



f-bb-Bericht

Nadja Lauterbach, Helin Alagöz-Gessler, Olesia Hausmann, Markus Wochnik, Michael Steinbach

Standortübergreifende wissenschaftliche Evaluation der gemäß § 75a SGB V geförderten Kompetenzzentren Weiterbildung

Abschlussbericht

Impressum

Auftraggeber

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Kassenärztliche Bundesvereinigung

Aktenzeichen beim GKV-Spitzenverband

SV 25-06

Projektlaufzeit

05.08.2025 – 11.05.2026

Auftragnehmer

Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH
Rollnerstraße 14
90408 Nürnberg
www.f-bb.de

Das Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) arbeitet seit 2003 an der Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Bildung durch Forschung in Deutschland und international. Das Leistungsspektrum umfasst die Durchführung von Modellversuchen, Gestaltungs- und Transferprojekten, die wissenschaftliche Begleitung von Förderprogrammen, die Evaluation von Verordnungen und Maßnahmen sowie die Umsetzung von Fallstudien, empirischen Erhebungen und Analysen.

Ansprechpartner*in

Michael Steinbach (Projektleitung)
Telefon: +49 30 4174986-51
E-Mail: michael.steinbach@f.bb.de

Nadja Lauterbach (Projektkoordination)
Telefon: +49 30 4174986-44
E-Mail: nadja.lauterbach2@f-bb.de

Berichtsstand

09.07.2026

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	9
1. Hintergrund und Evaluationsauftrag	1
1.1. Ausgangslage	1
1.2. Ziele und Aufgaben der Kompetenzzentren Weiterbildung	2
1.3. Evaluationsauftrag	4
2. Methodik und Erhebungsdesign	6
2.1. Erhebungsdesign	6
2.2. Methodik.....	7
2.2.1. Qualitative und explorative Interviews	7
2.2.2. Explorative Interviews.....	7
2.2.3. Qualitative Interviews mit Verbänden, ÄiW und Weiterbildenden	7
2.2.4. Onlinebefragungen der ÄiW und Weiterbildenden	8
2.2.5. Onlinebefragung der Kompetenzzentren Weiterbildung	9
2.2.6. Onlinebefragungen der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin.....	9
2.2.7. Validierungsworkshops	10
2.2.8. SWOT-Analyse	10
3. Ergebnisse	11
3.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews	11
3.1.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Mitgliedern der Lenkungsgruppe und des DNKW	11
3.1.2. Ergebnisse der Interviews mit JADE, HÄV, ÄiW und Weiterbildende..	16
3.2. Ergebnisse der Erhebungen der Ärzt*innen in Weiterbildung.....	19
3.2.1. Hintergrund und Motive für die Wahl der Allgemeinmedizin	20
3.2.2. Bekanntheit und Zugang zu KW-Angeboten	20
3.2.3. Nutzung der KW-Angebote.....	22
3.2.4. Teilnahmebedingungen und strukturelle Rahmenbedingungen (Freistellung, Zeit, Organisation).....	25
3.2.5. Gründe für Nichtteilnahme und Abbruch	27

3.2.6.	Bewertung der Angebote (Qualität, Organisation, Inhalte).....	28
3.2.7.	Übergreifende Bewertung und wahrgenommene Effekte der KW-Angebote	33
3.2.8.	Beitrag der KW zur Weiterbildung und Berufsperspektive	36
3.2.9.	Nutzungsabsicht und Bindungswirkung der KW-Angebote.....	37
3.3.	Ergebnisse der Erhebungen der Weiterbildenden.....	38
3.3.1.	Allgemeine Merkmale	38
3.3.2.	Teilnahme TtT-Angebote	39
3.3.3.	Bewertung der TtT-Angebote.....	43
3.3.4.	Einschätzungen zu den ÄiW durch die Weiterbildenden	45
3.3.5.	Bewertung KW durch Weiterbildende	51
3.3.6.	Beurteilung des KW durch die Weiterbildenden	51
3.4.	Ergebnisse der Erhebung der Kompetenzzentren.....	53
3.4.1.	Curriculum	53
3.4.2.	Ausstattung und Finanzierung	54
3.4.3.	Struktur und Organisation der Angebote.....	56
3.4.4.	Nutzung der Angebote.....	62
3.4.5.	Standorte der Angebote.....	66
3.4.6.	Qualität der Angebote	67
3.4.7.	Einsatz, Gewinnung und Auswahl der Dozierenden.....	68
3.4.8.	Einsatz, Gewinnung und Auswahl der Mentor*innen.....	72
3.4.9.	Zielerreichung und Wirksamkeit.....	76
3.4.10.	Öffentlichkeitsarbeit.....	79
3.4.11.	Kooperation und Vernetzung.....	81
3.4.12.	Weiterentwicklung	84
3.5.	Ergebnisse der Erhebung der KoStA	86
3.5.1.	Zentrale Aufgaben der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin	86
3.5.2.	Umfang und Zufriedenheit in der Kooperation mit KW	86
3.5.3.	Inhaltliche Ausgestaltung der Kooperation	87
3.5.4.	Entwicklung der Zusammenarbeit	87
3.5.5.	Angebote für ÄiW und Weiterbildende	88
3.5.6.	Ergänzung zu KW-Angeboten	88
3.5.7.	Information der ÄiW zu KW-Angeboten	89

3.5.8. Information der Weiterbildenden zu KW.....	89
3.5.9. Zukünftige Stärkung der Zusammenarbeit zwischen KoStA und KW ..	90
4. Zusammenfassende Beurteilung zur Zielerreichung, Qualität und Effizienz der Kompetenzzentren Weiterbildung	90
5. Empfehlungen	100
6. Literaturverzeichnis.....	103
7. Anlagen	105
7.1. Ergänzende Angaben zu Methodik und Erhebungsdesign	105
7.2. Onlinebefragung der Kompetenzzentren Weiterbildung	109
7.3. Anlagen zu den Ergebnissen der Erhebung der Ärzt*innen in Weiterbildung	109
7.4. Anlagen zu den Ergebnissen der Erhebung der Weiterbildenden	113
7.5. Anlagen zu den Ergebnissen der Erhebung der Kompetenzzentren Weiterbildung	120
7.6. Anlage zu den Ergebnissen der Erhebung der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin	168

Abkürzungsverzeichnis

ÄiW	Ärzt*innen in Weiterbildung
BÄK	Bundesärztekammer
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DESAM	Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DNKW	Deutsches Netzwerk der Kompetenzzentren in der Weiterbildung
GE	Gemeinsame Einrichtung der Kompetenzzentren Weiterbildung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SolG	Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
HÄV	Hausärztinnen- und Hausärzteverband
JADE	Junge Allgemeinmedizin Deutschland
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KoStA	Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin
KW	Kompetenzzentrum Weiterbildung
LÄK	Landesärztekammer
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
PJ	Praktisches Jahr im Medizinstudium
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
TtT	Train-the-Trainer
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dauer Tätigkeit als Weiterbilder*in	39
Tabelle 2: Besuch von TtT-Fortbildungen in den letzten 12 Monaten.....	39
Tabelle 3: Formate der besuchten TtT-Fortbildungen	41
Tabelle 4: Gründe für die Teilnahme an TtT-Fortbildungen	42
Tabelle 5: Kommunikation der Weiterbildenden mit KW	51
Tabelle 6: Beurteilung des KW durch die Weiterbildenden	53
Tabelle 7: Höhe Personalausstattung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) – nach KW	55
Tabelle 8: Gesamtzahl der durchgeführten Angebote und durchschnittlicher Gesamtumfang (UE) pro Jahr – gesamt	58
Tabelle 9: Anteil der Angebotsformate in Prozent – gesamt	60
Tabelle 10: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (absolut).....	64
Tabelle 11: Deskriptive Kennwerte zur Anzahl eingesetzter Mentor*innen.....	73
Tabelle 12: Soziodemographische Angaben der Weiterbildenden	107
Tabelle 13: Zuordnung KW der Weiterbildende mit Nutzung	113
Tabelle 14: KV-Bezirk der Weiterbildende ohne Nutzung der KW.....	113
Tabelle 15: Anzahl der besuchten TtT-Fortbildungen der Weiterbildenden.....	114
Tabelle 16: Gründe für die Nicht-Teilnahme an TtT-Fortbildungen der Weiterbildenden	114
Tabelle 17: Anzahl der betreuten ÄiW durch die Weiterbildenden	115
Tabelle 18: Betreute ÄiW der Weiterbildenden mit oder ohne Nutzung der KW.....	116
Tabelle 19: Angemessenheit Betreuungsverhältnis Weiterbilder*in – ÄiW	116
Tabelle 20: Anzahl der Mentee	116
Tabelle 21: Stunden der Freistellung der ÄiW durch Weiterbildende	117
Tabelle 22: zugrundeliegendes Curriculum	120
Tabelle 23: Leistungsorientierte Finanzierung der KW 2023-2025 - gesamt.....	122
Tabelle 24: Erhöhung der Basisfinanzierung – nach KW	122
Tabelle 25: Kostenbeiträge für Train-the-Trainer-Fortbildungen – nach KW	123
Tabelle 26: Angebote der Kompetenzzentren Weiterbildung – nach KW	124
Tabelle 27: Anzahl der ÄiW-Begleitseminare – nach KW	125
Tabelle 28: Anzahl der Train-the-Trainer-Angebote – nach KW.....	126
Tabelle 29: Anzahl der Dozierenden-Qualifizierungen – nach KW	127
Tabelle 30: Anzahl der Einzelmentoring-Angebote – nach KW	127
Tabelle 31: Anzahl der Gruppenmentoring-Angebote – nach KW.....	128
Tabelle 32: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Baden-Württemberg.....	129
Tabelle 33: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Bayern.....	130
Tabelle 34: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Berlin	131
Tabelle 35: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Brandenburg.....	132
Tabelle 36: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Hamburg.....	133
Tabelle 37: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Hessen	134
Tabelle 38: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Mecklenburg-Vorpommern..	135
Tabelle 39: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Niedersachsen	136
Tabelle 40: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Nordrhein	137

Tabelle 41: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Rheinland-Pfalz	138
Tabelle 42: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Saarland	139
Tabelle 43: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Sachsen	140
Tabelle 44: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Schleswig-Holstein	141
Tabelle 45: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Thüringen	142
Tabelle 46: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Westfalen-Lippe	143
Tabelle 47: Anzahl der angemeldeten Weiterbildenden.	144
Tabelle 48: Anzahl der angemeldeten Weiterbildenden	144
Tabelle 49: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (absolut)	145
Tabelle 50: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW im Verhältnis zu geförderten ÄiW..	146
Tabelle 51: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (VZÄ)	147
Tabelle 52: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (VZÄ)	147
Tabelle 53: Nutzung der KW-Angebote in der stationären Weiterbildungsphase....	148
Tabelle 54: ÄiW mit Nutzung des KW-Angebots (stationäre Phase)	148
Tabelle 55: Nutzung der KW-Angebote in der ambulanten Weiterbildungsphase ..	149
Tabelle 56: ÄiW mit Nutzung des KW-Angebots (ambulante Phase)	149
Tabelle 57: Anzahl der ÄiW mit bestandener Facharztprüfung	150
Tabelle 58: Anzahl der ÄiW mit bestandener Facharztprüfung	150
Tabelle 59: Anteil der Direkteinsteiger*innen nach dem Studium	151
Tabelle 60: Anteil der ÄiW mit Direkteinstieg nach dem Studium	151
Tabelle 61: Anzahl der Standorte der KW	153
Tabelle 62: Anzahl der Standorte der Angebote – gesamt	153
Tabelle 63: Anzahl der eingesetzten Dozierenden nach Kompetenzzentrum und Angebotsformat	155
Tabelle 64: Deskriptive Kennwerte zur Anzahl eingesetzter Dozierender	155
Tabelle 65: Kriterien für die Auswahl der Dozierenden – ÄiW-Begleitseminar	156
Tabelle 66: Kriterien für die Auswahl der Dozierenden – TtT-Angebote	157
Tabelle 67: Kriterien für die Auswahl der Dozierenden – Dozierendenqualifizierung	158
Tabelle 68: Anzahl der eingesetzten Mentor*innen nach Kompetenzzentrum und Angebotsformat	159
Tabelle 69: Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen – Einzelmentoring	160
Tabelle 70: Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen – Gruppenmentoring	161
Tabelle 71: Deskriptive Kennwerte zur Anzahl eingesetzter Mentor*innen	162
Tabelle 72: Anteil der Abbrechenden nach Angebotsarten (in %).	163
Tabelle 73: Bestehende Kooperationsvereinbarung der Kompetenzzentren Weiterbildung	164
Tabelle 74: Häufigkeit der Kooperation mit anderen Akteuren	165
Tabelle 75: Zufriedenheit mit der Kooperation mit anderen Akteuren	166
Tabelle 76: Häufigkeit der Kooperation KoStA – Kompetenzzentrum Weiterbildung,	168

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: IPOO-Modell der Evaluation (Input, Process, Output, Outcome)	6
Abbildung 2: Bekanntheit der KW	21
Abbildung 3: Bewertung der Erreichbarkeit der KW-Angebote.....	22
Abbildung 4: Nutzung nach Format	23
Abbildung 5: Nutzungsintensität (UE, letzte 12 Monaten).....	24
Abbildung 6: Freistellung der ÄiW für die Nutzung der KW-Angebote	25
Abbildung 7: Umfang der Freistellung (pro Monat).....	26
Abbildung 8: Gründe für erschwerte oder fehlende Freistellung.....	27
Abbildung 9: Gründe für erschwerte oder fehlende Freistellung.....	28
Abbildung 10: Gesamtbewertung der KW-Angebote.....	29
Abbildung 11: Bewertung der Seminar- und Mentoringinhalte	30
Abbildung 12: Bewertung der KW-Angebote nach Themenfeldern	31
Abbildung 13: Bewertung der praktischen Weiterbildung in der Einrichtung	37
Abbildung 14: Nutzungsabsicht nach Nutzungserfahrung.....	38
Abbildung 15: Bewertung der TtT-Angebote durch Weiterbildende mit KW-Nutzung, eigene Darstellung. Frage: Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen. n = 142-148	45
Abbildung 16: Freistellung der ÄiW durch die Weiterbildenden	48
Abbildung 17: Gründe gegen eine Freistellung der ÄiW.....	49
Abbildung 18: Informationskanäle über KW-Angebote	109
Abbildung 19: Weiterbildungskontext von ÄiW mit und ohne Nutzung von KW- Angeboten	110
Abbildung 20: Kompetenzzuwachs durch KW-Angebote aus Sicht der ÄiW.....	111
Abbildung 21: Psychosoziale und persönliche Kompetenzgewinne durch KW- Angebote.....	112
Abbildung 22: Bewertung der TtT-Angebote durch Weiterbildenden ohne KW- Nutzung.....	115
Abbildung 23: Kompetenzzuwachs der ÄiW mit KW-Nutzung	118
Abbildung 24: Kompetenzzuwachs der ÄiW ohne KW-Nutzung	119
Abbildung 25: Leistungsorientierte Finanzierung der KW 2023-2025 – nach KW	121
Abbildung 26: Selbsteinschätzung zur personellen und finanziellen Ausstattung – nach KW.....	123
Abbildung 27: Anzahl Teilnehmende an Angeboten	152
Abbildung 28: Durchschnittliche Gewichtung der Auswahlkriterien für Standorte der Angebotsarten.....	154
Abbildung 29: Auslastung der Angebote	162
Abbildung 30: Schwierigkeiten, Teilnehmende für Angebote zu finden	163
Abbildung 31: Einbezug verschiedener Akteure in die Arbeit der KW	167
Abbildung 32: Durchschnittliche Hospitationen der KW-Mitarbeitenden an anderen KW	167

1. Hintergrund und Evaluationsauftrag

1.1. Ausgangslage

Der Bedarf an Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin in Deutschland steigt infolge der demographischen Entwicklung und des wachsenden Anteils älterer Menschen deutlich: Bereits heute sind der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge bundesweit rund 5.000 Hausarztsitze nicht besetzt¹; bis zum Jahr 2035 werden nach einer 2021 vorgelegten Prognoserechnung des IGES Instituts voraussichtlich etwa 11.000 Hausarztstellen unbesetzt sein (Nolting et al. 2021).

Zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden bereits zum 01.01.1999 mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)², hier im Artikel 8 („Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“), erste rechtliche Grundlagen für die finanzielle Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin geschaffen. Diese ursprünglich auf zwei Jahre befristeten und im Jahr 2000³ unbefristet verlängerten Regelungen wurden im Jahr 2008 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung⁴ (GKV-OrgWG) strukturell weiterentwickelt und auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt.

So bildete das GKV-OrgWG die Grundlage einer neuen, bundeseinheitlichen Fördervereinbarung, die im Jahr 2010 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und im Benehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) – geschlossen wurde. Die Vereinbarung führte die seit 1999 getrennt bestehenden Regelungen für den ambulanten und stationären Bereich zusammen und sah u. a. die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Länderebene zur verbesserten Koordination und Organisation der Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin vor⁵. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)⁶ wurde die Weiterbildungsförderung schließlich neu geordnet, um zusätzliche Aspekte erweitert und erstmals

¹ Vgl. hierzu die Mitteilung „KBV-Arztzahlstatistik: Zeit für Patientenversorgung wird knapper“ des Deutschen Ärzteblatts vom 12. März 2026 (<https://www.aerzteblatt.de/news/kbv-arztzahlstatistik-zeit-fur-patientenversorgung-wird-knapper-bcfa990f-a6f9-4748-a324-3c2090fb2b9d>).

² Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998.

³ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999.

⁴ Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008.

⁵ Vgl. hierzu die Darstellung auf der Webseite der Bundesärztekammer (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/wb-foerderung>) sowie im Evaluationsbericht zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung für das Jahr 2011 (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Evaluationsbericht_2011_15052013.pdf).

⁶ Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015.

als dauerhaftes, qualitätsorientiertes und evaluiertes Förderinstrument in § 75a im SGB V sozialgesetzlich verankert. Die Regelungen umfassen die finanzielle Förderung von mindestens 7.500 allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich und maximal 2.000 ambulanten Weiterbildungsstellen in anderen grundversorgenden fachärztlichen Gebieten, wie der Kinder- und Jugendmedizin. Die zentrale qualitative Neuerung bildet die mit § 75a Abs. 7 Nr. 3 SGB V geschaffene Möglichkeit zur Förderung der Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern sollen.

Die im Zuge der Einführung des § 75a SGB V von den Vertragspartnern angepasste Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung⁷ beinhaltet erste wesentliche Vorgaben für diese Einrichtungen, die gemäß § 3 der Anlage IV zur Fördervereinbarung⁸ die Bezeichnung Kompetenzzentren Weiterbildung (KW) tragen.

1.2. Ziele und Aufgaben der Kompetenzzentren Weiterbildung

Zentrale Aufgabe der KW bildet gemäß § 8 der Fördervereinbarung die weitere Stärkung der Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung durch die Bereitstellung geeigneter Maßnahmen. Zu den Angeboten, die mindestens vorzuhalten sind, gehören

- Begleitseminare für Weiterzubildende, also für Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW)
- Train-the-Trainer-Seminare für weiterbildungsbefugte Hausärzt*innen (Weiterbildende)
- Mentoring-Programme
- Mitwirkung bei der Etablierung strukturierter, kontinuierlicher und verlässlicher Rotationen
- Kontinuierliche Evaluation des eigenen Angebots und der Qualitätssicherung.

Die Rahmenvorgaben für die Tätigkeit der KW werden nach § 10 Abs. 5 der Fördervereinbarung durch die Lenkungsgruppe definiert, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird⁹. Das Nähere zu den Aufgaben, den an den KW beteiligten Institutionen, dem Förder- und Antragsverfahren, dem Förderumfang sowie der Evaluation wird von der Lenkungsgruppe insbesondere durch die Anlage IV zur Fördervereinbarung geregelt.

⁷ Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V. Die am 01. Juli 2016 in Kraft getretene Vereinbarung wurde von den Vertragspartnern DKG, KBV und dem GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem PKV-Verband und im Benehmen mit der BÄK geschlossen. Die derzeit geltende Fassung datiert auf den 23. September 2024.

⁸ Anlage IV „Förderung von Qualität und Effizienz der Weiterbildung“ zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 72a SGB V in der Fassung vom 23. September 2024.

⁹ Die Lenkungsgruppe nach § 10 der Fördervereinbarung besteht aus jeweils bis zu vier Mitgliedern jedes Vertragspartners. An der Lenkungsgruppe zu beteiligen sind die Bundesärztekammer und der PKV-Verband, die jeweils ebenfalls bis zu vier Mitgliedern benennen.

