zu gucken, dass die Weiterbildung strukturiert läuft.“</p>

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Haupt- und Unterkategorien	Codes mit Ankerbeispielen (Originalzitate aus den Interviews)
	<p>„...halte ich es für sinnvoll, Instrumente wie dieses einzubeziehen in die Weiterbildungsstrukturierung.“</p> <p>Weiterbildungsgespräche</p> <p>„Und wir eigentlich Feedbackgespräche mindestens dreimal die Woche haben...“</p> <p>„...gezielte Weiterbildungsgespräche - sind absolut erforderlich zwingend.“</p> <p>Unterschiede in der Umsetzung (Praxis, Krankenhaus, Ausland)</p> <p>„...es ging ja darum, dass hier Frau h professionell das ganze managt in unserem Sinne - insofern ist das eigentlich [...] durchgehend ein Thema sein in der Weiterbildung.“</p> <p>„...dass es auch gut wäre, Anreize zu schaffen für die Weiterbilder in den Kliniken, dass sie solche Einzelgespräche mit den Ärzten in Weiterbildung auch führen.“</p> <p>„...ich habe meine Weiterbildungszeit in der Schweiz gemacht und da sind eigentlich solche Fragebögen immer Teil der regelmäßigen Weiterbildungsgespräche mit den Oberärzten.“</p>
<b>Verantwortung gegenüber der Gesellschaft (40 Textpassagen)</b>	
	<p>Kritik am Gesundheitssystem</p> <p>„Wir stehen ja ständig da und die Patienten fordern und wir wollen geben und man muss sich dann doch ständig abgrenzen gegenüber den gesetzlichen Rahmenbedingungen, zum Beispiel das Stichwort Generika.“</p> <p>„...da reden wir ja um die Sache drum herum, dass es eine Zusammenarbeit nicht gibt. Wir sind nicht vernetzt, wir sind mit den Ambulanzen in der Regel, [...] ich will nicht sagen von vorne herein auf Kriegsfuß, aber es ist eine sehr angespannte Situation.“</p> <p>Qualitätsmanagement</p> <p>„Wir haben es im Rahmen des Qualitätsmanagements auch für Mitarbeiter.“</p> <p>„...ich brauche - neben der Struktur in der Patientenführung auch gute Struktur im Umfeld, die zum professionellen Handeln gehören.“</p> <p>Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen</p> <p>„...richtiger Umgang mit Ressourcen die man zur Verfügung hat.“</p> <p>„...wir sehen ein, dass da irgendwie dass Kosten gespart werden müssen.“</p>
<b>Verantwortung gegenüber sich selbst (165 Textpassagen)</b>	
Selbstreflexion	<p>Umgang mit eigenen Emotionen</p> <p>„Und das wäre für mich jetzt noch professionell, dass man wirklich so durchdrungen ist, dass man nicht nur nach außen sagt, naja, ich bin ja nun gepflegt und ich kann auch wohl mit Patienten sprechen, sondern dass man sich auch gut dabei fühlt.“</p> <p>„auch wenn man selber Probleme hat, ohne das zu zeigen - auch mit dem Patienten und Kollegen professionell umgehen kann und die eigenen negativen Gefühle nicht äh - auf andere projiziert.“</p> <p>Akzeptanz bewertet zu werden</p> <p>„...manche Dinge - gehen ja schon auch sehr sage ich mal an die eigene Persönlichkeit dran, [...] das sind ja auch - Persönlichkeitsstrukturen, die man unter Umständen vielleicht nie ändern kann, so wirklich in seinem Leben oder nur bis zu einem gewissen Grad und - das erfordert schon auch ein bisschen ein Vertrauensverhältnis finde ich, über solche Dinge - also ich - ich habe manche Fragen schon als intim - erlebt.“</p> <p>„Und auch ohne jemanden zu diskriminieren letztendlich.[...] Das ist ja auch so ein Punkt, dass - ähm jemand doch empfindlich reagieren kann wenn das - infrage gestellt wird.“</p> <p>Unterstützende Elemente</p> <p>„Ein professioneller Arzt hat Struktur. Seine Arbeit ist nicht zufällig, sie ist zielgerichtet und sie geht strukturiert.“</p> <p>„Also ich finde Balint Arbeit ist etwas, was sehr große Basis bietet, um Eigenbeteiligung und Professionelles differenzieren zu können.“</p>

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Haupt- und Unterkategorien	Codes mit Ankerbeispielen (Originalzitate aus den Interviews)
Lebenslanges Lernen	<p>Charaktereigenschaft oder lernbar</p> <p>„Ich denke das ist ein Teil Charakter, so wahrscheinlich fifty-fifty und ein Teil ist lernen.“</p> <p>„Sozusagen, eine Begabung das gut zu erfassen und schnell zu lernen, kann man haben, aber eine Professionalität angeboren hat glaube ich keiner.“</p> <p>Berufserfahrung</p> <p>„Professionalität ist für mich auch kein statischer Begriff. Ich finde, das ist auch etwas wo versuchen soll sich weiterzuentwickeln.“</p> <p>„...um diese Professionalität zu gewinnen, braucht es auch neben der Anleitung eben Berufserfahrung.“</p> <p>Hilfestellung</p> <p>„Z.B. in dem Qualitätszirkel.“</p> <p>„...es gibt ja viele Praxen, die nehmen sich einen Coach mit in die Praxis. Wenn das mit der Professionalität nicht klappt.“</p>
<b>Aktuelle Wahrnehmung und Relevanz (71 Textpassagen)</b>	
	<p>Herausforderungen</p> <p>„Dann muss ich jedes Mal darüber nachdenken, ist das sinnvoll und habe natürlich manchmal keine Zeit dafür und manchmal keinen Bock.“</p> <p>„wir erleben in allen Fachgruppen auch unprofessionelles - Handeln, insofern ist es kein Fachgruppen spezifisches Problem.“</p> <p>„Ich sehe eher so bei manchen älteren Kolleginnen und Kollegen, dass die dann irgendwann Abstand nehmen von dem professionellen ärztlichen Handeln.“</p> <p>„Aber dann bin ich auf eine Situation völliger Reflexionsunfähigkeit gestoßen und das ist für mich eigentlich ein Indikator für Berufsunfähigkeit.“</p> <p>Stellung in der Allgemeinmedizin</p> <p>„... dass es schwieriger ist, wie auf fachärztlicher Seite, weil unser Bereich der Professionalität auch - sehr viele - psychosoziale Aspekte umfasst, die jetzt zum Beispiel ein Facharzt für Hals- /Nasen- /Ohrenheilkunde nicht unbedingt besitzen muss.“</p> <p>„das ist einfach eine grundsätzliche Voraussetzung, die ich keiner Fachgruppe erlassen möchte. – Professionalität“</p> <p>„Die Allgemeinmedizin ist das einzige Fach im Moment, was sich Gedanken über die professionelle Rolle macht.“</p>

Patient als Ausdruck eines professionellen Verhaltens verbunden.

Eine weitere Unterkategorie fasst Aussagen unter dem Schlagwort *Patientenzufriedenheit* zusammen. Während ein Teil der Befragten den Einbezug von Patientenzufriedenheit als einen wichtigen Bestandteil des eigenen professionellen Handelns identifizierten, indem man beispielsweise Feedback von Patienten einholt und umsetzt. Andere Befragte sehen eine Hürde in der Umsetzung von Maßnahmen, die Professionalität zum Beispiel im Rahmen von Qualitätsmaßnahmen fördern, da sie ihre Patienten hierdurch gestört und unzufrieden erleben. Zusätzlich erkennen die Befragten auch Unterschiede bei Patienten in der Wahrnehmung ärztlicher Professionalität abhängig von beispielsweise Bildungsstand, Herkunft (ländlich oder städtisch) oder auch Alter der Patienten.