Antragsberechtigt sind nach § 8 der Anlage IV in der Regel allgemeinmedizinische Einrichtungen an Universitäten; in begründeten Fällen können auch die oben erwähnten Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin (KoStA) des jeweiligen KV-Bezirks Anträge stellen. Neben der universitären allgemeinmedizinischen Einrichtung und der KoStA sind außerdem die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV), die zuständige Landesärztekammer (LÄK) und die zuständige Landeskrankengesellschaft (LKG) bei bestehender Bereitschaft an den KW beteiligt; auch kann eine universitäre medizindidaktische Einrichtung des jeweiligen KV-Bezirks in den Kreis der Kooperationspartner aufgenommen werden (§ 4 der Anlage IV). Je KV-Bezirk soll in der Regel ein KW eingerichtet und betrieben werden, wobei hier auch die Kooperationen mehrerer der insgesamt 17 KV-Bezirke möglich ist (§ 3 der Anlage IV). Die Förderung von KW nach § 75a SGB V setzte im Juli 2017 in zunächst acht KV-Bezirken und in 2018 in sieben weiteren KW ein¹⁰. Eine zweite Förderperiode wurde zum 01. Januar 2023 über weitere fünf Jahre vereinbart.

Hinsichtlich der Ziele konkretisiert § 2 der Vereinbarung, dass die KW die ÄiW durch geeignete Maßnahmen optimal auf die ambulante Tätigkeit und Niederlassung vorbereiten sollen. Unter geeigneten Maßnahmen werden insbesondere Seminare, Schulungen sowie Trainings, Mentoring-Programme und Curricula verstanden, die sowohl dem fachlichen und persönlichen Kompetenzzuwachs der ÄiW dienen als auch die medizindidaktische Qualifikation der befugten Weiterbildenden stärken sollen. Neben dem allgemeinmedizinischen Schwerpunkt sind auch Angebote für die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin möglich. Weiterhin soll eine nahtlose Anbindung zwischen Studium und allgemeinmedizinischer Weiterbildung erleichtert und gefördert werden. Festgelegt wird auch, dass die KW vorhandene regionale Strukturen wie die KoStA und Weiterbildungsverbünde ergänzen, mit ihnen also keine doppelten oder parallelen Angebotsstrukturen aufgebaut bzw. betrieben werden sollen. Mit Blick auf die unmittelbaren Zielgruppen konkretisiert § 3 Absatz 5 der Anlage IV, dass die KW die ÄiW dabei unterstützen sollen, die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen der Fachärzt*innen in der Allgemeinmedizin in angemessener Zeit und auf Basis der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern zu erlangen, zu vertiefen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die Weiterbildenden werden gemäß § 3 Absatz 4 der Anlage dabei unterstützt, grundlegende medizindidaktische Kompetenzen zu entwickeln, die für eine strukturierte, qualitativ hochwertige und auf dem aktuellen Stand der Bildungsforschung basierende Weiterbildung förderlich sind. Die Teilnahme der ÄiW und der Weiterbildenden an den KW-Angeboten erfolgt dabei auf freiwilliger Basis.

¹⁰ Die Förderung des KW Brandenburg wurde im September 2020 zunächst beendet, ab Januar 2023 dann aber erneut beantragt und bewilligt. In den KV-Bezirken Bremen und Sachsen-Anhalt werden die „Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Bremen“ und das „Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Sachsen-Anhalt“ außerhalb der sozialgesetzlichen Maßnahmen nach § 75 a SGB V umgesetzt.

Zur Überprüfung des Erfolgs und der Wirksamkeit der von den KW angebotenen Maßnahmen sieht § 10 Abs. 1 der Anlage IV beginnend mit dem ersten Förderjahr eine jährliche Evaluation vor, die sowohl qualitative als auch quantitative Aspekte umfasst. Die Evaluation wird von der Gemeinsamen Einrichtung (GE) durchgeführt, die neben der Durchführung der Evaluation und insbesondere der Organisation des Antrags- und Förderverfahrens u. a. auch die Weiterentwicklung der KW durch die Umsetzung eines jährlichen Best-Practice-Forums begleitet (§ 10 der Anlage IV)¹¹. Darüber hinaus wird von der KBV jährlich ein Evaluationsbericht zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V vorgelegt¹².

Schließlich sieht § 10 Abs. 5 der Anlage IV zur Fördervereinbarung auch eine standortübergreifende, wissenschaftliche Gesamtevaluation der Kompetenzzentren vor, die an eine geeignete, unabhängige Einrichtung zu vergeben ist. Diese Evaluation wurde im Juni 2021 erstmals an die IGES Institut GmbH vergeben (Zich et al. 2022). Der Evaluationszeitraum erstreckte sich dabei auf den Zeitraum Juli 2017 (Beginn der Umsetzung der ersten KW) bis Juni 2021.

1.3. Evaluationsauftrag

Im Juli 2025 wurde das Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH vom GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Durchführung der standortübergreifenden, wissenschaftlichen Gesamtevaluation beauftragt.

Der Zeitraum der Evaluation erstreckt sich gemäß Leistungsbeschreibung dabei von Januar 2022 (Ende der ersten Evaluationsperiode) bis zum Beginn des Evaluationsauftrags. Entsprechend zielten die verschiedenen Erhebungen, z. B. Interviews (vgl. Kapitel 2.2) auf diesen Betrachtungszeitraum; bei den schriftlichen Erhebungen wurde der Fokus auf die Entwicklungen seit Beginn der 2. Förderphase (01. Januar 2023) gelegt.

Gemäß des Evaluationsauftrags zielt die Evaluation auf die Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage: „Werden durch die Anlage IV zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V beschriebenen Maßnahmen (§§ 3-5) die dort beschriebenen Ziele (§ 2) erreicht und wenn ja, in welchem Ausmaß?“.

Der Auftrag umfasst dabei mindestens die Bewertung und Beantwortung der folgenden Unterfragen:

¹¹ Zum Evaluationsauftrag der GE vgl. insbesondere § 10 der Anlage IV zur Fördervereinbarung. Die GE wird seit dem 01. April 2019 vom DRL Projektträger umgesetzt; nach erneuter Ausschreibung wurde der Vertrag 2023 bis zum 30. Juni 2028 verlängert.

¹² Die Evaluationsberichte der Weiterbildungsförderung gem. § 75a SGB V ab 2010 finden sich auf der Webseite der Bundesärztekammer: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/wb-foerderung/evaluationsberichte>

1. Inwieweit hat sich das Angebot der nach § 75a SGB V geförderten Kompetenzzentren Weiterbildung (KW) im Vergleich zur ersten Förderphase weiterentwickelt, insbesondere im Hinblick auf § 3 Absatz 6-7, § 2 Absatz 1-3 und § 5 Absatz 1?
2. Werden Ärzt*innen in Weiterbildung für die Teilnahme an Angeboten der KW von der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber freigestellt (§ 2 Absatz 3)?
3. Wie ist die Inanspruchnahme der Angebote der KW nach § 2 Absatz 1 und 3? Welche Mentoring-Programme für Ärzt*innen in Weiterbildung (§ 5 Absatz 4) werden von KW angeboten und wie ist die Inanspruchnahme?
4. Welche Maßnahmen ergreifen die KW, um eine nahtlose Anbindung zwischen Studium und allgemeinmedizinischer Weiterbildung zu erleichtern und die Attraktivität der Allgemeinmedizin als Arbeitsfeld zu steigern (§ 2 Absatz 5)? Zeigen diese Maßnahmen einen Effekt?
5. In welcher Weise ergänzen sich die KW und Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin (KoStA) (§ 2 Absatz 4) bzw. kooperieren sie miteinander (§ 4 Absatz 1)?
6. Wie hat sich die Qualifizierung von vertragsärztlichen Dozierenden (Weiterbildenden) entwickelt? Nach welchen Kriterien werden Dozierende ausgewählt?
7. Welche regionale Reichweite haben die unterschiedlichen Teilnahmeformate (Präsenz, Hybrid, Online)? Welche Teilnahmeformate eignen sich für welche Zielgruppen und für welche Weiterbildungsinhalte aus Sicht der KW am besten? Welche Lehrformate kommen zur Anwendung?
8. Gibt es zwischen den einzelnen KW Unterschiede in Bezug auf Fragen 1 bis 7 und wenn ja, sind diese auf bestimmte Faktoren (z. B. Curricula, Projektlaufzeit, regionale Faktoren etc.) zurückzuführen?

Als für die Beantwortung dieser Fragen mindestens auszuwertende Datenquellen werden in der Leistungsbeschreibung genannt:

- Bericht der ersten standortübergreifenden, wissenschaftlichen Gesamtevaluation der Evaluationsberichte der KBV zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gemäß § 75a SGB V geförderten Kompetenzzentren Weiterbildung (Zich et al. 2022)
- Evaluationsbericht zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin 2017 bis 2024, erstellt von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
- darin jeweils enthalten: Evaluationsbericht der Gemeinsamen Einrichtung zu den Kompetenzzentren Weiterbildung
- von den KW im Delphi-Verfahren abgestimmte Evaluationsitems, erstellt von den KW unter Leitung des Deutschen Netzwerks der Kompetenzzentren Weiterbildung (DNKW)

Neben der Auswertung der o. g. Fragen ist der Beitrag der KW zum Erfolg des Förderprogramms zu bewerten. Darüber hinaus sollen die Potenziale zur Weiterentwicklung der Förderung und ggf. bestehende Hürden benannt werden.

2. Methodik und Erhebungsdesign

2.1. Erhebungsdesign

Die standortübergreifende Evaluation der KW umfasst eine Bewertung von Outputs und Outcomes einschließlich einer Wirkungsanalyse. Diese basiert auf einem Wirkungsmodell in Anlehnung an das IPOO-Modell (Input, Process, Output, Outcome) von Brown und Svenson (1988), das Untersuchungsgegenstände entlang ihres vermuteten Wirkungszusammenhangs systematisiert. Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über das zugrundeliegende Modell.

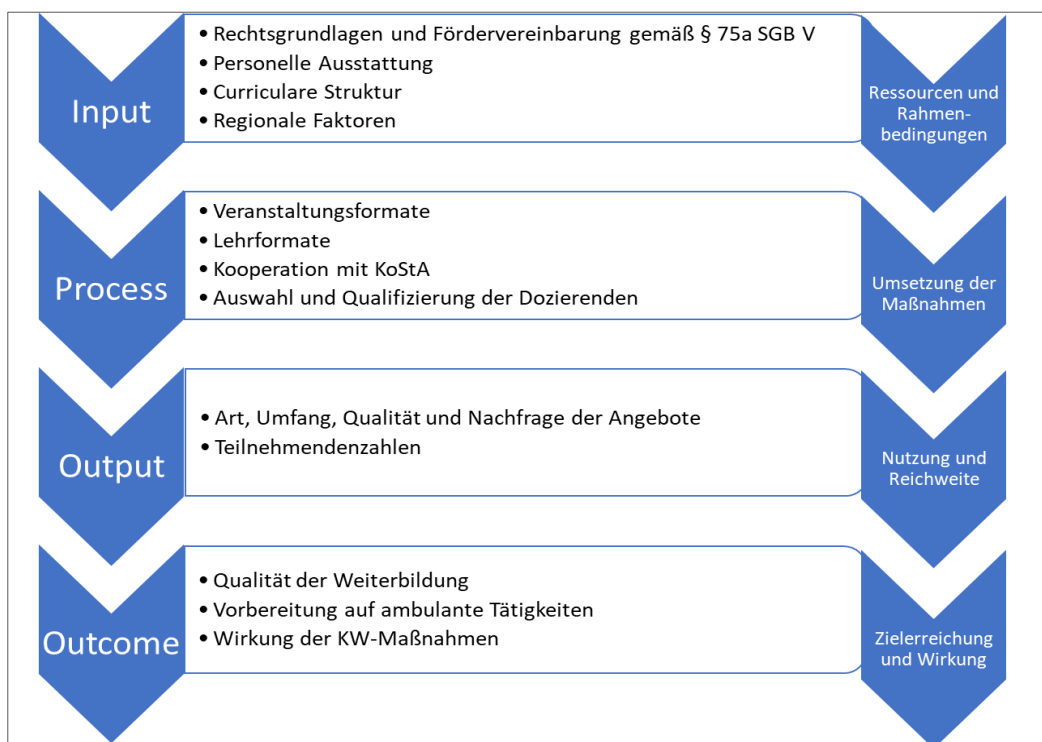


Abbildung 1: IPOO-Modell der Evaluation (Input, Process, Output, Outcome), eigene Darstellung

Für die Anwendung des IPOO-Modells wurden folgende Elemente identifiziert: Die **Inputs** umfassen die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Förderung gemäß § 75a SGB V, die Ausstattung und Ausgestaltung der KW sowie regionale Kontextfaktoren. Grundlage bildete hier insbesondere die Analyse der in Kapitel 1.3 genannten Datenquellen. Im **Process** wird die Umsetzung der Maßnahmen analysiert, einschließlich Angebotsstrukturen, Teilnahmebedingungen, Lehr- und Mentoringformaten sowie Kooperations- und Qualifizierungsprozessen. Die **Outputs** erfassen Nutzung, Umfang, Qualität und Reichweite der Weiterbildungsangebote anhand von Teilnehmendenzahlen und Berichten. Die **Outcomes** beschreiben die Zielerreichung und Wirkungen der Maßnahmen, insbesondere hinsichtlich der Qualität der Weiterbildung, die Kompetenzentwicklung der ÄiW und ihrer Vorbereitung auf die ambulante Versorgung.

2.2. Methodik

Für die Evaluation wurde ein Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Verfahren eingesetzt, die sich gegenseitig ergänzen. Diese „Triangulation“ nutzt die jeweiligen Stärken beider Ansätze, um den Forschungsgegenstand möglichst genau abzubilden (vgl. Nuissl 2013, 87f). Zum Einsatz kamen bewährte Methoden der empirischen Sozialforschung.

Die qualitative Datenerhebung erfolgte nach wissenschaftlichen Standards (vgl. Mayring 2010; Greve/Wentura 1997; Lamnek 2010). Sowohl die Auswertung der in den Interviews und Workshops gewonnenen Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2010; Gläser und Laudel 2004, S. 193f) als auch die quantitative Datenerhebung und -auswertung (vgl. Bortz/Döring 2009; Schnell/Hill/Esser 2011; Häder 2015; Backhaus et al. 2013) orientieren sich an etablierten methodischen Ansätzen. Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation wurden mit den Ergebnissen der in Kapitel 1.3 benannten Evaluationsberichte abgeglichen. Signifikante Unterschiede und neue Entwicklungen werden in den Ergebniskapiteln (Kapitel 0) dargestellt.

2.2.1. Qualitative und explorative Interviews

Von Oktober 2025 bis März 2026 wurden insgesamt 12 qualitative leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Diese umfassten explorative Interviews mit Vertreter*innen der Lenkungsgruppe und des DNKW sowie qualitative Interviews mit Berufsverbänden, ÄiW und Weiterbildenden. Für die einzelnen Zielgruppen wurden spezifische Leitfragebögen entwickelt, die eine thematische Orientierung und Vergleichbarkeit ermöglichen, zugleich aber Raum für vertiefende Nachfragen lassen. Die explorativen Interviews wurden zu Beginn der Evaluation eingesetzt und dienten der Erfassung strategischer Perspektiven sowie zentraler inhaltlicher Themen.

2.2.2. Explorative Interviews

Im Zeitraum Oktober bis Dezember 2025 wurden insgesamt sechs explorative Interviews mit Vertreter*innen der Lenkungsgruppe (KBV, DKG, GKV-SV, PKV, BÄK) sowie des DNKW geführt. Ziel war die Einordnung strategischer Zielstellungen und die Identifikation zentraler Themen für die weiteren Erhebungsschritte.

Die Interviews wurden digital über Microsoft Teams geführt, lokal aufgezeichnet und transkribiert. Die Leitfäden wurden akteursspezifisch angepasst und umfassten u. a. folgende Themen: Ziele und Ergebnisse, Rolle der Lenkungsgruppe, Nutzung und Übergang vom Studium, Kooperation und Qualität, Zukunftsperspektiven und Ressourcen. Die Aussagen wurden thematisch geclustert und in Kapitel 3.1.1 aufbereitet.

2.2.3. Qualitative Interviews mit Verbänden, ÄiW und Weiterbildenden

Weitere qualitative Interviews fanden im Februar und März 2026 mit Vertreter*innen des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes (HÄV), der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) sowie mit je zwei ÄiW und Weiterbildenden, die Angebote der KW nutzen, statt. Die Akquise der ÄiW und Weiterbildenden erfolgte mit Hilfe einzelner KW und der genannten Verbände.

Ziel dieser Interviews war ein vertiefter Einblick in die konkreten Erfahrungen der Zielgruppen. Dabei konnten Gelingensbedingungen, Hürden und Entwicklungsbedarfe für die weitere Ausgestaltung der KW-Angebote aus individueller und verbandlicher Perspektive identifiziert werden. Behandelt wurden u. a. Themen zu Zielen und Qualität der Angebote, Nutzung und Übergang vom Studium, Teilnahmehürden, Freistellung, Bekanntmachung der Angebote, Zukunftsperspektiven und Ressourcen. In den Interviews mit der JADE und dem HÄV wurde ergänzend der Beitrag der KW zur Stärkung der Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sowie die Zusammenarbeit zwischen KW, KoStA und anderen Weiterbildungsstrukturen betrachtet. Die Aussagen wurden ebenfalls thematisch geclustert und sind in Kapitel 3.1.2 dargestellt.

2.2.4. Onlinebefragungen der ÄiW und Weiterbildenden

In Anlehnung an die erste standortübergreifende Evaluation wurden **Onlinebefragungen** durchgeführt¹³. Der Befragungszeitraum war zunächst vom 02. Dezember 2025 bis zum 31. Januar 2026 geplant und wurde bis zum 06. Februar 2026 verlängert. Zielgruppen waren derzeitige und ehemalige **ÄiW** und **Weiterbildende** mit und ohne Nutzung von KW-Angeboten.

Grundlage der Fragebögen bildeten die im Delphi-Verfahren abgestimmten Evaluationsitems, die von den KW unter Leitung des DNKW erstellt wurden (vgl. DNKW 2020). Die Ansprache der Zielgruppen erfolgte per E-Mail über die KW bzw. über die KBV (Weiterleitung an die KVen) sowie ergänzend über HÄV, JADE und die Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DESAM). Über die KW erfolgte somit die Verteilung bzw. der Zugang zur Zielgruppe der derzeitigen und ehemaligen ÄiW sowie der Weiterbildenden, die die KW nutzen. Über die KVen und die anderen genannten Akteure erfolgte die Verteilung bzw. der Zugang zu allen ÄiW und Weiterbildenden, die dort Mitglied sind, also auch solchen ohne Nutzung der KW und ehemalige ÄiW und Weiterbildenden.

Ziel dieser mehrkanaligen Ansprache war ein möglichst breiter und zielgerichteter Zugang zu allen relevanten Zielgruppen. Dem Anschreiben lag ein Unterstützungsschreiben der Lenkungsgruppe bei. Die Ergebnisse werden in den Kapiteln 3.2 und 3.3 dargestellt.

2.2.4.1. Datenaufbereitung und Fallselektion ÄiW

Ausgangspunkt der Analyse bildete der vollständige Rohdatensatz mit insgesamt n = 1.837 Fällen. Nach systematischer Datenbereinigung wurden Fälle ohne ausreichende inhaltliche Bearbeitung ausgeschlossen (vgl. Anlagen 7.1). Der analyserelevante Datensatz umfasst n = 1.375 Fälle und bildet die Grundlage aller quantitativen Auswertungen der ÄiW-Befragung.

¹³ Vertiefende Ausführungen zur Fallselektion, der Bildung der Analysegruppen, der Datenaufbereitung, der Auswertungsstrategie, Durchführung der Befragung und methodischen Einschränkungen siehe Anlage 7.1.

Auf Basis entsprechender Filterfragen im Fragebogen wurden zwei Hauptgruppen gebildet:

- ÄiW mit Nutzung bzw. Einschreibung in ein KW (n = 744)
- ÄiW ohne Nutzung bzw. ohne Einschreibung in ein KW (n = 631)

Diese Gruppierung ermöglicht systematische Vergleiche zwischen Nutzenden und Nicht-Nutzenden und u. a. hinsichtlich des Zugangs und wahrgenommener Effekte der KW-Angebote.

2.2.4.2. Datenaufbereitung und Fallsektion Weiterbildende

Die Datenaufbereitung für die Befragung der Weiterbildenden erfolgte analog zur ÄiW-Befragung.

Die Stichprobe umfasst insgesamt 1.049 Weiterbildende, von denen 44,5 % Angebote eines KW nutzen, während 55,5 % keine Nutzung angeben. Die Gruppe der Nicht-Nutzenden stellt damit eine leicht größere Teilpopulation dar.

2.2.5. Onlinebefragung der Kompetenzzentren Weiterbildung¹⁴

Die Onlinebefragung der 15 KW wurde vom 02. Dezember 2025 bis 31.01.2026 durchgeführt¹⁵. Die KW wurden individuell per E-Mail kontaktiert. Grundlage für den Fragebogen bildeten die in der Leistungsbeschreibung der Evaluation vorgegebenen Forschungsfragen sowie die im Delphi-Verfahren abgestimmten Evaluationsitems (vgl. DNKW 2020). Der Fragebogen umfasst u. a. die Themen Ausstattung und Finanzierung, Angebotsnutzung und -umsetzung, Qualität und Zufriedenheit, Zielerreichung und Wirksamkeit, Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation und Vernetzung sowie Weiterentwicklung.

Alle 15 Kompetenzzentren nahmen teil, so dass eine Vollerhebung vorliegt¹⁶. Die Befragungsdaten wurden statistisch per SPSS erfasst, ausgewertet und aufbereitet. Zentrale Ergebnisse flossen ebenfalls in die Validierungsworkshop (vgl. Kapitel 2.2.7) ein und werden in Kapitel 3.4 aufbereitet.

2.2.6. Onlinebefragungen der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin

Im Rahmen der Evaluation wurden auch insgesamt 13 KoStA¹⁷ zu einer Online-Kurzbefragung eingeladen. Der Befragungszeitraum lag zwischen dem 23. Februar und dem 06. März 2026. Der Fragebogen umfasste 19 Fragen insbesondere zur Zusammenarbeit mit den KW und zur Angebotsstruktur.

¹⁴ Zur Stichprobenbeschreibung siehe Anlage 7.1.

¹⁵ Eine Verlängerung des Befragungszeitraums wurde für ein einzelnes KW aufgrund von Krankheit bis zum 27. Februar 2026 vorgenommen.

¹⁶ Limitation: Zu Beginn der Erhebung gab es technische Schwierigkeiten, da eine Zwischenspeicherung der Befragungsdaten nicht möglich war, dies wurde nach Bekanntgabe umgehend behoben und die KW wurden darüber informiert. Zudem lief parallel zur standortübergreifenden Evaluation bis zum 19.12.2025 die jährliche Evaluation der GE, was dem Prinzip der Feldschonung leider nicht entsprach.

¹⁷ Die KV-Bezirke Brandenburg und Nordrhein haben keine KoStA und wurden daher bei dieser Befragung nicht berücksichtigt.

Insgesamt beteiligten sich 12 KoStA an der Befragung. Die Rücklaufquote liegt somit bei rund 92%. Die Auswertung erfolgte ebenfalls per SPSS; die Ergebnisse sind in Kapitel 3.5 dargestellt

2.2.7. Validierungsworkshops

Ergänzend zu den Erhebungen wurden insgesamt drei **Validierungsworkshops** durchgeführt. Zwei digitale Workshops fanden am 13. und 17. April 2026 mit insgesamt 27 Vertreter*innen der KW, der JADE, des HÄV sowie ÄiW und Weiterbildenden statt. Ein weiterer Workshop wurde am 16. April 2026 in Präsenz mit Vertreter*innen der Lenkungsgruppe im Rahmen einer Sitzung des Gremiums umgesetzt.

Ziel der Workshops war die multiperspektivische Diskussion ausgewählter Ergebnisse, um deren Plausibilität und Aussagekraft zu reflektieren. Die Workshops dienten damit nicht der Beantwortung einzelner Forschungsfragen, sondern der Validierung zentraler Befunde und der Klärung offener Aspekte. Diskutiert wurden u. a. Ergebnisse zur Bekanntheit und Reichweite, zu Nutzung und Teilnahmemürden und zur Vorbereitung auf Niederlassung durch die KW. Die Ergebnisse fließen in die zusammenfassende Beurteilung zur Zielerreichung, Qualität und Effizienz der KW in Kapitel 4 ein.

2.2.8. SWOT-Analyse

Die SWOT¹⁸-Analyse ist ein strategisches Planungsinstrument, das Institutionen hilft, ihre aktuelle Situation besser zu verstehen und fundierte Entscheidungen z. B. zur Weiterentwicklung zu treffen. Sie legt den Fokus auf die Analyse sowohl des externen Umfelds und damit verbundener Chancen und Risiken als auch der internen Ressourcen und vorhandenen Stärken und Schwächen. Durch die Gegenüberstellung der vier Felder können systematische Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. (Wehrich 1982; Pelz & Döring, 2018).

Im Rahmen der Evaluation wird die SWOT-Analyse genutzt, um den einzelnen KW in Hinblick auf die Forschungsfragen eine strukturierte Einschätzung ihrer aktuellen Situation und möglicher Entwicklungsbedarfe zu ermöglichen. Dabei wird u. a. auf die jeweilige personelle und finanzielle Ausstattung, die Anzahl und Ausgestaltung der angebotenen Formate und die Einbindung externer Akteure Bezug genommen. Die Ergebnisse werden den jeweiligen KW und der Lenkungsgruppe als Auftraggeberin gesondert zur Verfügung gestellt und sind nicht Teil des Evaluationsberichts.

¹⁸ SWOT: Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken).

3. Ergebnisse

3.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews

3.1.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Mitgliedern der Lenkungsgruppe und des DNKW

3.1.1.1. Rollen und Zusammenarbeit der Akteure

Die Rolle der Lenkungsgruppe wird von deren Mitgliedern überwiegend als fachlich-strategisches Gremium verstanden, das Impulse setzt, Rahmenbedingungen formuliert und Beschlüsse auf Ebene der Vereinbarungen vorbereitet, ohne direkt in die operative Arbeit der KW einzugreifen. Die operative Begleitung der KW liegt seit deren Beauftragung im April 2019 überwiegend bei der GE. Vorgaben werden von der Lenkungsgruppe bewusst nicht zu eng gefasst, um die Weiterentwicklung der KW nicht zu stark zu reglementieren. Kooperationen der KW auf Landesebene werden ebenfalls i. d. R. nicht von der Lenkungsgruppe als Gremium begleitet.

Das 2019 unter dem Dach der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin gegründete „Deutsche Netzwerk der Kompetenzzentren in der Weiterbildung“ (DNKW)¹⁹ vereint alle KW und dient als übergeordnete Austauschplattform sowie als Sprachrohr gegenüber Politik, GE und Lenkungsgruppe. Das DNKW organisiert den übergreifenden Austausch und macht regionale Modelle, Kooperationen und gute Praxis sichtbar.

Die GE wird einvernehmlich von den Interviewpartner*innen als zentrale Schnittstelle zwischen Lenkungsgruppe und KW beschrieben, indem sie Informationen bündelt, Anliegen vorsortiert und fachlich geprüft, bevor diese die Lenkungsgruppe erreichen.

Die Zusammenarbeit innerhalb der Lenkungsgruppe wird überwiegend als offen und konstruktiv beschrieben und ist durch das gemeinsame Ziel der Verbesserung der allgemeinmedizinischen Versorgung geprägt. Die beteiligten Akteure verorten ihre Rollen in der Lenkungsgruppe unterschiedlich, was auch in den originär unterschiedlichen Aufgabenbereichen und Interessen der vertretenen Organisationen begründet ist. Daher sind vereinzelte Reibungspunkte vor allem strukturell bedingt und entstehen an Schnittstellen unterschiedlicher institutioneller Verantwortlichkeiten.

Finanzierungsfragen sind ein wiederkehrendes Thema der Lenkungsgruppe. Mit der steigenden Zahl eingeschriebener ÄiW wächst der organisatorische Aufwand in den KW. In den Interviews wurde angemerkt, dass die KW-Förderung im Vergleich zum gesamten Weiterbildungsförderbudget nur einen sehr kleinen Kostenblock ausmacht und als sinnvolle Investition in die Zukunft der Allgemeinmedizin bewertet wird.

¹⁹ Funktion, Aufgaben und Zuständigkeiten des DNKW sind in der [Geschäftsordnung für das Deutsche Netzwerk der Kompetenzzentren in der Weiterbildung \(DNKW\)](#) geregelt.

3.1.1.2. Zielsetzungen und Entwicklung der KW

Laut den befragten Akteuren stellen die Qualitätssteigerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung durch medizindidaktisch fundierte Inhalte, die strukturierte Ergänzung des Praxis- und Klinikalltags, die Vernetzung der ÄiW sowie die Attraktivitätssteigerung des Fachs und einer perspektivischen Niederlassung zentrale Ziele der KW dar. Dabei sollen vor allem Inhalte vermittelt werden, die im hausärztlichen Praxisalltag nicht ausreichend abgedeckt sind, wie beispielsweise Krankheitsbilder außerhalb der häufigsten Entitäten, ökonomische Aspekte der Praxisführung und kommunikative Kompetenzen.

Gleichzeitig sollen KW einen stabilen Bezugspunkt im ambulanten Teil der Weiterbildung bieten, vergleichbar mit der Klinikzugehörigkeit im stationären Bereich, indem sie Vernetzung und Austausch unter ÄiW ermöglichen. Zur Erreichung dieses Ziels sei eine verbindliche Kooperation zwischen allen Kooperationspartnern vor Ort unerlässlich.

Die interviewten Vertreter*innen der Lenkungsgruppe beobachten stabile oder steigende Teilnahmezahlen sowie positive Wissens- und Kompetenzzuwächse, etwa durch Vorher-Nachher-Vergleiche einzelner KW. Die Wirksamkeit hinsichtlich des übergeordneten Ziels der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung sei jedoch schwer messbar, da ein durchgängiges Tracking vom Studium bis zur Niederlassung fehle.

Den befragten Personen zufolge haben sich die KW seit der ersten Förderphase zu etablierten, institutionalisierten Einrichtungen entwickelt. Es wurde überwiegend betont, dass die KW-Angebote die Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung verbessern und den Übergang vom Studium in die Weiterbildung erleichtern. Da die organisatorischen Grundlagen für die Umsetzung der KW mittlerweile weitgehend geklärt seien, habe sich der thematische Schwerpunkt der begleitenden Akteure zunehmend auf die inhaltliche und curriculare Weiterentwicklung und innovative Lernformate verlagert.

3.1.1.3. Angebotsvielfalt und -Qualität

Die KW zeichnen sich bewusst durch eine große Heterogenität aus, etwa hinsichtlich der Formate (Präsenz/Hybrid/Online), thematischen Schwerpunkten und der Dozierendenauswahl. Eine starke Vereinheitlichung der KW gilt laut den befragten Akteuren als weder realistisch noch wünschenswert, da die bestehende Vielfalt eine bedarfsgerechte Berücksichtigung regionaler Besonderheiten ermögliche. Neben dem Seminarprogramm bilden TtT-Kurse und Mentorings die tragenden Säulen des KW-Angebots.

Die Pandemie führte zu einer deutlichen Ausweitung von Online- und Hybridformaten, die inzwischen einen festen Baustein der KW-Angebote ausmachen – teilweise mit interaktiven Hands-on-Elementen (z. B. Nahtkurse mit zugesandtem Material, Ultraschall mit Leihgeräten) und zeitlich angepassten „Lern-Nuggets“. Die in der Pandemie angestoßenen Digitalisierungsimpulse wurden von der Lenkungsgruppe

grundsätzlich unterstützt, jedoch zugleich begrenzt, da nicht alle Formate online sinnvoll umsetzbar seien und Präsenzveranstaltungen insbesondere für die Vernetzung als essenziell betrachtet werden. Neue Kommunikationsformate werden darüber hinaus genutzt, um die Reichweite und Sichtbarkeit der KW zu erhöhen, etwa durch Podcasts und Social Media-Beiträge.

Die qualitative Weiterentwicklung der KW-Angebote zeigt sich insbesondere im Ausbau der Train-the-Trainer-Programme, des Mentorings sowie der Dozierendenschulungen, die in der zweiten Förderphase durch Anschubfinanzierungen gezielt unterstützt wurden. Zudem wurde das Peer-Learning gestärkt, unter anderem durch die Initiierung verpflichtender Hospitationen²⁰ von fachlichen Mitarbeitenden bei Veranstaltungen anderer KW. Die Aufnahme neuer Themen wie Digitalisierung, KI und Planetary Health in die Curricula unterstreichen die Flexibilität und Innovativität der KW.

Die Qualitätssicherung wird als laufender Entwicklungsprozess über Evaluation, Feedback und curriculare Weiterentwicklung gesichert und durch die GE und das DNKW unterstützt.

3.1.1.4. Kooperation

Die Kooperation der KW mit regionalen Akteuren, wie den KoStA, KVen, Universitäten, Ärztekammern und Landesärztekammern wird von den befragten Akteuren als zentraler Erfolgsfaktor für die Umsetzung der KW-Ziele eingeschätzt. Es zeigten sich aber deutliche regionale Unterschiede in der Intensität und Qualität der Zusammenarbeit, die auf unterschiedliche institutionelle Ausgestaltungen und das individuelle Engagement der beteiligten Ansprechpersonen zurückgeführt werden.

In Regionen mit einem kontinuierlichen fachlichen Austausch und einer aktiv „gelebten“ Kooperationsvereinbarung wird eine gute Verzahnung der Angebote durch die Interviewpartner*innen beobachtet. Dadurch könnten Doppelstrukturen reduziert und Synergieeffekte (z. B. zu rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Themen) erzielt werden. Gleichzeitig trage eine enge Kooperation zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades der KW bei und verbessere die Begleitung der ÄiW in der Allgemeinmedizin.

Demgegenüber sei die Kooperation in anderen Regionen häufig auf formal-administrative Aspekte beschränkt. In diesen Fällen bliebe insbesondere die Bekanntheit der KW-Angebote ausbaufähig, da hierfür nicht zuletzt die Unterstützung durch KV bzw. KoStA ausschlaggebend sei. Als Hindernisse für eine intensive Kooperation wurden von den Interviewpartner*innen auch historisch gewachsene Strukturen benannt, durch die teilweise Konkurrenzen entstünden (z. B. KoStA-Fortbildungsprogramme in Bayern). Die regional variierende Ausgestaltung der KoStA, die teils bei KV, LÄK

²⁰ Vgl. § 5 Abs. 9 Anlage IV zum § 75a SGB V.

oder in gemeinsamer Trägerschaft angesiedelt sind bzw. nicht vorhanden sind, beeinflusse ebenfalls die Kooperationsmöglichkeiten.

„Wir wissen aber auch, dass es eben Regionen gibt, wo es eben gar keine KoStA gibt. Und wir wissen eben auch, dass die Zusammenarbeit mit den Körperschaften an einigen Stellen schwierig ist, an anderen nicht.“ (DNKW)

3.1.1.5. Teilnehmendenakquise und Freistellung

Die Steigerung des Bekanntheitsgrades der KW und die Erreichung potenzieller Teilnehmender wurden in den Interviews mehrfach als Herausforderung benannt. Dabei wurden unter anderem die Bekanntmachung des KW-Angebots insbesondere unter Studierenden sowie Aspekte der Erreichbarkeit, die Frage nach einer möglichen Verpflichtung zur Teilnahme sowie die Umsetzung bzw. das Ausmaß der Freistellung zur Teilnahme thematisiert.

Nach Einschätzung der befragten Akteure lässt sich die Teilnahmebereitschaft vor allem über die Attraktivität der angebotenen Inhalte und eine gute Erreichbarkeit erhöhen. Letztere werde beispielsweise durch mehrere Standorte in Flächenländern sowie durch hybride und digitale Angebote unterstützt. Zur Steigerung der Sichtbarkeit setzten die KW auf aktive Informationsarbeit, Medienpräsenz und Publikationen. Dazu zählten auch der systematische Ausbau der Präsenz an Universitäten, etwa durch die Vorstellung der Angebote in Vorlesungen, die Bereitstellung von Informationsmaterial sowie spezifische Angebote für Studierende im Praktischen Jahr (PJ). Ziel sei es, den Übergang vom Studium in die Weiterbildung Allgemeinmedizin frühzeitig vorzubereiten und möglichst nahtlos zu gestalten. An einigen KW werde bereits die aktive Einbindung von Studierenden als weiterer Ansatz praktiziert.

„Wir interessieren uns natürlich vor allen Dingen immer für die ÄiW, die wir nicht erreichen. Also, warum erreichen wir die nicht? Und ein ganz wesentlicher Punkt war damals, und ist es, glaube ich, auch heute noch, dass das Angebot nicht bekannt ist. Also, dass diejenigen, die nicht teilnehmen, nicht teilnehmen, weil sie eben nichts davon wissen. Wir versuchen zwar auf allen Kanälen, das zu streuen, das ist aber auch sehr regional unterschiedlich, wie kooperativ die Kooperationspartner da sind.“ (DNKW)

Hinsichtlich der Frage nach der Einführung einer verpflichtenden Teilnahme bestehen unter den befragten Personen unterschiedliche Einschätzungen. Während einzelne Akteure der Lenkungsgruppe zur Verbesserung der Erreichbarkeit sowie zur Schaffung einer belastbaren Datengrundlage zu Förderverläufen eine verpflichtende Einschreibung aller geförderten ÄiW am KW befürworteten, verweisen andere Mitglieder sowie das DNKW auf Freiwilligkeit als zentrales Prinzip der Weiterbildung sowie auf rechtliche Unsicherheiten, die bei der Einführung einer Verpflichtung entstehen würden.

Mit Blick auf eine mögliche Verpflichtung der Arbeitgebenden zur Freistellung ihrer ÄiW zur Teilnahme an KW-Angeboten sehen die Befragten zwar höhere Chancen auf eine verbindlichere Regelung, dafür wären jedoch auch hier rechtliche Fragen für die genaue Ausgestaltung zu klären. Die Akteure weisen auf unterschiedliche

Hinderungsgründe für die Freistellung hin: In ambulanten Praxen fehlten häufig klare und verbindliche Freistellungsregelungen. In Kliniken hingegen bestünden zwar tariflich geregelte Freistellungskontingente, diese würden allerdings vorwiegend für die Fortbildungsangebote der Kliniken genutzt, die dann zu den Angeboten der KW gewissermaßen in Konkurrenz träten. Zusätzlich ergäben sich für die ÄiW in der stationären Weiterbildungsphase faktische Teilnahmeschwierigkeiten auf Grund der Dienst- und Schichtplanung. Handlungsoptionen zur besseren Erreichung von Teilnehmenden werden daher von mehreren Mitgliedern der Lenkungsgruppe sowie des DNKW vor allem in einer stärkeren Sensibilisierung von Praxisinhaber*innen sowie der Kopplung von Förderung an verbindliche Freistellungsregelungen gesehen.

3.1.1.6. Herausforderungen und Entwicklungspotenzial

Die künftige Entwicklung der KW ist nach Einschätzung der befragten Akteure sowohl von Chancen als auch von Unsicherheiten geprägt. Die genannten Herausforderungen für die weitere Ausgestaltung der KW bewegen sich zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und politischen Unwägbarkeiten. Insbesondere die zeitliche Befristung der Förderung wurde von einem Teil der Lenkungsgruppe als auch vom DNKW wiederholt als Hemmnis für die langfristige Planbarkeit benannt, da sie einen hohen administrativen Aufwand erzeuge und die Personalbindung erschwere. Eine Verstetigung der Kompetenzzentren ist laut DNKW vor diesem Hintergrund sinnvoll, um Planungssicherheit zu erhöhen und den administrativen Aufwand wiederkehrender Förderphasen zu reduzieren.

Die Einschätzungen zum Ressourcenbedarf ergeben ein differenziertes Bild: Steigende Teilnehmendenzahlen und die Einführung neuer Formate werden grundsätzlich angestrebt und begrüßt. Gleichzeitig gingen sie jedoch mit einer deutlichen Erhöhung des organisatorischen und personellen Aufwands sowie der Sachkosten einher. Zudem wird die langfristige Finanzierbarkeit aufgrund der angespannten finanziellen Lage der Krankenkassen und konkurrierender Reformvorhaben im Gesundheitswesen als unsicher eingeschätzt.

Weiterentwicklungspotenziale könnten nach Einschätzung eines Teils der Lenkungsgruppe sowie des DNKW unter anderem in der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems liegen, durch das die Rolle der Allgemeinmedizin gestärkt und der Bedarf an gut ausgebildeten Hausärzt*innen weiter erhöht werden könnte. Auf Grund der bislang noch unklaren inhaltlichen Ausgestaltung eines solchen Systems lassen sich die daraus resultierenden Anforderungen an die KW den Akteuren zufolge derzeit jedoch nur eingeschränkt abschätzen.