### **Verantwortung gegenüber an der Patientenversorgung beteiligter Berufsgruppen**

Auch hier ergaben sich zwei Unterkategorien. Eine Unterkategorie fasst alle Zitate zur *interprofessionellen Kommunikation* zusammen. Die Befragten sahen dabei eine wichtige Ausprägung von Professionalität in einer guten *praxis-internen Kommunikation* im Team mit MFAs, etc. Das in den Zitaten beschriebene Arbeitsumfeld sollte dabei von einem ehrlichen Umgang geprägt sein, welches mit wechselseitigem Feedback das gemeinsame Arbeiten fördert. Weit aus differenzierter wurde die *praxis-externe Kommunikation* mit weiteren an der Patientenversorgung beteiligter betrachtet. Hier reichte das Spektrum von der Einschätzung eines respektvollen Umgangs mit Ärzten anderer Fachrichtungen wie auch Vertreter anderer Berufsgruppen (Krankenpflegern, Physiotherapeuten, fachärztlichen

Kollegen, etc.) mit gegenseitigem Feedback, bis hin zu der Einschätzung, dass eine interprofessionelle Kommunikation mit anderen Bereichen der Patientenversorgung (z.B. Ambulanzen) nicht stattfindet. Gerade dieser Umstand wird auch von manchen Kollegen als Barriere für ein professionelles Handeln gesehen. Damit liegt die Vermutung nahe, dass eigenes professionelles ärztliches Handeln auch von einem professionellen Umfeld und Umgang unter Kollegen abhängt.

In der Unterkategorie *Weiterbildung* wurde vor allem Stellung zu professionellem Handeln im Sinne des Weiterbildenden bezogen. Zum Einen wurde die Haltung der Weiterbildungsbefugten als Beobachtende reflektiert, die in der Lage sein sollen Feedback zu geben und auch Feedback in ihrer Rolle als Weiterbilder anzunehmen. Zum Anderen wurden auch Inhalte und Struktur der Weiterbildung kritisch betrachtet. Es wurden Wünsche zu verbesserten Inhalten und einer Strukturierung der Weiterbildung (Hilfsmittel zur Umsetzung im Praxisalltag) geäußert, die die Entwicklung einer professionellen Haltung fördern. Als zentrales Instrument wurden hier sehr häufig Weiterbildungs-/Feedbackgespräche genannt. Einige der Befragten wünschten, dass eine verbesserte Strukturierung und der Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Weiterbildungsgespräche) nicht nur auf den ambulanten Bereich beschränkt sein, sondern auch in der klinischen Weiterbildung fest integriert werden sollen.

### Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

Unter der Hauptkategorie *Verantwortung gegenüber der Gesellschaft* wurde von den Befragten ein praxisinternes *Qualitätsmanagement* als ein wesentlicher Bestandteil von Professionalität gesehen. Erst auf der Basis eines gut strukturierten Ablaufs in der Praxis sei eine professionelle Patientenversorgung möglich, so die Meinung einiger Befragter. Dabei wird auch ein *verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen* sowohl auf Mikroebene der Praxis als auch im Sinne der Makroebene Gesundheitssystem als Aspekt von Professionalität thematisiert. In diesem Zug wurde auch *Kritik am Gesundheitssystem* geäußert, das es den Ärzten teilweise schwer mache, professionell zu handeln. In dieser Kategorie traten einerseits Zielkonflikte in der Versorgung von Patienten (Wünsche der Patienten vs. Schonung von Ressourcen) auf. Auch wurde eine zunehmende „Müdigkeit“ in Bezug auf professionelles ärztliches Handeln festgestellt. Diese konnten einzelne Interviewpartner bereits bei sich selbst beobachten. Dies wurde vor allem auf Zwänge durch zu viel Bürokratie und eine über die Zeit abnehmende Motivation zurückgeführt.

### Verantwortung gegenüber sich selbst

Unter der Unterkategorie *Selbstreflexion* finden sich Einschätzungen der Befragten zu einem „gesunden“ Umgang mit den eigenen Emotionen und der nötigen emotionalen Abgrenzung im Berufsalltag. Viele Befragte sahen es als wichtig an, sich authentisch zu fühlen. Diese Authentizität müsse vor andere „Äußerlichkeiten“ (wie beispielsweise eine moderne Praxis, ein gepflegtes Äußeres, etc.) gestellt sein. Wichtig sei ebenso ein distanzierter *Umgang mit den eigenen Emotionen*. Eigene Probleme sollten hierbei