Die Bedeutung der KW für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung wird von den befragten Akteuren insgesamt nachdrücklich betont. Die KW werden als wichtiges Instrument angesehen, das weiter ausgebaut und strukturell verstetigt werden sollte. Potenziale für die inhaltliche Weiterentwicklung der KW werden dabei – neben der Fortführung einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung – insbesondere in der weiteren Stärkung der Dozierendenqualifizierung und des Mentorings gesehen, die

strategisch als zentrale Elemente für Qualitätssicherung, Professionalität und langfristige Bindung bewertet werden.

3.1.2. Ergebnisse der Interviews mit JADE, HÄV, ÄiW und Weiterbildenden

3.1.2.1. Qualität, Effizienz der WB und Angebotsvielfalt

Die Angebote der KW werden von den Interviewpartner*innen übereinstimmend als wirksames Instrument zur Sicherung und Steigerung der Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung bewertet. Insbesondere die Orientierung am DEGAM-Curriculum mit praxisnahen, leitlinienorientierten und didaktisch aufbereiteten Seminarangeboten wird dabei als zentrales Qualitätsmerkmal hervorgehoben, da es zum Ausgleich von Unterschieden zwischen einzelnen Weiterbildungsstätten beitrage. Den KW komme hier eine ergänzende Funktion innerhalb des Weiterbildungssystems zu, da einzelne Weiterbildungspraxen angesichts begrenzter Ressourcen und Fallzahlen nicht immer die gesamte Bandbreite des allgemeinmedizinischen Curriculums abdecken könnten.

Auch im Hinblick auf die Effizienz der Weiterbildung schreiben die befragten Personen den KW überwiegend positive Effekte zu. Diese fungierten als zentrale Orientierungs- und Vernetzungsinstanz, bündelten relevante Informationen und erleichterten die Organisation einzelner Weiterbildungsabschnitte. Mehrere der Interviewten berichten, dass sich ÄiW fachlich besser vorbereitet fühlen und tendenziell früher Facharztprüfungen ablegen. Hinweise auf regional steigende Zahlen abgelegter Facharztprüfungen werden in diesem Zusammenhang als Indikator für eine erhöhte Effizienz der Weiterbildung interpretiert, auch wenn eine generelle Verkürzung der Weiterbildungsdauer nicht eindeutig belegt werden könne.

Die Angebotsvielfalt der KW wird von den Interviewpartner*innen insgesamt als hoch und überwiegend passgenau bewertet. Besonders positiv hervorgehoben werden die breite Abdeckung relevanter Krankheitsbilder, die zunehmende thematische Differenzierung sowie die fortschreitende didaktische Weiterentwicklung der Angebote. Dies zeige sich unter anderem in interaktiven Formaten, Fallarbeiten und einem verstärkten Einsatz dialogischer Lern- und Lehrmethoden gegenüber klassischen Vortragsformaten, wenngleich regionale Unterschiede in der Ausgestaltung bestünden. Insgesamt wird die didaktische Weiterentwicklung als deutliche Qualitätssteigerung bewertet.

Darüber hinaus bewerten die befragten Personen ergänzende Angebote wie das Mentoring, Netzwerkformate und überfachliche Themen als sinnvolle Erweiterung des KW-Angebots.

„Ja, das [Seminarprogramm] ist für mich das Hilfreichste im Moment im Rahmen meiner Weiterbildung. Also, einfach die fachlichen medizinischen Inhalte. Und das Mentoring habe ich jetzt auch mal ausprobiert, weil, ich habe am Anfang immer gedacht, ich brauche es nicht und jetzt [...] muss ich sagen, das hätte ich wahrscheinlich früher machen sollen.“ (ÄiW)

Gleichzeitig zeigt sich, dass insbesondere betriebswirtschaftliche, organisatorische und praxisführungsbezogene Inhalte bislang nicht flächendeckend und systematisch in den KW-Angeboten verankert sind. Die Befragten weisen hier auf bislang nicht ausgeschöpfte Entwicklungspotenziale hin, vor allem im Hinblick auf die Vorbereitung von Übergängen in die Niederlassung.

Die Vielfalt der eingesetzten Formate (Präsenz, online, hybrid) wird insgesamt als angemessen bewertet, da sie unterschiedliche Lebenssituationen Rechnung trage und den Zugang zu den Angeboten erleichtere. Zugleich wird darauf hingewiesen, dass die Präferenzen der Teilnehmenden teilweise deutlich variieren. So ermöglichten digitale Abendformate beispielsweise die Teilnahme für Personen mit familiären Verpflichtungen. Gleichzeitig wird in den Interviews mehrfach betont, dass die Weiterbildungszeiten idealerweise während der Arbeitszeit und nicht in der Freizeit stattfinden sollten.

3.1.2.2. Bekanntheitsgrad und Übergang vom Studium

Der Bekanntheitsgrad der KW hat sich aus Sicht der befragten Personen insgesamt erhöht, weist jedoch weiterhin deutliche zielgruppen- und regionsspezifische Unterschiede auf. Zwar seien die KW einem Großteil der ÄiW in fortgeschrittenen Weiterbildungsabschnitten bekannt, viele ÄiW würden jedoch erst spät und häufig eher zufallsbedingt vom KW-Angebot erfahren. Die Informationsweitergabe erfolge überwiegend über informelle Kanäle (etwa persönliche Kontakte, Kolleg*innen oder Weiterbildende), während systematische und institutionell verankerte Informationswege bislang nur eingeschränkt wirksam seien.

„Also auf den Stammtisch bin ich auch über Mund-zu-Mund-Propaganda gestoßen. Und dort wurde mir dann von dem Kompetenzzentrum erzählt. Dann habe ich mich auch gleich angemeldet.“ (ÄiW)

Hinsichtlich der Weiterbildenden wird beobachtet, dass insbesondere jüngere Weiterbildende über das KW-Angebot informiert seien, während ältere Weiterbildungsbeauftragte teilweise geringere Kenntnisstände über das Angebot aufwiesen.

„Da sieht man jetzt auch schon den Stellenwert jetzt auch bei den Weiterbildern mittlerweile. Oder ich sage jetzt mal, bei den jüngeren Weiterbildern, die vielleicht das selber auch mitgemacht haben. Die ältere Generation kennt es oft noch gar nicht. Da ist es noch nicht so präsent.“ (ÄiW)

Der Übergang von Studierenden in die allgemeinmedizinische Weiterbildung und die Einschreibung bei den KW wird von den Befragten als zentrale, bislang jedoch nicht flächendeckend systematisch genutzte Schnittstelle beschrieben. Zwar engagierten sich viele KW in der frühen Ansprache von Studierenden, unter anderem über PJ-Infotage, Hospitationsangebote, Kooperationen mit Instituten für Allgemeinmedizin sowie Near-Peer-Teaching-Formate; Umfang und Verbindlichkeit dieser Maßnahmen seien jedoch stark bundesland- und standortabhängig. Kritisch angemerkt wird zudem, dass ein erheblicher Teil der Absolvent*innen zunächst im stationären Bereich

tätig ist und in dieser Phase häufig keinen systematischen Kontakt zu den KW aufweise.

3.1.2.3. *Angebote zur Steigerung der Niederlassung*

Aus Sicht der Befragten leisten die KW einen Beitrag zur Förderung der Niederlassung in der Allgemeinmedizin, indem sie strukturierte Reflexions- und Orientierungsmöglichkeiten schaffen und so die Handlungssicherheit der ÄiW stärken. Durch Vernetzungsangebote, Mentoringformate und den Austausch mit niedergelassenen Hausärzt*innen ermöglichten die KW eine realistische Auseinandersetzung mit der selbstständigen hausärztlichen Tätigkeit. Insbesondere Angebote, die über rein medizinische Inhalte hinausgehen – etwa zu Praxisorganisation, Abrechnung oder betriebswirtschaftlichen Grundlagen – werden in diesem Zusammenhang als hilfreich bewertet, da sie dazu beitragen, Hemmschwellen gegenüber der Niederlassung abzubauen und langfristiges Interesse zu stabilisieren.

Gleichzeitig zeigen die Interviews, dass entsprechende Angebote regional unterschiedlich ausgeprägt und bislang nicht flächendeckend verankert sind. Unabhängig davon bleibt die konkrete Niederlassungsentscheidung weiterhin in hohem Maße von individuellen Lebenslagen und strukturellen Rahmenbedingungen abhängig.

3.1.2.4. *Erreichbarkeit und Freistellung*

Die Erreichbarkeit der KW-Angebote wird von den Befragten insgesamt positiv bewertet. Grundsätzlich ermöglichen die KW durch eine Kombination aus Präsenz-, Online- und Hybridformaten eine vergleichsweise niederschwellige Teilnahme für ÄiW und Weiterbildende. Insbesondere digitale Formate werden als wichtige Ergänzung hervorgehoben, da sie Anfahrtswege reduzieren und die Vereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen und Versorgungsanforderungen erleichtern. Gleichzeitig wird betont, dass Präsenzveranstaltungen weiterhin eine zentrale Rolle für Vernetzung, kollegialen Austausch und praxisnahes Lernen einnehmen und von vielen Teilnehmenden bevorzugt werden. Kritisch angemerkt wird von einem Teil der Befragten, dass Online-Formate teilweise in den Abendstunden stattfinden und damit faktisch in die Freizeit verlagert werden. Dies wird als problematisch bewertet, da Weiterbildungsangebote grundsätzlich als Teil der Arbeitszeit verstanden werden sollten.

Die Freistellung zur Teilnahme an KW-Angeboten hat sich nach Beobachtung der Befragten gesteigert, stellt jedoch weiterhin einen kritischen Faktor dar. Während in einzelnen Regionen (z. B. Nordrhein, Schleswig-Holstein) im Rahmen der Förderung von ÄiW verbindliche Regelungen zur Freistellung eingeführt wurden, bleibe die Freistellung in vielen Regionen freiwillig und vom jeweiligen Arbeitgeber abhängig. Insbesondere im stationären Weiterbildungsabschnitt werden teils erhebliche Schwierigkeiten bei der Freistellung für KW-Veranstaltungen beobachtet. Mitunter erfolge die Nutzung der KW-Angebote lediglich im Rahmen regulärer Fortbildungstage, was zu Nutzungskonkurrenzen mit anderen Weiterbildungsangeboten führe.

3.1.2.5. Weiterentwicklungspotenziale

Die Interviewaussagen verweisen auf mehrere zentrale Weiterentwicklungspotenziale der KW. Zum einen zeigt sich, dass der Bekanntheitsgrad der KW bislang in hohem Maße von Zufälligkeiten, individuellen Kontakten und regionalen Rahmenbedingungen abhängt. Die frühzeitige und systematische Ansprache von Studierenden und jungen ÄiW wird daher als ausbaufähig eingeschätzt.

Als weiteres Entwicklungspotenzial wird in den Interviews eine stärkere Verzahnung zwischen den KW und Weiterbildungspraxis benannt. Derzeit verliefen viele Lernprozesse parallel, ohne dass eine systematische curriculare Abstimmung zwischen den Seminarinhalten der KW und dem praktischen Lernen in Praxen und Kliniken erfolge. Eine engere Abstimmung, etwa durch transparente Lernziele oder klar strukturierte curriculare Gliederungen, wird von den Befragten als Möglichkeit gesehen, vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen und Lernprozesse gezielt zu vertiefen.

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit insbesondere von Präsenzangeboten in Flächenländern äußern die Befragten Wünsche nach flexibleren, wechselnden Veranstaltungsorten sowie nach Unterstützungsleistungen wie Kontingenten für Übernachtungskosten.

Darüber hinaus werden weitere Weiterentwicklungspotenziale in den strukturellen Rahmenbedingungen der KW-Nutzung identifiziert. Darunter fallen insbesondere unzureichende oder uneinheitliche Freistellungsregelungen sowie der Bedarf an einer stärkeren Kooperation mit beteiligten Akteuren wie Ärztekammern, KVen, Krankenhäusern und Universitäten, um Zuständigkeiten klar zu regeln und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Ein weiterer benannter Aspekt ist die fehlende Verbindlichkeit zentraler Qualitätssicherungsinstrumente für die Allgemeinärztliche Weiterbildung als Ganzes. In diesem Zusammenhang wird die Teilnahme an Train-the-Trainer-Angeboten für Weiterbildende zwar als sinnvoll, aber nicht ausreichend verpflichtend beschrieben. Mehrere Befragte sprechen sich dafür aus, Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote für weiterbildende Ärzt*innen stärker an Förderbedingungen zu knüpfen, um die didaktische Qualität der Weiterbildung zu erhöhen.

3.2. Ergebnisse der Erhebungen der Ärzt*innen in Weiterbildung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung der ÄiW dargestellt. Die Analysen basieren auf einer Stichprobe von insgesamt $n = 1.375$ ÄiW mit gültigen Angaben zur Nutzung von KW-Angeboten. Sofern nicht anders ausgewiesen, erfolgte eine Differenzierung zwischen ÄiW mit Nutzung bzw. Einschreibung in ein KW ($n = 744$) und ÄiW ohne Nutzung ($n = 631$) (vgl. Abschnitt 2.2.4).

Im Fokus stehen Nutzung, Bewertung und wahrgenommene Effekte der KW-Angebote. Neben quantitativen Ergebnissen werden die systematisch ausgewerteten offenen Angaben berücksichtigt, um die Perspektiven der ÄiW differenziert abzubilden.

3.2.1. Hintergrund und Motive für die Wahl der Allgemeinmedizin

Die Auswertung der offenen Angaben zur Motivation für die Wahl der Allgemeinmedizin zeigt konsistente und klar strukturierte Ergebnisse. Die Entscheidung für die allgemeinmedizinische Weiterbildung wird überwiegend durch inhaltliche und tätigkeitsbezogene Faktoren geprägt.

Ein zentraler Beweggrund ist die wahrgenommene Breite und Vielfalt des Fachgebiets. Die Allgemeinmedizin wird häufig als Fach mit einem „breiten Spektrum an Krankheitsbildern“ beschrieben oder als „sehr abwechslungsreich“ charakterisiert. Diese Vielseitigkeit wird von den Befragten als klarer Vorteil gegenüber stärker spezialisierten Fachrichtungen eingeordnet. Darüber hinaus spielt der direkte und langfristige Patientenkontakt eine zentrale Rolle. Mehrere Befragte betonen die Attraktivität einer kontinuierlichen Betreuung, etwa im Sinne einer „Langzeitbetreuung der Patienten“.

Ein weiterer relevanter Aspekt betrifft die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Insbesondere die Perspektive der Niederlassung sowie flexible Arbeitsmodelle werden als wichtige Entscheidungsfaktoren genannt, beispielsweise unter dem Aspekt „Vereinbarkeit mit Familie“. Neben diesen strukturellen Faktoren zeigen die Angaben auch eine ausgeprägte intrinsische Motivation. Die Allgemeinmedizin wird wiederholt als „spannendes Feld“ beschrieben oder mit einem persönlichen Interesse an der hausärztlichen Versorgung begründet. Demgegenüber treten klassische Karriereüberlegungen oder strukturelle Aspekte der Weiterbildungsstruktur deutlich in den Hintergrund. Insgesamt basiert die Entscheidung für die Allgemeinmedizin primär auf der Kombination aus fachlicher Breite, patientenbezogener Tätigkeit und lebenspraktischen Rahmenbedingungen.

3.2.2. Bekanntheit und Zugang zu KW-Angeboten

Von den insgesamt 1.375 in die Auswertung einbezogenen ÄiW geben 66,8 % an, das KW in ihrer Region zu kennen (n = 918), während 33,2 % keine Kenntnis über das Angebot haben. Damit bleibt ein nicht unerheblicher Teil der Zielgruppe von rund einem Drittel der Zielgruppe auf der Ebene der Bekanntheit unerschlossen, was in einem programmatisch relevanten Umfang auf eine eingeschränkte Sichtbarkeit der KW-Angebote hinweist.

Auch innerhalb der Gruppe der ÄiW mit Kenntnis der KW-Angebote ist die Nutzung nicht flächendeckend gegeben. Von den 918 ÄiW mit Kenntnis berichten 744 von einer Einschreibung bzw. Nutzung der KW-Angebote, während 174 ÄiW trotz Kenntnis keinen Zugang zu den Angeboten finden.

Insgesamt wird damit eine mehrstufige Struktur der Nutzung sichtbar: fehlende Kenntnis, fehlende Einschreibung trotz Kenntnis und – innerhalb der eingeschriebenen Gruppe – eine selektive Nutzung einzelner Angebote (vgl. Abbildung 2).

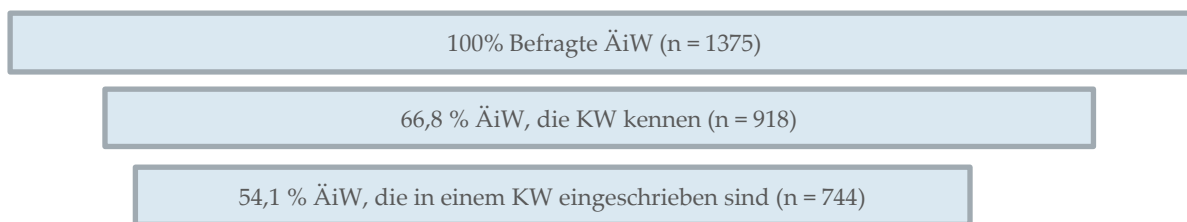


Abbildung 2: Bekanntheit der KW, eigene Darstellung. Frage: Ist Ihnen das KW in Ihrer Region bekannt?

3.2.2.1. Informationswege und Reichweite

Die Analyse der Informationskanäle zeigt, dass der Zugang zu den KW-Angeboten überwiegend über informelle Netzwerke erfolgt (vgl. Anlage Abbildung 18). Am häufigsten werden Kolleg*innen bzw. Peers als Informationsquelle genannt (53,9 %).

Auch Arbeitgeber*innen aus Praxen oder Kliniken spielen mit 28,1 % eine relevante Rolle bei der Weitergabe von Informationen. Formelle Informationskanäle wie die Webseiten oder Newsletter der Kompetenzzentren (20,3 %) sowie Informationen über Ärztekammern oder Kassenärztliche Vereinigungen (18,7 %) werden ebenfalls genutzt, jedoch in geringerem Umfang. Weitere Kanäle – wie die Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin (KoStA) (16,7 %) oder soziale Medien (4,8 %) – spielen eine untergeordnete Rolle.

Die Verteilung verdeutlicht, dass Informationen zu den KW-Angeboten stark von persönlichen Netzwerken abhängen während institutionelle Kommunikationskanäle bislang eine geringere Bedeutung haben. Ähnliche Hinweise finden sich bereits in der vorherigen standortübergreifenden Evaluation (Zich et al. 2022, S. 87), die ebenfalls auf eine begrenzte institutionelle Reichweite hingewiesen hat.

3.2.2.2. Wahrnehmung und Sichtbarkeit der Informations- und Beratungsangebote

Zwischen der grundsätzlichen Kenntnis der Informations- und Beratungsangebote und deren Wahrnehmung im Weiterbildungsalltag zeigt sich eine deutliche Diskrepanz. Während 58,6 % der Befragten angeben, die Angebote grundsätzlich zu kennen, liegt der Anteil derjenigen, die diese auch nutzen, mit 46,6 % deutlich darunter. Gleichzeitig werden die Angebote von den Nutzenden überwiegend positiv bewertet. Dies deutet darauf hin, dass Bekanntheit nicht automatisch zu einer Nutzung der Beratungsangebote führt.

3.2.2.3. Erreichbarkeit der Angebote

Die Bewertung der Erreichbarkeit zeigt klare Unterschiede zwischen den einzelnen Dimensionen (vgl. Abbildung 3). Während 80,2 % der Befragten der Aussage zustimmen, dass die Angebote des KW hinsichtlich ihres Formats (z. B. Präsenz-, Hybrid- oder Digitalformate) gut erreichbar sind, fallen die Zustimmungssanteile zur zeitlichen (66,7 %) und räumlichen Erreichbarkeit (62,7 %) geringer aus. Auffällig ist der relativ hohe Anteil neutraler Einschätzungen in diesen beiden Bereichen (Zeit: 28,5 %; Ort: 30,9 %). Dies deutet darauf hin, dass die zeitliche und räumliche Einbindung der Angebote in den Weiterbildungsalltag von einem Teil der ÄiW nicht eindeutig bewertet werden kann oder im Vorfeld schwer einschätzbar ist.