nicht auf andere (Patienten, Kollegen) projiziert werden oder sollten das eigene professionelle Handeln beeinflussen. Ein weiterer wichtiger Aspekt wurde in der *Akzeptanz bewertet zu werden* gesehen. Dafür sei eine selbstreflexive Haltung des Individuums nötig, die es ermögliche mit Hilfe von Feedbacks eine (professionelle) Weiterentwicklung zu durchlaufen. Es wurde jedoch betont, dass diese Akzeptanz ein entsprechendes vertrauensvolles Umfeld voraussetzt. Einige Befragte konnten für eine Selbstreflexion konkrete *unterstützende Elemente* benennen. Die meisten sehen in einer regelmäßigen Balint-Arbeit eine gute Möglichkeit zur Selbstreflexion. Weiterhin wurde der Mut, sich Hilfe zu holen, genannt oder sich selbst strukturierte Abläufe zu erarbeiten.

Die zweite Unterkategorie *lebenslanges Lernen* umfasst zwei wesentliche Aspekte von Professionalität. Eine große Mehrheit sieht für die Professionalität die *Berufserfahrung* als wichtigstes Element, professionelles Handeln aufzubauen: So würde sich mit zunehmender Berufserfahrung auch das professionelle Handeln steigern. Für viele ist neben der Berufserfahrung auch eine gewisse Begabung (*Charaktereigenschaft oder lernbar*) von Nöten, auf die eine Entwicklung des Kompetenzfeldes Professionalität aufbaue. Als ausschließliche Charaktereigenschaft wurde Professionalität jedoch nicht angesehen. Einige nannten auch konkrete Beispiele für *Hilfestellung*, wie Qualitätszirkel, Fortbildungen oder Coachings, mit denen man lebenslanges Lernen unterstützen könne.

Unter dieser Hauptkategorie zeigten sich jedoch auch weitere Barrieren für ein professionelles Handeln. Einige Befragte beobachteten einen zunehmenden Verlust von professionellem ärztlichen Handeln bei älteren Kollegen. Als Begründung dafür wurde ein zunehmender Verlust der Selbstreflexion, eine über die Zeit zu hohe Arbeitsbelastung und eine reduzierte Motivation auf dem neuesten Stand zu bleiben, angeführt. Berufserfahrung alleine schütze somit nicht vor unprofessionellem Handeln. Ein Befragter ging sogar noch einen Schritt weiter und setzte einen Verlust der Bereitschaft oder Fähigkeit zur Selbstreflexion mit Berufsunfähigkeit gleich.

### Aktuelle Wahrnehmung und Relevanz

Insgesamt wurde das Kompetenzfeld Professionalität als sehr relevant für die Allgemeinmedizin betrachtet. Auch wenn die Wahrnehmung des Kompetenzfeldes Professionalität für Ärzte aller Fachrichtungen als wichtig beurteilt wurde, sehen viele Befragte durch die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin mit ihrem bio-psycho-sozialen Ansatz des Patienten eine spezielle Herausforderung. Dadurch hätten es Allgemeinmediziner schwerer als andere Fachrichtungen, professionell zu arbeiten. Dazu wird wahrgenommen, dass die Allgemeinmedizin aktuell die einzige Fachrichtung sei, die sich über ihre professionelle Rolle Gedanken mache.

### Diskussion

Die Aussagen aus den durchgeführten Interviews mit Ärzten in Weiterbildung und deren jeweiligen Weiterbildungsbefugten konnten in folgende Kategorien des Kompetenzfeldes Professionalität eingeteilt werden: Verantwortung

gegenüber Patienten, Verantwortung gegenüber an der Patientenversorgung beteiligter Berufsgruppen, Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und Verantwortung gegenüber sich selbst. Das Kompetenzfeld Professionalität wird als für den Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin sehr relevant wahrgenommen und es wurde der Wunsch formuliert, dieses Kompetenzfeld für die Weiterbildung weiter zu operationalisieren und zu strukturieren. In den Interviews konnten zusätzlich Barrieren für ein professionelles ärztliches Handeln aufgedeckt werden.