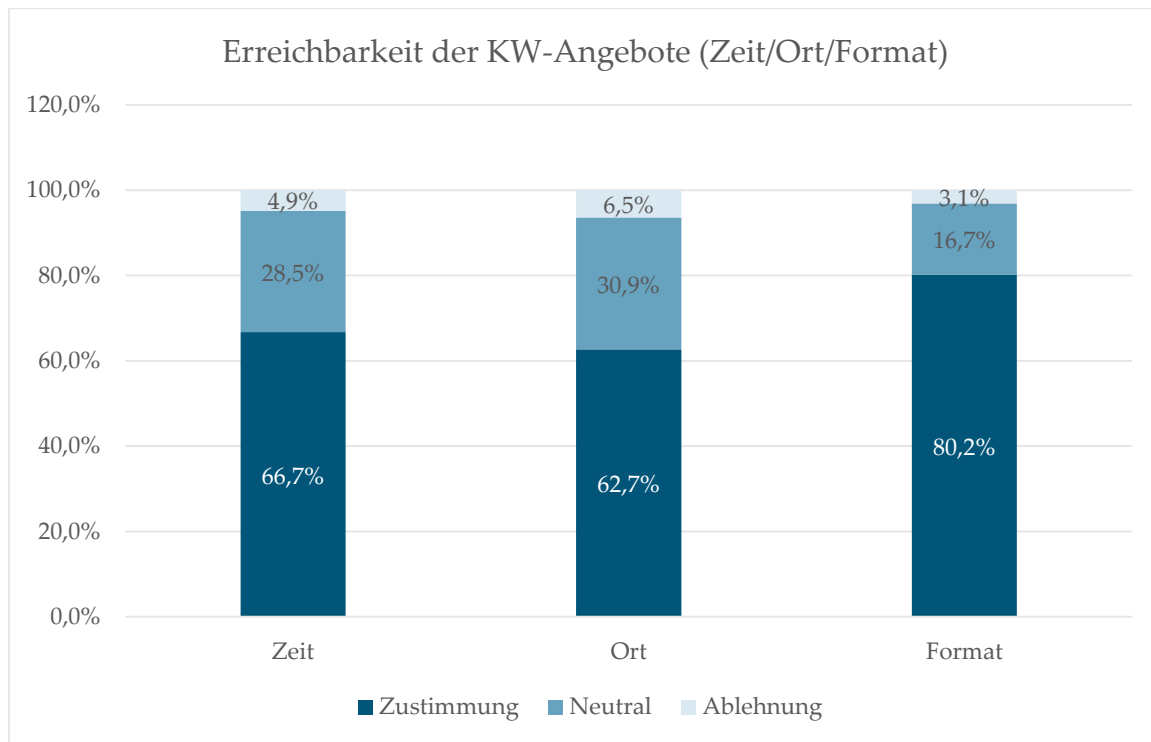


Abbildung 3: Bewertung der Erreichbarkeit der KW-Angebote, eigene Darstellung. Frage: Sind die Angebote Ihres KW für Sie gut erreichbar (Zeit/Ort/Format). n = 744

Die Angebote sind damit zwar grundsätzlich verfügbar, ihre Integration in den beruflichen Alltag wird von den ÄiW jedoch unterschiedlich eingeschätzt.

3.2.2.4. Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Nutzung der KW-Angebote durch mehrere vorgelagerte Faktoren geprägt ist. Einen Teil der Zielgruppe erreichen die Angebote aufgrund fehlender Bekanntheit nicht. Darüber hinaus findet auch innerhalb der Gruppe der ÄiW mit KW-Kenntnis nicht durchgängig eine Einschreibung oder Nutzung statt. Innerhalb der eingeschriebenen Zielgruppe zeigen sich zudem Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung der Erreichbarkeit. Insbesondere die zeitliche und räumliche Erreichbarkeit wird weniger eindeutig beurteilt als die grundsätzliche Zugänglichkeit der Angebotsformate. Insgesamt deuten die Ergebnisse auf begrenzende Faktoren in der Sichtbarkeit, der Erreichbarkeit und der Einbindung der Angebote in den Weiterbildungsalltag hin.

3.2.3. Nutzung der KW-Angebote

Die Nutzung der Angebote der KW erreicht unter den eingeschriebenen ÄiW insgesamt ein sehr hohes Niveau. Gleichzeitig zeigt die differenzierte Betrachtung von Nutzungsintensität, Nutzungsdauer und genutzten Formaten ein vielschichtiges Bild der tatsächlichen Inanspruchnahme.

3.2.3.1. Teilnahme und Reichweite

Die Analyse der Teilnahme an KW-Angeboten zeigt eine sehr hohe Inanspruchnahme unter den eingeschriebenen ÄiW (vgl. Abbildung 4). Insgesamt berichten 94 % der

Nutzenden, in den letzten zwölf Monaten an Seminarangeboten teilgenommen zu haben. Lediglich 6 % berichten von keiner Seminarteilnahme im betrachteten Zeitraum.

Damit stellen Seminare das zentrale und mit Abstand am häufigsten genutzte Angebotsformat dar. Auch Gruppen-Mentoring wird von einem relevanten Anteil der ÄiW genutzt (54 %). Andere Angebotsformate (13 %) sowie insbesondere Einzel-Mentoring (9 %) spielen hingegen eine deutlich geringere Rolle.

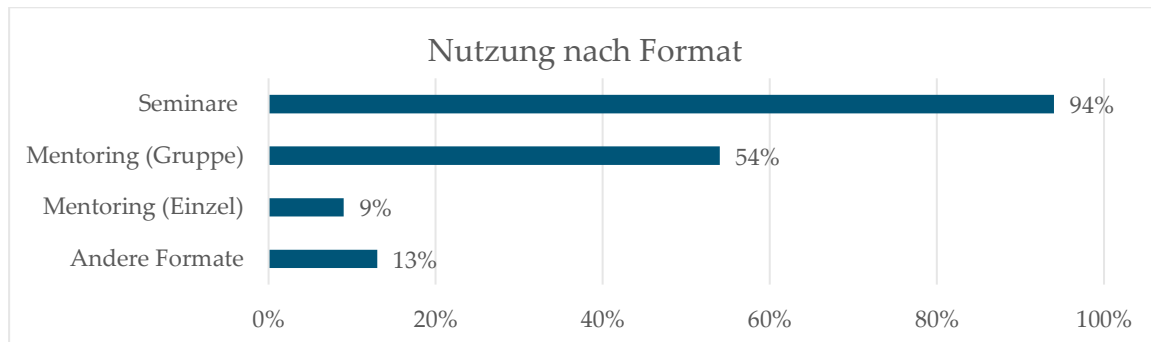


Abbildung 4: Nutzung nach Format, eigene Darstellung. Frage: Welche Angebote Ihres KW haben Sie genutzt? n = 744

Diese Verteilung verdeutlicht eine klare Fokussierung der Nutzung auf seminarbasierte Angebote, während individualisierte oder ergänzende Formate bislang nur von einem kleineren Teil der Nutzenden in Anspruch genommen werden. Im Vergleich zur vorherigen standortübergreifenden Evaluation (Zich et al. 2022) bestätigt sich das insgesamt hohe Nutzungsniveau der Seminarangebote. Während dort für die Erhebung 2021 berichtet wird, dass mehr als 80 % der Teilnehmenden eine Teilnahmequote von mindestens 50 % erreichen (Zich et al. 2022, S. 103), zeigt die vorliegende Analyse, dass nahezu alle (94 %) der eingeschriebenen ÄiW zumindest einmal an einem Seminar teilgenommen haben.

3.2.3.2. Nutzungsintensität

Trotz der insgesamt hohen Teilnahmequoten zeigt sich bei der Betrachtung der Nutzungsintensität ein differenzierteres Bild (vgl. Abbildung 5). Unter den ÄiW mit Seminarteilnahme (n = 699) weisen die meisten eine eher geringe bis mittlere Nutzung auf. So nehmen 43,8 % im Umfang von 1 bis 7 Unterrichtseinheiten (UE) teil, weitere 24,7 % im Bereich von 8 bis 15 UE. Demgegenüber steht ein deutlich kleinerer Anteil mit intensiver Nutzung: 18,2 % berichten von 16–24 UE, 13,3 % von 25 UE oder mehr.

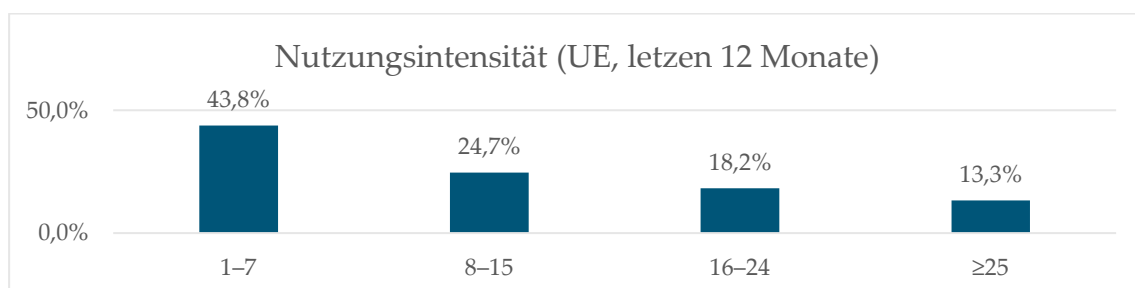


Abbildung 5: Nutzungsintensität (UE, letzte 12 Monaten), eigene Darstellung. Frage: Wie viele Seminar-Unterrichtseinheiten haben Sie in den letzten 12 Monaten besucht?²¹ n = 600

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Angebote von vielen ÄiW genutzt werden, der zeitliche Umfang der Nutzung jedoch überwiegend im niedrigen bis mittleren Bereich bleibt.

3.2.3.3. Nutzungsdauer

Die Betrachtung der Nutzungsdauer zeigt zugleich Hinweise auf eine stabile Einbindung eines größeren Teils der ÄiW in die KW-Strukturen. 36,4 % der Befragten nutzen die Angebote bereits seit mehr als zwei Jahren, weitere 26,1 % seit ein bis zwei Jahren.

Parallel dazu besteht jedoch eine relevante Gruppe mit kurzer Nutzungsdauer (32,7 % unter einem Jahr). Dies weist darauf hin, dass neben längerfristiger Nutzung auch ein fortlaufender Einstieg von ÄiW in die KW-Angebote erfolgt. Insgesamt spricht dieses Muster für eine langfristige Verankerung der KW-Angebote bei gleichzeitig fortlaufender Erweiterung der Nutzergruppe.

3.2.3.4. Genutzte Formate

Die Analyse der genutzten Formate zeigt eine Dominanz etablierter Lernformate. Präsenzangebote (78,9 %) und synchrone Onlineformate (71,0 %) werden mit Abstand am häufigsten genutzt. Hybride (9,4 %) und insbesondere asynchrone Formate (3,6 %) spielen bislang hingegen nur eine marginale Rolle.

3.2.3.5. Struktur der Nutzung

Die Nutzung der KW-Angebote ist insgesamt nicht gleichmäßig über alle ÄiW verteilt. Von den 1.375 befragten ÄiW sind 744 in ein KW eingeschrieben, was einem Anteil von rund 54 % entspricht (s. o.). Die Gegenüberstellung von Nutzenden und Nicht-Nutzenden zeigt, dass sich beide Gruppen in vielen strukturellen Merkmalen nur moderat unterscheiden.

Unterschiede bestehen insbesondere in der Karrierephase sowie im Zugang zur Weiterbildung (vgl. Anlage Abbildung 19). KW-Nutzende befinden sich häufiger in fortgeschrittenen Weiterbildungsphasen und sind häufiger direkt nach dem Studium in die allgemeinmedizinische Weiterbildung eingestiegen. Zudem sind sie deutlich häufiger in Verbundweiterbildungsstrukturen eingebunden. Diese Befunde deuten darauf hin, dass die Nutzung mit bestimmten strukturellen Merkmalen der Weiterbildungssituation zusammenhängt.

3.2.3.6. Zusammenfassung

Zusammenfassend ergibt sich ein differenziertes Bild der Angebotsnutzung: Innerhalb der eingeschriebenen Zielgruppe werden die Angebote der KW in hohem Maße angenommen und stabil, d. h. vielfach über längere Zeiträume genutzt. Gleichzeitig

²¹ (N = 699); gültige Antworten n = 600. Antwortoption „ich weiß nicht“ (n = 99) wurde ausgeschlossen.

zeigt sich, dass der zeitliche Umfang der Nutzung im niedrigen bis mittleren Bereich liegt und sich die Inanspruchnahme auf bestimmte Formate konzentriert.

In Verbindung mit den Ergebnissen zu den Teilnahmebedingungen (vgl. Kapitel 3.2.4) und der Nichtnutzung (vgl. Kapitel 3.2.5) wird deutlich, dass Herausforderungen weniger bzw. nicht in der Akzeptanz der KW-Angebote liegen, sondern in ihrer Reichweite sowie in strukturellen Rahmenbedingungen der Teilnahme. Während eingeschriebene ÄiW die Angebote intensiv und kontinuierlich nutzen, bleibt ein Teil der Zielgruppe außerhalb der KW-Strukturen.

3.2.4. Teilnahmebedingungen und strukturelle Rahmenbedingungen (Freistellung, Zeit, Organisation)

Die Möglichkeit zur Teilnahme an KW-Angeboten setzt in vielen Fällen eine Freistellung durch den Arbeitgeber voraus und ist somit maßgeblich durch institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen geprägt.

Unter den ÄiW mit KW-Nutzung ($n = 744$) geben 44,9 % an, für die Teilnahme immer freigestellt zu werden, weitere 27,8 % berichten, meist freigestellt zu werden (vgl. Abbildung 6). Insgesamt erhalten somit 72,7 % der Befragten in der Regel eine Freistellung für die Teilnahme an KW-Angeboten. Demgegenüber stehen 7,7 %, die nur selten freigestellt werden, sowie 10,5 %, die angeben, nie eine Freistellung zu erhalten.

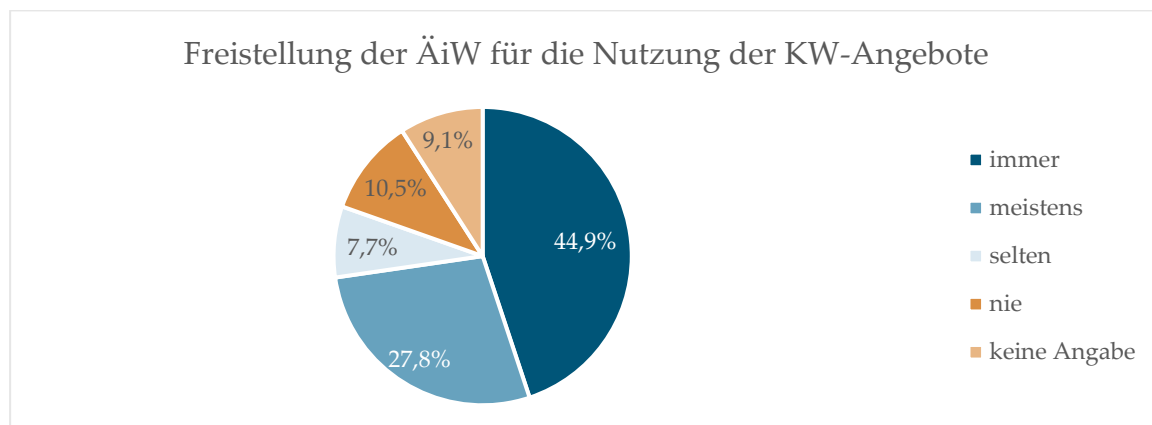


Abbildung 6: Freistellung der ÄiW für die Nutzung der KW-Angebote, eigene Darstellung. Fragen: Werden/Wurden Sie für die Teilnahme an KW-Angeboten von Ihrem Arbeitgeber freigestellt? $n = 744$

Im Vergleich zur vorherigen standortübergreifenden Evaluation, in der 54 % der ÄiW angeben, von ihrem Arbeitgeber freigestellt zu werden (Zich et al. 2022, S.87) zeigt sich in der vorliegenden Analyse ein höherer Anteil von Befragten, die zumindest regelmäßig freigestellt werden. Ein direkter Vergleich ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da die zugrunde liegenden Antwortkategorien unterschiedlich ausgestaltet sind.

Unter denjenigen Befragten, die zumindest gelegentlich freigestellt werden ($n = 598$), zeigt die Analyse des Freistellungsumfangs, dass die Freistellung in der Praxis häufig zeitlich begrenzt ist (Abbildung 7). Knapp die Hälfte (48,0 %) berichtet von monatlich ein bis vier Stunden Freistellung, weitere 13,2 % von fünf bis acht Stunden. Höhere Freistellungsumfänge sind die Ausnahme (1,3 %: 9–16 Stunden; 1,0 %: mehr als 16

Stunden). Zudem geben 28,9 % an, den Umfang der Freistellung nicht genau beziffern zu können.

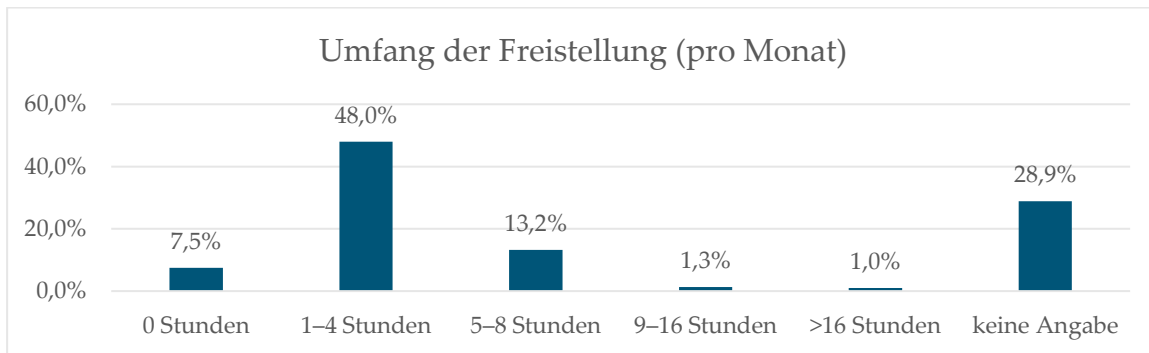
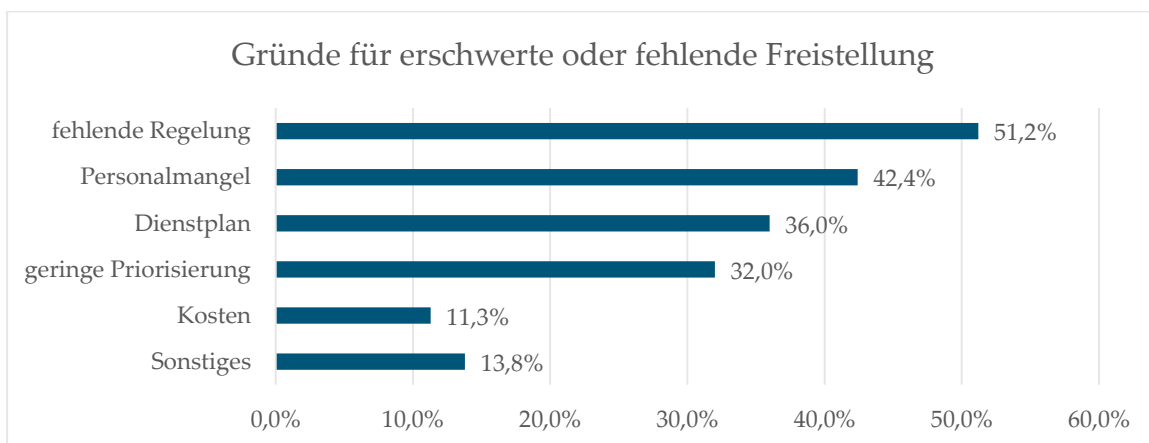


Abbildung 7: Umfang der Freistellung (pro Monat), eigene Darstellung. Fragen: Wie viele Stunden umfasst die Freistellung üblicherweise pro Monat?²² n = 598

Die Ergebnisse weisen damit auf ein Spannungsverhältnis zwischen formaler Freistellung und ihrer praktischen Ausgestaltung hin: Zwar ist Freistellung für einen Großteil der Befragten grundsätzlich gegeben, der tatsächliche verfügbare zeitliche Umfang bleibt jedoch häufig begrenzt. Die Teilnahme an KW-Angeboten erfolgt damit vielfach unter Bedingungen begrenzter zeitlicher Ressourcen.

Dieses Bild wird durch die Analyse der Gründe für eine erschwerte oder fehlende Freistellung ergänzt. ÄiW, die selten oder nie freigestellt werden (n = 203), nennen vor allem strukturelle und organisatorische Hindernisse. Am häufigsten wird das Fehlen klarer Regelungen zur Freistellung genannt (51,2 %), gefolgt von Personalmangel (42,4 %) und Schwierigkeiten bei der Dienstplangestaltung (36,0 %). Darüber hinaus geben 32,0 % an, dass der Teilnahme an KW-Angeboten im Arbeitsalltag eine geringe Priorität beigemessen wird. Kostenaspekte spielen mit 11,3 % eine untergeordnete Rolle.



²² ÄiW mit zumindest gelegentlicher Freistellung (n = 598). Ein vergleichsweise hoher Anteil der Befragten (28,9 %) konnte den Umfang der Freistellung in Stunden nicht genau benennen.

Abbildung 8: Gründe für erschwerte oder fehlende Freistellung, eigene Darstellung. Fragen: Welche Gründe erschweren eine Freistellung? ÄiW mit seltener oder ohne Freistellung. n = 203. Mehrfachnennung möglich

Insgesamt unterstreichen die Befunde die Bedeutung institutioneller und organisatorischer Rahmenbedingungen für die Teilnahme an KW-Angeboten. Dieses Muster wird durch im folgenden Abschnitt dargestellten Gründe für Nichtteilnahme weiter ergänzt (vgl. Kapitel 3.2.5).

Somit ergibt sich ein konsistentes Bild: Die Teilnahme an KW-Angeboten scheitert nur selten an mangelndem Interesse oder fehlender Relevanz, sondern hängt vor allem mit strukturellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Weiterbildungssituation zusammen. Damit bestätigen sich zentrale Befunde der vorherigen Evaluation (Zich et al. 2022), wonach organisatorische Faktoren und Freistellung wesentliche Einflussgrößen für die Teilnahme darstellen. Zugleich wird deutlich, dass diese Herausforderungen trotz Verbesserungen weiterhin bestehen.

3.2.5. Gründe für Nichtteilnahme und Abbruch

Aufbauend auf den dargestellten strukturellen Rahmenbedingungen werden im Folgenden die Gründe für die Nichtnutzung sowie den Abbruch von KW-Angeboten differenziert betrachtet. Während Kapitel 3.2.4 die institutionellen Voraussetzungen für eine Teilnahme in den Blick nimmt, liegt hier der Schwerpunkt auf den konkret benannten Gründen.

Die Analyse der Gründe für die Nichtteilnahme an einzelnen KW-Angeboten zeigt ein konsistentes Muster: Am häufigsten werden Zeitkonflikte beziehungsweise dienstplanbedingte Einschränkungen genannt (45,6 %), gefolgt von unpassenden Terminen oder Formaten (31,0 %). Fehlende Freistellung wird von 19,0 % der Befragten angegeben. Demgegenüber spielen individuelle Faktoren wie fehlender Bedarf (13,8 %) oder unzureichende Informationen über die Angebote (7,9 %) eine deutlich geringere Rolle.

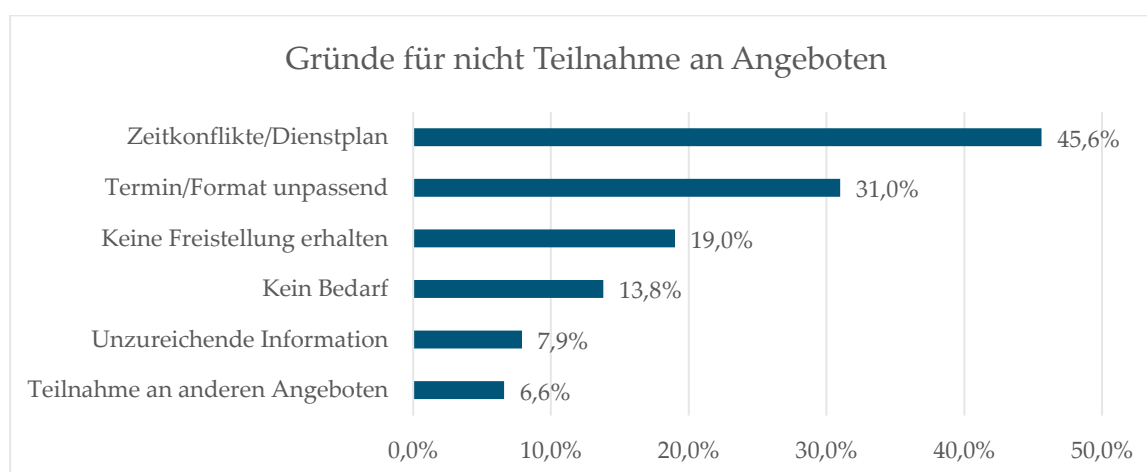


Abbildung 9: Gründe für erschwerte oder fehlende Freistellung, eigene Darstellung. Frage: Warum haben Sie an bestimmten Angeboten nicht teilgenommen.²³n = 744

Im Zusammenspiel mit den Ergebnissen zur Freistellung (vgl. Kapitel 3.2.4) weist dieses Befundbild darauf hin, dass strukturelle Einschränkungen im Arbeitsalltag eine wesentliche Rolle für die Nichtteilnahme an KW-Angeboten spielen. Zentrale Einflussfaktoren liegen demnach in der zeitlichen und organisatorischen Einbettung der Angebote in die Weiterbildungspraxis der ÄiW.

Im Gegensatz zur Nichtteilnahme zeigen sich beim Abbruch keine Hinweise auf ausgeprägte strukturelle Problemlagen. Die Analyse der Abbruchquoten verdeutlicht vielmehr, dass begonnene Angebote in der Regel fortgeführt werden und Abbrüche nur in sehr geringem Umfang auftreten. Während bei Seminarangeboten keine Abbrüche berichtet wurden, liegt die Abbruchquote beim Einzelmentoring bei 4,3 %, beim Gruppenmentoring bei 2,7 % und bei anderen Angebotsformaten bei 1,1 %. Insgesamt berichten lediglich 14 von 1.375 befragten ÄiW (ca. 1 %) von einem Abbruch.

Aufgrund der geringen Fallzahlen lassen sich keine belastbaren Aussagen über systematische Abbruchursachen treffen. Vielmehr deutet das Ergebnis darauf hin, dass es sich überwiegend um vereinzelte, individuell bedingte Abbrüche handelt. Auch die vorherige Evaluation (Zich et al. 2022, S. 98) weist lediglich vereinzelte Abbrüche ohne erkennbares systematisches Muster aus.

In Kombination mit den Ergebnissen zur Nichtteilnahme ergibt sich ein klares Gesamtbild: Während strukturelle Rahmenbedingungen den Zugang zu den Angeboten erschweren, werden die Angebote nach begonnener Teilnahme überwiegend stabil genutzt. Insgesamt legen die Befunde nahe, dass Herausforderungen vor allem im Zugang zu KW-Angeboten und in den organisatorischen Rahmenbedingungen der Weiterbildung liegen, nicht jedoch in der Akzeptanz oder Qualität der Angebote.

3.2.6. Bewertung der Angebote (Qualität, Organisation, Inhalte)

Die Bewertung der Angebote der KW durch die teilnehmenden ÄiW fällt insgesamt sehr positiv aus. Die Ergebnisse sind durch hohe Zustimmungswerte gekennzeichnet und weisen auf eine breite Akzeptanz der Angebote innerhalb der erreichten Zielgruppe hin. Gleichzeitig zeigt die differenzierte Betrachtung, dass sich hinter der hohen Gesamtzufriedenheit Unterschiede in der Bewertung einzelner Aspekte verbergen.

3.2.6.1. Gesamtbewertung und Weiterempfehlung

Die allgemeine Bewertung der KW-Angebote ist insgesamt durchweg positiv (n=744); je nach Item variieren gültige Fallzahlen n = 610 bis 628). So geben 94,1 % der Befragten an, dass die Angebote eine hilfreiche Ergänzung ihrer Weiterbildung darstellen. Auch die Bereitschaft zur Weiterempfehlung ist mit 95,5 % sehr hoch ausgeprägt.

²³ Die unter der Option „Sonstiges“ erfassten offenen Angaben wurden im Rahmen einer qualitativen Auswertung thematisch gruppiert (z. B. Kapazitätsprobleme, familiäre Gründe, organisatorische Gründe, Informationsdefizite).

Diese Werte weisen auf eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit den KW-Angebote hin (vgl. Abbildung 10).

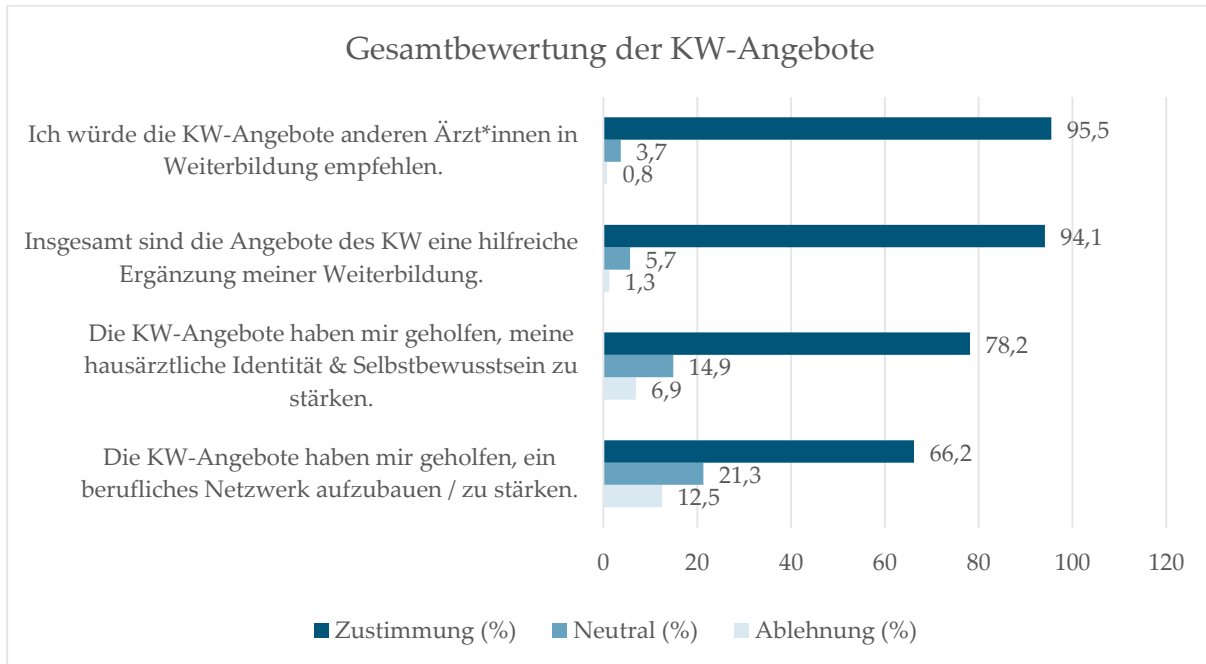


Abbildung 10: Gesamtbewertung der KW-Angebote, eigene Darstellung. Frage: Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu. n = 610-628

3.2.6.2. Bewertung der Inhalte und didaktischen Qualität

Auch die konkrete Bewertung der Inhalte und ihrer Vermittlung fällt insgesamt positiv aus, weist jedoch Unterschiede zwischen einzelnen Aspekten auf. In zentralen Bereichen wie Verständlichkeit, Praxisrelevanz und struktureller Gestaltung der Angebote liegen die Zustimmungswerte überwiegend bei über 90 % (vgl. Abbildung 11).

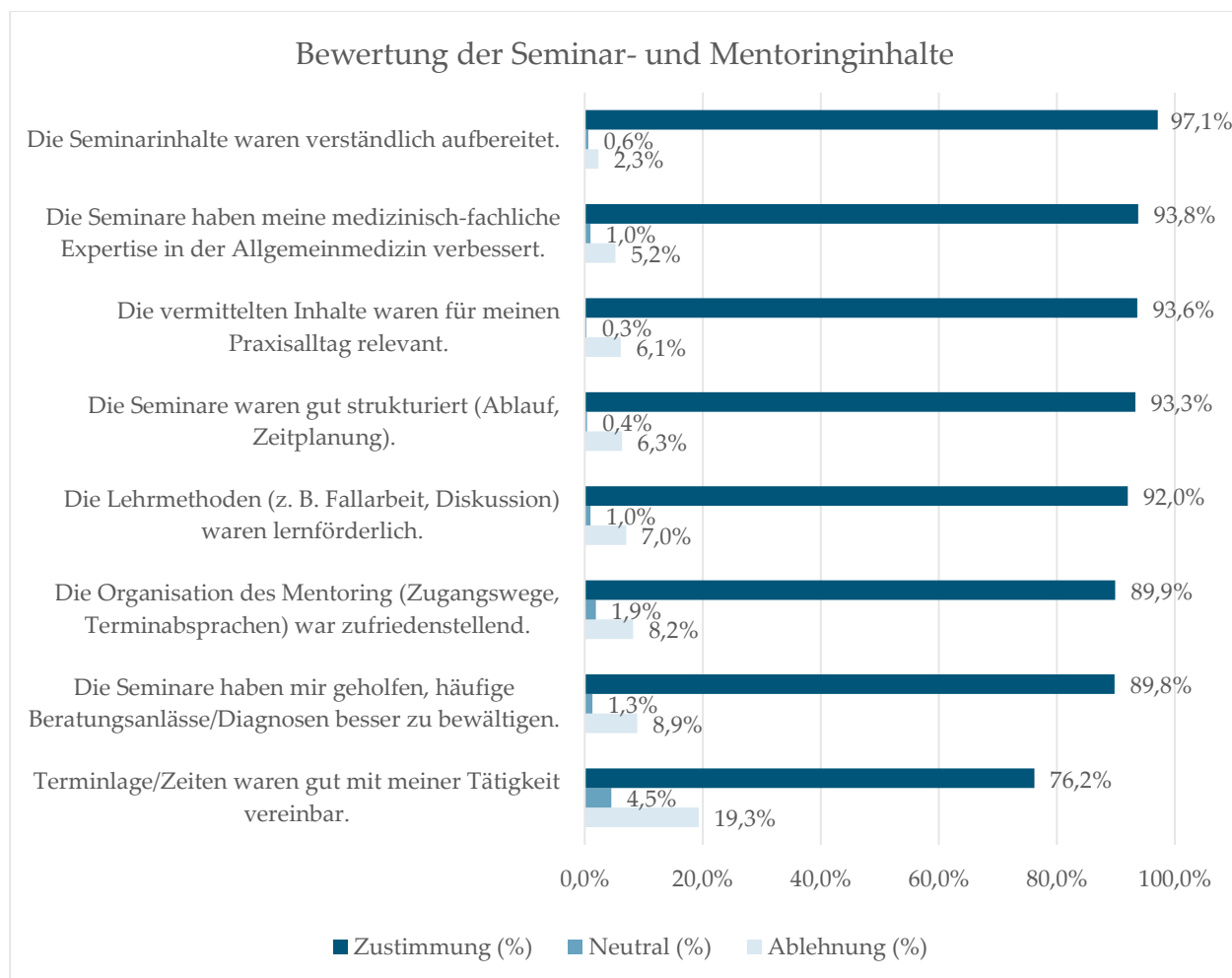


Abbildung 11: Bewertung der Seminar- und Mentoringinhalte, eigene Darstellung. Frage: Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu. n = 744

Die hohen Zustimmungswerte sprechen dafür, dass die Inhalte überwiegend als gut aufbereitet und praxisnah wahrgenommen werden. Gleichzeitig zeigen einzelne Items niedrigere Zustimmungswerte (z. B. 76,2 %) sowie erhöhte Ablehnungsanteile (bis zu 19,3 %), was auf eine differenzierte Bewertung einzelner Inhalte hindeutet.

Darüber hinaus fällt bei einzelnen Aspekten ein erhöhter Anteil fehlender Antworten auf. Dies spricht dafür, dass diese Inhalte nicht von allen Befragten wahrgenommen oder bewertet werden konnten, etwa auf Grund unterschiedlicher Teilnahmeerfahrungen.

3.2.6.3. Bewertung nach Themenfeldern

Die Bewertung der KW-Angebote nach inhaltlichen Themenfeldern zeigt insgesamt hohe Zustimmungswerte über alle abgefragten Bereiche hinweg (vgl. Abbildung 12). Besonders positiv wird der Bereich diagnostischer Maßnahmen bewertet (83,0 % Zustimmung), was auf eine hohe Praxisrelevanz und gute Anwendbarkeit der vermittelten Inhalte hinweist.

Auch in den Bereichen Langzeitversorgung und Versorgung chronisch erkrankter Patient*innen (74,6 %), Versorgung älterer Patient*innen (73,1 %) sowie

Präventionsaspekte (71,3 %) zeigen sich stabile und hohe Zustimmungswerte. Diese Themenfelder gehören zu den zentralen Aufgaben der allgemeinmedizinischen Versorgung und werden von den Befragten entsprechend als relevant eingeschätzt.

Demgegenüber fallen die Zustimmungswerte in den Bereichen psychische Problemlagen (62,7 %) sowie Versorgungslenkung und -koordination (62,9 %) geringer aus. Gleichzeitig weisen diese Themenfelder die höchsten Neutralanteile auf (bis zu 20,8 %). Dies deutet darauf hin, dass diese Inhalte entweder weniger stark wahrgenommen wurden, für die Befragten schwerer einzuordnen sind oder in der eigenen Weiterbildungspraxis bislang eine geringere Rolle spielen.

Insgesamt zeigt sich, dass die KW-Angebote insbesondere in klar strukturierten, medizinisch-praktischen Themenfeldern sehr positiv bewertet werden. Komplexere, stärker interdisziplinär geprägte Inhalte werden dagegen differenzierter eingeschätzt und weisen potenzielle Entwicklungsspielräume auf.

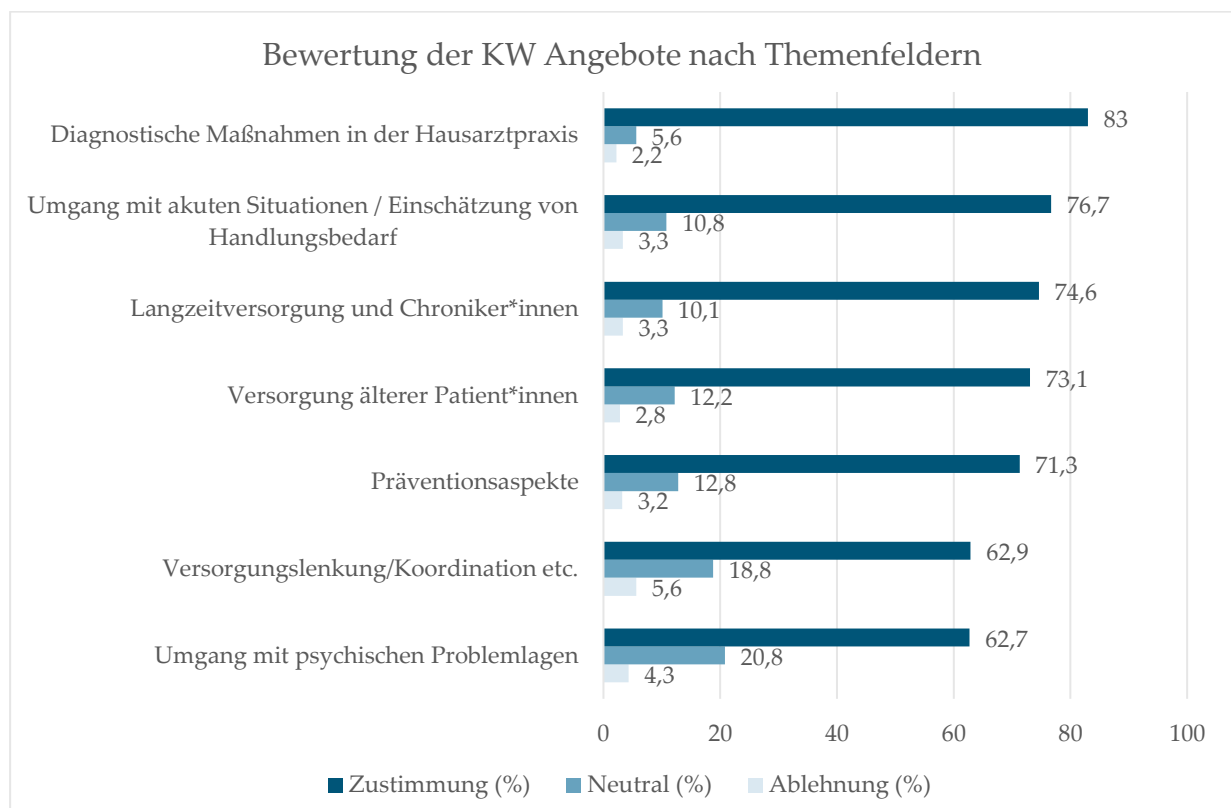


Abbildung 12: Bewertung der KW-Angebote nach Themenfeldern, eigene Darstellung. Frage: Inwieweit haben die KW-Angebote Ihnen in den folgenden Themenfeldern geholfen? n = 744

3.2.6.4. Bewertung spezifischer Angebotsformate

Die Bewertung spezifischer Angebotsformate zeigt Unterschiede zwischen den einzelnen Formaten. Das Mentoring wird von den teilnehmenden ÄiW insgesamt positiv bewertet, insbesondere im Hinblick auf berufliche Orientierung (76,0 %) sowie die Stärkung der Sicherheit in schwierigen Situationen (73,1 %).