Die Leitfrage „Was verstehen Sie unter einem professionellen Arzt?“ wurde von den Studienteilnehmern als schwere Frage empfunden. Keiner hatte eine vorgefertigte Definition parat. Eine Erklärung dafür ist sicherlich, dass Professionalität ein komplexes multidimensionales Konzept ist [10], das situations- und rollenabhängig ist und interindividuell sehr verschieden wahrgenommen wird [11]. Zusätzlich stellte sich auch in unserer Studie die Frage, ob denn Professionalität eine Charaktereigenschaft oder eine zu lernende Fähigkeit ist, worüber kein Konsens gefunden werden konnte. Allgemein anerkannte Definitionen, wie beispielsweise im CanMEDs Projekt [3], sind weit gefasst und lassen Spielraum zur Interpretation für konkrete Situationen im Berufsalltag. Auch wenn die einzelnen Studienteilnehmer sich mit der Frage nach einer Definition von Professionalität im ersten Moment überfordert fühlten, konnte im Verlauf der Interviews über den Ansatz einer offenen Befragung und das Nennen von Beispielen das Themenfeld aufgebrochen werden. Alle dazugehörigen Aussagen konnten anschließend in der Inhaltsanalyse dem Kategoriensystem zugeordnet werden, auch wenn es keinem Befragten möglich war ein ähnlich umfassendes Modell von Professionalität zu benennen. Interessanterweise zeigte sich im erhobenen Material keine relevante Differenz im Verständnis des Kompetenzfeldes Professionalität in den Aussagen der AiW und WBB. Wie auch in der Literatur beschrieben, scheint eine allgemeine grundlegende Idealvorstellung professionellen ärztlichen Handelns unter Ärzten, unabhängig von der Fachrichtung oder des Weiterbildungsstandes, zu existieren. Diese Übereinkunft ist wichtig, da eine wechselseitige Observation und Evaluation des Kompetenzfeldes nur dann möglich ist wenn beide Parteien dasselbe Verständnis des Konstrukts haben. Die jeweilige Umsetzung in der Praxis, abhängig von Arbeitsumfeld und Fachrichtung, kann am besten im wechselseitigen Diskurs evaluiert und an die jeweilige konkrete Situation angepasst werden.

Insgesamt betrachtet, zeigten die gewonnenen Ergebnisse (und Kategorien) eine hohe Übereinstimmung mit denen in der nationalen und internationalen Literatur diskutierten Ansätzen zur Konzeptionalisierung des Kompetenzfeldes Professionalität [11, 14, 22]. Diese Übereinstimmung der Vorstellungen von Professionalität aus unserer Studie mit den in der Literatur diskutierten Aspekten von Professionalität stützt die Aussage, dass es im westlichen Kulturkreis eine gewisse Übereinkunft gibt, was einen professionellen Arzt auszeichnet [10].

Herausforderungen an professionelles ärztliches Handeln und auch unprofessionelles Verhalten im Berufsalltag wurden von den Studienteilnehmern ebenfalls angesprochen. Die angegebenen Gründe dafür lassen sich in verschiedene Bereiche unterteilen. Am häufigsten wurde von den Befragten angeführt, dass ein professionelles Handeln an

ein Umfeld gebunden ist das dieses auch zulässt. Hier spielen eine mangelhafte Kommunikation und Kollegialität, vor allem zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Kollegen anderer Fachrichtungen eine Rolle. Andererseits erschwere die im Gesundheitssystem herrschende Bürokratie und auch die damit verbundene Zunahme der Arbeitsbelastung an einem professionellen ärztlichen Handeln festzuhalten. Diese dauerhafte Überlastung führe zu einer zunehmenden Abnahme von Selbstreflexion und fördere unprofessionelles Handeln.