Gleichzeitig fällt die Zustimmung bei der Unterstützung konkreter, prüfungsbezogener Anforderungen geringer aus (69,2 %). Dies könnte darauf hindeuten, dass das

Mentoring insbesondere in Bezug auf Orientierungs-, Reflexions- und Entwicklungsprozesse als unterstützend wahrgenommen wird, während die Unterstützung bei prüfungsbezogenen Anforderungen etwas geringer eingeschätzt wird.

Auch die Beratungsangebote werden überwiegend positiv bewertet. Von den Befragten, die diese kennen (58,6 %) und nutzen (46,6 %), bewerten 75,8 % die Angebotsqualität positiv.

3.2.6.5. Qualitative Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge

Die Auswertung der offenen Angaben zeigt, dass sich die Verbesserungsvorschläge der Befragten vor allem auf strukturelle und organisatorische Aspekte der KW-Angebote beziehen. Damit ergänzen die qualitativen Rückmeldungen die insgesamt sehr positiven Bewertungen um konkrete Hinweise auf bestehende Optimierungspotenziale.

Besonders häufig werden Anpassungen der Angebotsformate sowie eine Ausweitung des Angebotsumfangs genannt. Dazu zählen insbesondere der Wunsch nach mehr Online- und Hybridformaten sowie nach einer höheren Frequenz von Seminarangeboten. Dies wird exemplarisch in Aussagen wie „Mehr hybride Formate!“ oder dem Wunsch nach einer „höheren Frequenz der Seminare (2x pro Quartal oder gar monatlich...)“ deutlich.

Ein weiterer Punkt betrifft zeitliche Rahmenbedingungen. Viele Befragte berichten von Schwierigkeiten, bestehende Seminarzeiten mit beruflichen und privaten Verpflichtungen zu vereinbaren, und sprechen sich für flexiblere Terminangebote aus. Dies zeigt sich etwa in der Rückmeldung, dass der Beginn von Veranstaltungen „etwas später sein [sollte], da es oft Konflikte mit dem morgendlichen Familienalltag [...] gibt“. Auch bestimmte Wochentage werden kritisch gesehen, beispielsweise wenn „Freitage [...] ungern gesehen [werden] als Ganztagsseminar“.

Neben strukturellen Rahmenbedingungen werden auch inhaltliche Wünsche geäußert, insbesondere nach stärkerem Praxisbezug sowie nach einer Erweiterung des thematischen Spektrums, etwa durch zusätzliche fachliche Inhalte.

Im Bereich Mentoring beziehen sich die Rückmeldungen weniger auf inhaltliche, sondern stärker auf strukturelle Fragen. Angegeben wird hier, dass die Mentoring-Angebote teilweise zu wenig bekannt sind oder der Zugang als unklar wahrgenommen wird.

Didaktische Aspekte werden insgesamt seltener genannt, betreffen dann jedoch konkrete Punkte, etwa die Gestaltung von Gruppenarbeitsphasen in Online-Seminaren.

Insgesamt verdeutlichen die qualitativen Rückmeldungen, dass die wahrgenommenen Optimierungspotenziale weniger die grundsätzliche Qualität der Angebote betreffen, sondern vor allem deren strukturelle Ausgestaltung, zeitliche Einbettung sowie einzelne Aspekte der inhaltlichen und didaktischen Umsetzung.

3.2.6.6. *Ergänzende offene Rückmeldungen und Zusammenfassung*

Insgesamt ergibt sich ein konsistentes Bewertungsniveau: Die KW-Angebote werden von den teilnehmenden ÄiW überwiegend positiv bewertet und als relevante Ergänzung der Weiterbildung wahrgenommen.

Bei differenzierter Betrachtung zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen einzelnen Bewertungsdimensionen. Während Verständlichkeit, Praxisnähe und inhaltliche Aufbereitung überwiegend sehr positiv bewertet werden, fallen Einschätzungen zu einzelnen Angebotsformaten und organisatorischen Rahmenbedingungen differenzierter aus.

Die ergänzenden offenen Angaben liefern keine eigenständigen, systematisch ausgeprägten Befunde, sondern bestätigen überwiegend die bereits dargestellten Ergebnisse. Ein großer Teil der Befragten nennt keine weiteren Aspekte und beschränkt sich auf knappe Rückmeldungen wie „nichts“ oder „keine weiteren Punkte“. Die verbleibenden Rückmeldungen betreffen vor allem organisatorische Aspekte, wie etwa den Wunsch nach zusätzlichen Terminoptionen sowie einzelne Hinweise auf Informations- und Zugangsproblem. Diese Rückmeldungen ergänzen die bereits dargestellten Befunde zur eingeschränkten Sichtbarkeit der KW-Angebote.

Damit wird deutlich, dass die hohe Gesamtzufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft nicht zwangsläufig mit gleichmäßig positiven Bewertungen in allen Bereichen einhergehen. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit der vorherigen Evaluation (Zich et al. 2022), die ebenfalls insgesamt positive Bewertungen der Qualität der KW-Angebote bei gleichzeitigen Unterschieden zwischen einzelnen Aspekten berichtet.

3.2.7. *Übergreifende Bewertung und wahrgenommene Effekte der KW-Angebote*

Die übergreifende Bewertung der KW-Angebote sowie die wahrgenommenen Effekte zeigen ein differenziertes Bild. Während die allgemeine Einschätzung der Angebote sehr positiv ausfällt, werden einzelne Effekte weniger stark ausgeprägt wahrgenommen.

So stimmen 94,1 % der Befragten (n = 744; gültige Antworten je Item variieren n = 610–628) der Aussage zu, dass die Angebote eine hilfreiche Ergänzung der Weiterbildung darstellen, und 95,5 % geben an, die KW-Angebote weiterzuempfehlen. Demgegenüber fallen die Zustimmungswerte bei spezifischen Effekten etwas geringer aus. 78,2 % berichten, dass die Angebote zur Stärkung ihrer hausärztlichen Identität und ihres Selbstbewusstseins beigetragen haben. Niedriger liegt die Zustimmung im Bereich des Aufbaus beruflicher Netzwerke mit 66,2 %.

Diese Unterschiede deuten darauf hin, dass eine hohe Gesamtzufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft nicht zwangsläufig mit gleich stark ausgeprägten wahrgenommenen Effekten in allen Bereichen einhergehen. Insbesondere im Bereich des Netzwerkaufbaus zeigt sich ein vergleichsweise geringer wahrgenommener Nutzen.

3.2.7.1. *Fachlich-medizinische und versorgungsbezogene Kompetenzen*

Die Analyse der wahrgenommenen Kompetenzzuwächse in zentralen medizinischen und versorgungsbezogenen Bereichen zeigt insgesamt hohe Zustimmungswerte, jedoch deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Kompetenzfeldern.

Besonders ausgeprägt sind die wahrgenommenen Verbesserungen in klassischen medizinischen Kernbereichen. So berichten 90,5 % der Befragten von einem Kompetenzzuwachs im Umgang mit chronischen Erkrankungen, 86,9 % im Bereich der akuten Versorgung und 81,2 % in der geriatrischen Versorgung.

Demgegenüber fallen die Zustimmungswerte in stärker übergreifenden und systembezogenen Bereichen geringer aus. So liegt die Zustimmung im Bereich Kommunikation bei 73,8 %, während sie bei der Versorgungscoordination mit 67,3 % den niedrigsten Wert innerhalb dieses Blocks erreicht. Zudem zeigen diese Bereiche erhöhte Neutralanteile, was darauf hindeutet, dass die wahrgenommenen Kompetenzzuwächse hier weniger eindeutig ausgeprägt sind.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die KW-Angebote ihre stärkste Wirkung in klar abgegrenzten, medizinisch-praktischen Kompetenzbereichen entfalten, während die Förderung übergreifender und koordinativer Kompetenzen weniger deutlich wahrgenommen wird.

3.2.7.2. *Überfachliche, organisationale und reflexive Kompetenzen*

Die Betrachtung überfachlicher Kompetenzbereiche zeigt ein heterogeneres Bild als in den klassischen medizinischen Feldern (vgl. Anlage Abbildung 20).

Einzelne Kompetenzen werden überwiegend positiv bewertet. So berichten 79,0 % der Befragten (gültige Antworten je Item zwischen $n = 599$ und $n = 616$) von einem Kompetenzzuwachs beim Aufbau und der Pflege beruflicher Netzwerke sowie 77,1 % bei der Entwicklung einer konstruktiven Arbeitsatmosphäre. Auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion wird mit 75,2 % vergleichsweise hoch eingeschätzt.

Demgegenüber fallen die Bewertungen in stärker systembezogenen und betriebswirtschaftlichen Bereichen deutlich geringer aus. Insbesondere Kenntnisse zu betriebswirtschaftlichen Aufgaben erreichen mit 53,9 % den niedrigsten Wert innerhalb dieses Kompetenzblocks. Auch Kompetenzen im Umgang mit Überforderung (60,8 %) sowie in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems (68,6 %) werden weniger eindeutig positiv bewertet.

Auffällig sind auch hier erhöhte Neutralanteile, was darauf hindeutet, dass die wahrgenommenen Effekte in diesen Bereichen weniger klar ausgeprägt oder schwerer einzuordnen sind.

Insgesamt zeigt sich damit ein differenziertes Muster: Während einzelne überfachliche Kompetenzen – insbesondere im Bereich Zusammenarbeit und Selbstreflexion – vergleichsweise gut entwickelt werden, bleiben systemische, ökonomische und belastungsbezogene Kompetenzen deutlich dahinter zurück.

3.2.7.3. Psychosoziale und persönliche Kompetenzen

Die Ergebnisse weisen auf überwiegend positive psychosoziale und persönliche Kompetenzgewinne durch die KW-Angebote hin (n = 744; gültige Antworten je Item variieren n = 595–610, vgl. Anlage Abbildung 21).

Besonders hohe Zustimmungswerte zeigen sich hinsichtlich der Berufszufriedenheit (76,1 %), des Umgangs mit Unsicherheit (75,6 %) sowie des Abbaus von Ängsten (69,2 %). Auch Teamkompetenz (66,4 %) und Resilienz (62,0 %) werden mehrheitlich als verbessert wahrgenommen.

Etwas zurückhaltender fällt die Bewertung bei Führungskompetenz aus. Hier liegt die Zustimmung mit 44,2 % deutlich niedriger als bei den übrigen Kompetenzbereichen. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die KW-Angebote insbesondere im Bereich psychosozialer Stabilisierung, beruflicher Orientierung und persönlicher Sicherheit als unterstützend wahrgenommen werden

3.2.7.4. Wirkung des Mentorings

Die Ergebnisse zum Mentoring ergänzen das dargestellte Wirkungsprofil der KW-Angebote und zeigen ein spezifisches Muster innerhalb der Kompetenzentwicklung. Insgesamt wird das Mentoring von den teilnehmenden ÄiW positiv bewertet, insbesondere im Hinblick auf grundlegende Orientierungs- und Unterstützungsfunktionen.

So berichten 76,0 % der Befragten, dass das Mentoring ihnen bei Fragen zur beruflichen Orientierung geholfen hat. Auch die Stärkung der Sicherheit in schwierigen Situationen wird mit 73,1 % überwiegend positiv eingeschätzt.

Etwas geringer fällt die wahrgenommene Unterstützung bei der Vorbereitung auf die Facharztprüfung aus (69,2 %). Dies deutet darauf hin, dass das Mentoring vor allem auf Orientierung, Reflexion und persönliche Entwicklung ausgerichtet ist, während konkrete, prüfungsbezogene Anforderungen weniger im Fokus stehen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Angaben auf einer selektiven Teilgruppe basieren. Je nach Item liegen zwischen 389 und 458 gültige Antworten vor, so dass die Ergebnisse primär die Einschätzungen der tatsächlichen Nutzerinnen und Nutzer des Mentorings widerspiegeln.

3.2.7.5. Zusammenfassung

Zusammenfassend ergibt sich ein differenziertes Wirkungsprofil der KW-Angebote. Besonders in klar strukturierten, medizinisch-praktischen Kompetenzbereichen werden deutliche Kompetenzzuwächse wahrgenommen, insbesondere im Umgang mit chronischen Erkrankungen, in der akuten Versorgung sowie in der geriatrischen Behandlung.

Demgegenüber fallen die wahrgenommenen Effekte in überfachlichen, systembezogenen und organisationsbezogenen Kompetenzbereichen weniger eindeutig aus. Insbesondere Kompetenzen im Bereich Versorgungskoordination, betriebswirtschaftlicher Kenntnisse sowie im Umgang mit komplexen oder belastenden Situationen werden weniger eindeutig als verbessert wahrgenommen.

Auch die übergreifende Betrachtung der Effekte zeigt, dass eine sehr hohe Gesamtzufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft nicht zwangsläufig mit gleich stark ausgeprägten wahrgenommenen Effekten in allen Bereichen einhergehen. Während die Angebote insgesamt als sehr hilfreich bewertet werden, bleiben insbesondere im Bereich des Netzwerkaufbaus und in einzelnen überfachlichen Kompetenzen Unterschiede bestehen.

Das Mentoring ergänzt dieses Wirkungsprofil, indem es insbesondere in Bereichen der beruflichen Orientierung, Reflexion und Sicherheit als unterstützend wahrgenommen wird. Gleichzeitig zeigt sich, dass seine Wirkung bei konkreten, prüfungsbezogenen Anforderungen weniger stark ausgeprägt ist.

Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die KW-Angebote ihre größte Wirkung in direkt anwendungsbezogenen, fachlich klar strukturierten Kompetenzfeldern entfalten, während in komplexeren, interdisziplinären und systembezogenen Kompetenzen Entwicklungsmöglichkeiten bestehen. Diese Befunde stehen im Einklang mit der standortübergreifenden Evaluation (Zich et al. 2022), die ein vergleichbarer Wirkungsprofil beschreibt.

3.2.8. Potenzieller Beitrag der KW zur Weiterbildung und Berufsperspektive

Die Ergebnisse zur Bewertung der praktischen Weiterbildung in den Weiterbildungseinrichtungen (Praxen und Kliniken) zeigen ein differenziertes Bild ($n = 744$; gültige Antworten je Item variieren $n = 653\text{--}655$, vgl. Abbildung 13). Insgesamt zeigen sich 68,0 % der befragten ÄiW mit der praktischen Weiterbildung in ihrer Einrichtung zufrieden. Auch die fachliche und didaktische Qualität der Weiterbildenden wird von einer Mehrheit positiv eingeschätzt (63,4 % Zustimmung).

Gleichzeitig werden Einschränkungen bei zentralen Struktur- und Unterstützungsaspekten sichtbar. So berichten lediglich 55,7 % der Befragten, regelmäßig konstruktives Feedback von ihren Weiterbildenden zu erhalten. Noch geringer fällt die Zustimmung zur Aussage aus, dass die praktische Weiterbildung insgesamt gut strukturiert sei (48,9 %). In diesem Bereich zeigt sich zugleich der höchste Ablehnungsanteil (26,8 %).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die praktische Weiterbildung zwar überwiegend positiv bewertet wird, jedoch insbesondere in Bezug auf die Strukturierung des Weiterbildungsverlaufs und auf regelmäßige Feedbackprozesse Entwicklungsbedarfe bestehen. Vor diesem Hintergrund können die KW-Angebote eine ergänzende Funktion übernehmen, indem sie Orientierung, Reflexion und strukturierende Impulse unabhängig von der konkreten Weiterbildungseinrichtung anbieten.

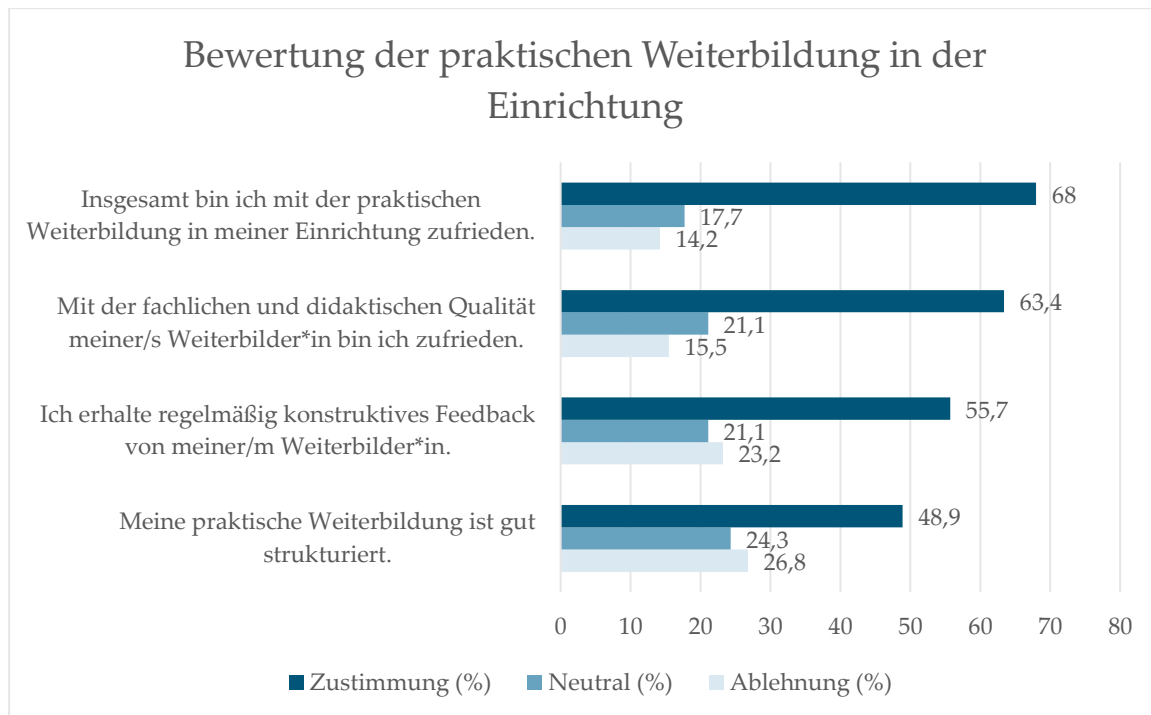


Abbildung 13: Bewertung der praktischen Weiterbildung in der Einrichtung, eigene Darstellung. Frage: Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu. n = 653-655

3.2.9. Nutzungsabsicht und Bindungswirkung der KW-Angebote

Die Analyse der Nutzungsabsicht zeigt deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der bisherigen Nutzungserfahrung (vgl. Abbildung 14).

ÄiW mit bereits vorhandener Nutzungserfahrung weisen eine sehr hohe Bereitschaft zur weiteren Nutzung der KW-Angebote auf. 89,8 % dieser Gruppe geben an, die Angebote künftig weiter nutzen zu wollen; lediglich 5,2 % schließen eine weitere Nutzung aus.

Demgegenüber zeigt sich bei ÄiW ohne bisherige Nutzung ein deutlich zurückhaltenderes Antwortmuster. Nur 28,2 % dieser Gruppe planen eine künftige Nutzung, während 19,3 % eine Nutzung ablehnen. Hervorzuheben ist der hohe Anteil unentschlüsselter Personen (52,5 %), der auf einen erhöhten Orientierungs- und Informationsbedarf hinweist.

Die Ergebnisse verdeutlichen damit eine enge Verbindung zwischen bisherigen Nutzungserfahrungen und der zukünftigen Nutzungsabsicht. Während positive Nutzungserfahrungen mit einer hohen Bereitschaft zur weiteren Inanspruchnahme einhergehen, bleibt bei ÄiW ohne Nutzungserfahrung ein beträchtliches Potenzial bislang unerschlossen.