Insgesamt wurde jedoch das Kompetenzfeld Professionalität von allen Teilnehmern als essentiell für den ärztlichen Berufsalltag bewertet. Dazu scheint die Wahrnehmung von Professionalität für die Allgemeinmedizin aufgrund ihrer Arbeitsweise (bio-psycho-sozialer Ansatz) mit einem besonders hohen Stellenwert verbunden zu sein. Aufgrund der Wahrnehmung eines hohen Stellenwerts bei jedoch augenscheinlichen Problemen einer klaren Konzeptionalisierung, werden von den Teilnehmern unterstützende Strukturen für einzelne Bereiche (z.B. Qualitätszirkel, Balint-Gruppen, Qualitätsmanagement, etc.) erkannt, allerdings als nicht ausreichend empfunden. Gerade weil dem Kompetenzfeld Professionalität ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, wurde auch der Wunsch nach einer vermehrten Strukturierung solcher Inhalte für die Aus-, Weiter- und Fortbildung geäußert. In den Interviews werden Lösungsansätze wie regelmäßige Weiterbildungsgespräche mit Zielvereinbarungen (auf der Basis von inhaltsgestützten Instrumenten) diskutiert. Dahingehend besteht auf Seiten der ärztlichen Selbstverantwortung ein Nachholbedarf zur Kompetenz-orientierten Strukturierung und Unterstützung der Weiterbildung im Alltag welcher nicht auf die Allgemeinmedizin beschränkt bleibt. Für die Allgemeinmedizin ergibt sich jedoch daraus die Chance, federführend auf diesem Feld die eigenen fachspezifischen Stärken zu definieren und für die Weiterbildung zu konzeptionalisieren. Erste Schritte dahingehend sind bereits für Deutschland unternommen [15, 17, 18].

## Stärken und Schwächen

Die Rekrutierung erfolgte über das Programm Verbundweiterbildung<sup>plus</sup>, so dass ein Selektionsbias und Motivationsbias nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Allerdings gibt es in Deutschland keine zentralen Register, wo AiW und deren aktuellen WBB gespeichert werden, um eine repräsentative Stichprobe zu rekrutieren. Die Teilnehmer der Studie wiesen allerdings bezüglich Erfahrung (AiW: Weiterbildungsjahr, WBB: Erfahrung als WB) eine gute Streuung auf, so dass davon ausgegangen werden kann, dass inhaltlich keine wesentlichen Aspekte übersehen wurden. Dies zeigte sich zudem darin, dass nach sieben Interviews (mit 14 Befragten) im Sinne der qualitativen Forschung eine Sättigung zu erkennen war so dass keine weiteren Interviews mehr durchgeführt wurden. Dennoch ist die Stichprobengröße von n=14 für das gewählte Studiendesign eher klein und kann daher als Limitation betrachtet werden. Inhaltlich kann kritisiert werden, dass das erzeugte Kategoriensystem aufgrund der involvierten Forscher in Richtung der in der Literatur beschriebenen Kategorien oder Modelle konsentiert wurde. Allerdings konnten alle Aussagen aus den Interviews zwanglos dem vorliegenden

Kategoriensystem zugeordnet werden. Zusätzlich ist das gewonnene Kategoriensystem in den Interviews nicht abgefragt worden, die Teilnehmer wurden offen zu ihren Gedanken in Bezug auf das Kompetenzfeld Professionalität befragt. Die Fragestellung der Studie zielte hauptsächlich auf eine Definition des Kompetenzfeldes Professionalität ab. Dass damit vorwiegend eine eher idealtypische Sichtweise von professionellem ärztlichen Handelns erfasst wurde, sei dem Ansatz bedingt. Unterschiede zwischen Idealtypischen Ansprüchen und Berufsalltag in der Praxis sind selbstverständlich. Das Streben danach, den eigenen Idealen gerecht zu werden ist jedoch absolut relevant für den Berufsalltag. Hierfür hinderliche Barrieren wurden berichtet und diskutiert.

## Schlussfolgerung

Den in der Studie befragten Ärzten fiel es schwer eine eindeutige Definition des Kompetenzfeldes Professionalität zu formulieren. Dennoch spiegelten sich in den Aussagen die in der Literatur diskutierten Inhalte wider. In unserer Studie konnten vier Kategorien des Kompetenzfeldes Professionalität (Verantwortung gegenüber Patienten, Verantwortung gegenüber an der Patientenversorgung beteiligter Berufsgruppen, Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und Verantwortung gegenüber sich selbst) analysiert werden. Zusätzlich wird das Kompetenzfeld Professionalität als für den Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin sehr relevant wahrgenommen, welcher bisher in der Weiterbildung vernachlässigt wurde. Daraus wurde der Wunsch formuliert, dieses Kompetenzfeld für die Weiterbildung weiter zu operationalisieren und zu strukturieren, wozu die hier gewonnenen Ergebnisse eine Basis liefern können. Die zunehmende Aufmerksamkeit die fachärztliche Weiterbildung zu Überdenken und Kompetenz-basiert auszurichten, bietet dabei für die Allgemeinmedizin in Deutschland eine Chance sich über ihre fachspezifischen Stärken bewusst zu werden und konstruktiv in eine Verbesserung der Weiterbildung einzubringen.

## Literatur

- [1] Driessen E, van Tartwijk J, van der Vleuten C, Wass V. Portfolios in medical education: why do they meet with mixed success? A systematic review. *Medical education* 2007;41(12, Dec):1224–33.
- [2] Tromp F, Vernooij-Dassen M, Grol R, Kramer A, Bottema B. Assessment of CanMEDS roles in postgraduate training: the validation of the Compass. *Patient education and counseling* 2012;89(1, Oct):199–204.
- [3] Frank, JR. (Ed). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
- [4] Horowitz SD, Miller SH, Miles PV. Board certification and physician quality. *Medical education* 2004;38(1, Jan):10–1.
- [5] Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet*. 2002 Feb 9;359(9305):520-2.
- [6] Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2002;287(2, Jan 9):226–35.
- [7] Martimianakis MA, Maniate JM, Hodges BD. Sociological interpretations of professionalism. *Medical education* 2009;43(9, Sep):829–37.
- [8] Cruess RL, Cruess SR. Teaching professionalism: general principles. *Medical teacher* 2006;28(3, May):205–8.
- [9] Donoff M, Lawrence K, Allen T, Brailovsky C, Crichton T, Bethune C, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: professionalism. *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 2012;58(10, Oct):e596–604.
- [10] Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S, Delpont R, Hafferty F, et al. Assessment of professionalism: recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical teacher* 2011;33(5):354–63.
- [11] Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 2009;84(5, May):551–8.
- [12] Tromp F, Vernooij-Dassen M, Kramer A, Grol R, Bottema B. Behavioural elements of professionalism: assessment of a fundamental concept in medical care. *Medical teacher* 2010;32(4):e161–9.
- [13] van de Camp K, Vernooij-Dassen M, Grol R, Bottema B. Professionalism in general practice: development of an instrument to assess professional behaviour in general practitioner trainees. *Medical education* 2006;40(1, Jan):43–50.
- [14] Van De Camp K, Vernooij-Dassen MJFJ, Grol RPTM, Bottema BJAM. How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Medical Teacher* 2004;26(8):696–702.
- [15] Steinhäuser J. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin: Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg; 2012 [cited 2013 30th January]. Available from: <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/curriculum.shtml>
- [16] Fakultätentag M. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin: Medizinischer Fakultätentag; 2012 [cited 2013 30th January]. Available from: <http://www.mft-online.de/lehre/nationaler-kompetenzbasierter-lernzielkatalog-medizin>
- [17] Roos M, Blauth E, Steinhäuser J, Ledig T, Joos S, Peters-Klimm F. Vocational training in general practice in Germany: a nation-wide survey among trainees. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011;105(2): 81–8.
- [18] Roos M, Steinhäuser J, Laux G, Joos S, Szecsenyi J. Needs assessment of a longitudinal training course in vocational training within the Verbundweiterbildung(plus). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011;105(2):110–5.
- [19] Mayring P. *Jan Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim und Basel: Beltz; 2008.
- [20] Steinke I. *Gürtekriterien qualitativer Forschung.* Flick U, von Kardorff E, Steinke I, editors. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag; 2008.
- [21] Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *Bmj* 2001;322(7294, May 5):1115–7.
- [22] Herzig S, Biehl L, Stelberg H, Hick C, Schmeisser N, Koerfer A. When is a doctor a good doctor? An analysis of the contents of statements by representatives of the medical profession. *Dtsch Med Wochenschr* 2006;131(51–52, Dec 22):2883–8.