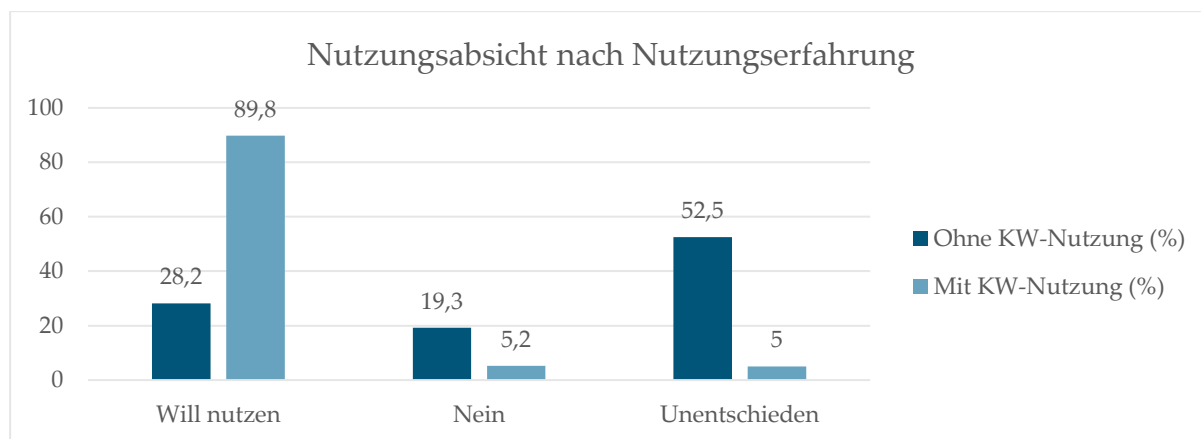


Abbildung 14: Nutzungsabsicht nach Nutzungserfahrung, eigene Darstellung. Frage: Planen Sie in Zukunft KW-Angebote zu nutzen bzw. weiter zu nutzen? n = 744 (mit KW-Nutzung), 631 (ohne KW-Nutzung)

3.3. Ergebnisse der Erhebungen der Weiterbildenden

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Befragung der Weiterbildenden dargestellt. Befragt wurden sowohl Weiterbildende, die Angebote der KW nutzen, als auch solche ohne Nutzung.

Durch die Gegenüberstellung beider Gruppen lassen sich beispielsweise die Bewertungen der von den KW angebotenen TtT-Fortbildungen mit entsprechenden Angeboten anderer Anbieter vergleichen.

3.3.1. Allgemeine Merkmale

3.3.1.1. KW bzw. KV-Bezirk der Weiterbildenden

Bei den befragten Weiterbildenden mit eigener Nutzung der KW konzentriert sich ein erheblicher Anteil auf bestimmte KV-Bezirke (vgl. Anlage Tabelle 13). Besonders stark vertreten sind Baden-Württemberg (55,5 %), gefolgt von Bayern (12,9 %), Nordrhein (5,8 %), Berlin (5,0 %) und Schleswig-Holstein (4,1 %). Die übrigen KV-Bezirke weisen jeweils Anteile von unter 4 % auf.

Demgegenüber zeigt sich bei den Weiterbildenden ohne eigene Nutzung der KW eine breitere regionale Streuung über die KV-Bezirke (vgl. Anlage Tabelle 14). Am häufigsten vertreten sind hier Bayern (20,1 %), Nordrhein (14,4 %), Niedersachsen (12,7 %), Westfalen-Lippe (9,8 %) und Baden-Württemberg (9,3 %).

3.3.1.2. Dauer Tätigkeit als Weiterbildende

Ein weiterer relevanter Unterschied zeigt sich in der Dauer der Berufserfahrung als Weiterbildende. Beide Gruppen sind überwiegend erfahrene Weiterbildende, die seit 2018 oder länger weiterbildungsbefugt sind. Allerdings zeigt sich bei den Nicht-Nutzenden der KW-Angebote ein erhöhter Anteil von Weiterbildenden, die seit 2022 tätig sind, was auf eine geringere KW-Einbindung in frühen Phasen der Weiterbildungstätigkeit hindeuten kann.

Tätigkeit seit	Weiterbildende mit Nutzung KW	Weiterbildende ohne Nutzung KW
≤ 2018	57,6%	52,2%
2019	5,6%	5,0%
2020	5,6%	5,3%
2021	5,6%	5,2%
2022	3,2%	7,9%
2023	7,5%	6,5%
2024	7,1%	9,1%
2025	7,9%	8,8%

Tabelle 1: Dauer Tätigkeit als Weiterbilder*in, eigene Darstellung. Frage: Seit wann sind Sie bereits Weiterbilder*in? n= 467 (mit Nutzung), 582 (ohne Nutzung)

3.3.1.3. Anbindung an mehrere KW

Auf Grundlage der Befragung der KW-Nutzenden (N = 467) zeigt sich, dass eine Anbindung an mehrere KW eher die Ausnahme darstellt. Lediglich 26 Weiterbildende (5,6 %) geben an, Angebote wie die TtT-Seminare von mehr als einem KW wahrzunehmen. Demgegenüber ist der Anteil derjenigen, die an mehr als einem KW selbst aktiv sind, z. B. als Mentor*in oder Dozierende*r, mit 64 Personen (13,7 %) deutlich höher. Dies deutet darauf hin, dass eine institutionelle oder inhaltliche Mehrfachaktivität an unterschiedlichen KW häufiger vorkommt als eine parallele Nutzung von Angeboten in mehreren KV-Bezirken. Insgesamt sprechen die Befunde für eine überwiegend punktuelle und zentrenbezogene Nutzung, bei gleichzeitig vorhandenen personellen Überschneidungen zwischen einzelnen KW.

3.3.2. Teilnahme TtT-Angebote

3.3.2.1. Besuch von TtT-Angeboten

Insgesamt geben 39,2 % der befragten Weiterbildenden (n=411) an, in den letzten zwölf Monaten mindestens eine TtT-Fortbildung besucht zu haben, während 60,8 % (n = 638) keine Teilnahme berichten. Diejenigen Weiterbildenden, die eine TtT-Fortbildung besucht haben, greifen auch auf TtT-Angebote zurück, die nicht durch ein KW ausgebracht werden. Unter den KW-Nutzenden liegt der Anteil derjenigen, die eine TtT-Fortbildung besucht haben mit 54,2 % (n=253) deutlich höher als unter den Nicht-Nutzenden, bei denen lediglich 27,1 % (n=158) ein Angebot in Anspruch genommen haben. Dies deutet auf eine ausgeprägte höhere Fortbildungsaffinität innerhalb der Gruppe der KW-Nutzenden hin.

	Gesamt (in %)	Mit KW-Nutzung (in %)	Ohne KW-Nutzung (in %)
Besucht	39,2%	54,2%	27,1%
Nicht besucht	60,8%	45,8%	72,9%
N	1049	467	582

Tabelle 2: Besuch von TtT-Fortbildungen in den letzten 12 Monaten, eigene Darstellung. Frage: Wie viele TtT-Fortbildungen haben Sie in den letzten 12 Monaten besucht?

Zur Analyse der Teilnahmeintensität an den TtT-Angeboten wurde die jeweilige Anzahl der besuchten Fortbildungen näher betrachtet (vgl. Anlage Tabelle 15). Die Teilnahmeintensität ist in beiden Gruppen ähnlich strukturiert (ein bis zwei Fortbildungen dominieren), liegt bei KW-Nutzenden jedoch insgesamt auf höherem Niveau. Der beobachtete Mittelwert von 1,81 Fortbildungen (Median = 1; Max = 25) unterstreicht, dass die Teilnahme in dieser Gruppe überwiegend regelmäßig, jedoch meist in moderatem Umfang erfolgt.

Zum Vergleich zeigt sich bei den Weiterbildenden ohne KW-Nutzung ein ähnliches Muster hinsichtlich der Verteilung, jedoch auf deutlich niedrigerem Teilnahmeniveau: Auch hier dominieren ein bis zwei Fortbildungen (48,7 % eine Fortbildung; 23,0 % zwei Fortbildungen). Der Anteil mit drei oder mehr Fortbildungen fällt hier insgesamt geringer aus. Die Unterschiede liegen somit weniger in der relativen Struktur der Teilnahmeintensität, sondern v. a. im grundsätzlichen Zugang zur Fortbildungsteilnahme.

3.3.2.2. *Gründe für die Nicht-Nutzung der TtT-Angebote*

Unter den KW-Nutzenden, die in den letzten zwölf Monaten nicht an TtT-Fortbildungen teilgenommen haben, wurden insgesamt 210 Nennungen von Teilnahmehindernissen erfasst; dabei gaben 175 Personen mindestens einen Grund an (vgl. Anlage Tabelle 16). Die Verteilung der Gründe zeigt ein klares Prioritätenmuster.

Der mit Abstand häufigste Hinderungsgrund ist der Faktor Zeitmangel. Insgesamt entfallen 123 Nennungen (70,3% der Nennungen) auf diesen Aspekt. An zweiter Stelle folgt die Angabe „keine passenden Angebote“ mit 57 Nennungen. Damit verweist etwa ein Drittel der KW-Nutzenden die keine TtT-Fortbildung besucht haben auf eine mangelnde inhaltliche oder formale Passung der verfügbaren TtT-Formate zu ihren Bedarfen. Deutlich seltener werden räumliche Aspekte genannt. Der Grund „zu weit entfernt“ wurde 17-mal genannt. Auch Care-Arbeit spielt mit 13 Nennungen eine eher nachgeordnete Rolle. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass familiäre Verpflichtungen zwar relevant sind, im Vergleich zu zeitlichen und angebotsbezogenen Faktoren jedoch eine geringere strukturelle Bedeutung haben.

Diese Unterschiede deuten darauf hin, dass KW-Nutzende trotz ihrer vergleichsweise höheren Teilnahmeaffinität an den TtT-Angeboten insbesondere unter zeitlichen Restriktionen leiden. Auch Nicht-Nutzende benennen Zeitmangel als häufigsten Hinderungsgrund (208 Nennungen). Allerdings ist die relative Bedeutung dieses Hindernisses mit 62,8% geringer als bei den KW-Nutzenden, während strukturelle Zugangsbarrieren („keine passenden Angebote“: 42,6%; „zu weit entfernt“: 13,6%) hier stärker wirksam werden.

3.3.2.3. *Format der TtT-Fortbildungen*

Für die KW-Nutzenden liegen insgesamt 252 Angaben zu den Formaten der besuchten TtT-Fortbildungen vor. Da Mehrfachnennungen möglich waren, summiert sich die Zahl der Nennungen auf 370.

Das am häufigsten genutzte Format ist das der Online-Fortbildung. Sie wird 165-mal und somit von 65,5 % der teilnehmenden KW-Nutzenden genannt. Damit stellen digitale Formate die zentrale Säule der TtT-Qualifizierung innerhalb dieser Gruppe dar.

An zweiter Stelle folgen Präsenzformate, von 57,5 % der Befragten berichten die Teilnahme an mindestens einer Präsenz-Fortbildung. Präsenzangebote behalten damit trotz der hohen Bedeutung digitaler Formate weiterhin einen wichtigen Stellenwert.

Deutlich seltener werden kombinierte und niedrigschwellige Lernformate genutzt. Hybride Fortbildungen (Kombination aus Online- und Präsenzanteilen) werden 30-mal genannt (11,9 % der Teilnehmenden). Asynchrone Formate, etwa in Form von Selbstlernmaterialien, erreichen 26 Nennungen (10,3 % der Teilnehmenden). Andere Formate spielen mit vier Nennungen (1,7 % der Teilnehmenden) lediglich eine marginale Rolle.

Im Vergleich dazu weisen die Weiterbildenden ohne KW-Nutzung die ein TtT-Angebot wahrgenommen haben eine ähnliche, jedoch leicht anders gewichtete Bevorzugung der Formatstruktur auf. Hier werden Präsenzangebote etwas häufiger (61,8 % der Teilnehmenden) als Online-Formate (58,0 % der Teilnehmenden) genutzt.

Zudem werden hybride Formate (15,9 % der Teilnehmenden) und asynchrone Angebote (ebenfalls 15,9 % der Teilnehmenden) von Nicht-Nutzenden häufiger genannt als von KW-Nutzenden (11,9 % bzw. 10,3 %). Dies deutet darauf hin, dass Weiterbildende ohne KW-Nutzung vergleichsweise stärker auf flexible oder kombinierte Lernformate zurückgreifen, während KW-Nutzende klarer auf etablierte synchrone Formate fokussieren.

	Mit KW-Nutzung	Ohne KW-Nutzung
	Prozent	Prozent
Präsenz	57,5%	61,8%
Online	65,5%	58,0%
Hybrid (online und Präsenz)	11,9%	15,9%
Asynchron (Selbstlernmaterialien)	10,3%	15,9%
Andere	1,7%	1,9%
N	252	157

Tabelle 3: Formate der besuchten TtT-Fortbildungen, eigene Darstellung. Frage: Welches Format haben die TtT-Fortbildungen? Mehrfachnennungen möglich.

3.3.2.4. Gründe für Teilnahme an TtT-Fortbildungen

Für die KW-Nutzenden liegen Angaben von 251 Teilnehmenden vor, Mehrfachnennungen waren möglich. Insgesamt wurden 602 Teilnahmegründen von den Teilnehmenden benannt. Die Ergebnisse zeigen eine klare Schwerpunktsetzung auf inhaltlich-professionellen Motiven.

Der am häufigsten genannte Teilnahmegrund ist die persönliche Weiterentwicklung. Dieser Grund wurde von 64,5 % der KW-Nutzenden genannt.

Nahezu gleichauf folgt die Stärkung der Allgemeinmedizin wurde von 62,2 % der Befragten genannt und verdeutlicht die starke fachpolitische und professionsbezogene Motivation der KW-Nutzenden.

Ebenfalls von hoher Relevanz ist die berufliche Weiterentwicklung, die von 61,4 % der Teilnehmenden genannt wurde. Damit stellen persönliche und berufliche Entwicklungsaspekte gemeinsam den zentralen Motivkomplex für die Teilnahme an TtT-Fortbildungen dar.

Demgegenüber wird der eher formale Grund „Pflicht für die Weiterbildungsbefugnis“ seltener genannt. Er wurde von 44,6 % der Teilnehmenden als Teilnahmegrund benannt. Sonstige Gründe wurden selten genannt (7,2 %).

Bei den Weiterbildenden ohne KW-Nutzung liegen Angaben von N = 154 Personen mit insgesamt 323 Nennungen von Teilnahmegründen vor. Auch hier dominieren Entwicklungsgründe, allerdings mit erkennbaren Akzentverschiebungen.

Die persönliche Weiterentwicklung wird 55,2 % und die berufliche Weiterentwicklung von 53,9 % der Teilnehmenden genannt. Im Unterschied zu den KW-Nutzenden hat der Aspekt „Stärkung der Allgemeinmedizin“ mit einer Nennung durch 40,3 % der Teilnehmenden eine deutlich geringere Bedeutung.

Umgekehrt ist der formale Grund „Pflicht für die Weiterbildungsbefugnis“ bei den Nicht-Nutzenden stärker ausgeprägt: 59,1 % der Teilnehmenden benennen dies als Teilnahmegrund. Damit ist dieser Grund bei Nicht-Nutzenden erheblich relevanter als bei KW-Nutzenden (44,6 %).

	Mit KW-Nutzung	Ohne KW-Nutzung
	Prozent	Prozent
persönliche Weiterentwicklung	64,5%	55,2%
berufliche Weiterentwicklung	61,4%	53,9%
Stärkung Allgemeinmedizin	62,2%	40,3%
Pflicht für WB-Befugnis	44,6%	59,1%
Sonstige	7,2%	1,3%
N	251	154

Tabelle 4: Gründe für die Teilnahme an TtT-Fortbildungen, eigene Darstellung. Frage: Gründe für Teilnahme an TtT-Fortbildungen? Mehrfachnennung möglich.

Zusammenfassend dominieren in beiden Gruppen persönliche und berufliche Entwicklungsgründe. Bei KW-Nutzenden kommt der Stärkung der Allgemeinmedizin eine deutlich größere Rolle zu, während bei Nicht-Nutzenden formale Anforderungen stärker im Vordergrund stehen.

3.3.2.5. Mentor*innen-Tätigkeit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mentor*innentätigkeit innerhalb der Personengruppe der KW-Nutzenden quantitativ nur einen vergleichsweise kleinen Anteil einnimmt. Insgesamt geben 70 Personen an, als Mentor*in in ihrem KW tätig zu sein. Dies entspricht 15 % der Weiterbildenden mit KW-Nutzung. Demgegenüber steht eine

deutliche Mehrheit von 397 Personen beziehungsweise 85 %, die keine Mentor*innen-tätigkeit ausüben.

Bezogen auf alle Befragten – unabhängig von der KW-Nutzung – liegt der Anteil der Mentor*innen bei lediglich 6,7 %. Dieser vergleichsweise geringe Wert verdeutlicht, dass es sich bei der Mentor*innentätigkeit um eine klar abgegrenzte und spezialisierte Funktion handelt. Innerhalb der Gruppe der KW-Nutzenden stellt die Rolle der Mentor*innen somit keine Regelfunktion dar, sondern wird von einer eng umrissenen Teilgruppe übernommen.

3.3.3. Bewertung der TtT-Angebote

Von insgesamt 467 Weiterbildenden mit KW-Nutzung haben – je nach Item – zwischen 240 und 248 Personen eine Bewertung zu den TtT-Angeboten abgegeben. Dies entspricht einem Rücklauf von rund 51 % bis 53 % innerhalb dieser Zielgruppe. Von den 582 Weiterbildenden ohne KW-Nutzung haben zwischen 142 und 148 Personen auf die einzelnen Bewertungsfragen geantwortet, was einem deutlich niedrigeren Rücklauf von etwa 24 % bis 25 % entspricht. Befragt wurden jeweils nur jene Personen, die zuvor angegeben hatten, in den letzten 12 Monaten mindestens eine TtT-Fortbildung besucht zu haben.

Bereits dieser Befund weist darauf hin, dass Weiterbildende mit KW-Nutzung nicht nur stärker in die Angebote eingebunden sind, sondern sich auch substantiell häufiger an deren Bewertung beteiligen.

3.3.3.1. Gesamtbewertung der TtT-Angebote

Die Weiterbildenden mit KW-Nutzung bewerten die TtT-Angebote insgesamt ausgesprochen positiv (vgl. Abbildung 15). So geben 85,0 % Antwortenden (n = 247) auf Aussagen zur Angemessenheit der TtT-Angebote „trifft voll zu“ oder „trifft zu“ an. Lediglich 4,5 % äußern eine negative Bewertung.

Demgegenüber fällt das Urteil der Weiterbildenden ohne KW-Nutzung zurückhaltender aus (vgl. Anlage Abbildung 22). In dieser Gruppe bewerten 60,4 % (n = 144) die Angemessenheit positiv, während 6,9 % eine ablehnende Einschätzung abgeben. Auffällig ist zudem der deutlich höhere Anteil ambivalenter Bewertungen („teils/teils“) mit 32,6 %, im Vergleich zum Anteil entsprechender Einschätzungen bei der KW-Nutzungsgruppe (10,5 %).

3.3.3.2. Quantitativer Umfang und thematische Vielfalt

Besonders markant sind die Unterschiede bei der Wahrnehmung des quantitativen Umfangs der TtT-Angebote. Unter den Weiterbildenden mit KW-Nutzung stimmen 82,8 % (n = 247) zu, dass der Umfang angemessen ist. Lediglich 6,9 % verneinen dies.

In der Vergleichsgruppe ohne KW-Nutzung liegt der Anteil positiver Bewertungen mit 59,6 % (n = 146 Personen) deutlich niedriger. Zugleich ist der Anteil ambivalenter Einschätzungen mit 32,9 % nahezu dreimal so hoch wie bei den KW-Nutzenden (10,9 %).

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der thematischen Vielfalt: 82,1 % der Weiterbildende mit KW-Nutzung (n = 246) bewerten diese positiv. In der Gruppe ohne KW-Nutzung sind es 62,8 % (n = 149). Damit wird thematische Breite insbesondere von jenen wahrgenommen, die die KW aktiv nutzen.

3.3.3.3. *Fachliche und didaktische Qualität der Trainer*innen*

Die fachliche Qualität der TtT-Trainer*innen erfährt in der KW-Nutzungsgruppe eine besonders hohe Anerkennung. 88,3% der Antwortenden (n = 248) stimmen (voll) zu, dass die fachliche Qualität hoch ist; mehr als die Hälfte (50,8 %) wählt die höchste Zustimmungskategorie. Negative Bewertungen sind mit 4,4 % marginal.

Auch bei den Weiterbildenden ohne KW-Nutzung, die an einem TtT-Angebot außerhalb eines KW teilgenommen haben, überwiegt mit 77,1 % (n = 144 Personen) ein positives Urteil; allerdings mit einem geringeren Anteil uneingeschränkter Zustimmung und einem höheren Anteil zurückhaltender Einschätzungen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der didaktischen Qualität: 85,8 % (n = 247) der KW-Nutzenden äußern Zustimmung. In der Vergleichsgruppe ohne KW-Nutzung liegt dieser Wert bei 72,2 % (n = 144 Personen).

3.3.3.4. *Struktur, Praxisrelevanz und Sicherheit im Umgang mit ÄiW*

Die Struktur der Weiterbildung von ÄiW wird von 80,4% der KW-Nutzenden (n = 240 KW-Nutzenden) positiv bewertet. In der Vergleichsgruppe (ohne KW-Nutzung) liegt dieser Anteil deutlich niedriger 58,5 % (n = 142 Personen). Besonders auffällig ist hier der hohe Anteil ambivalenter Bewertungen (34,5 %), was auf eine geringere Transparenz oder Passung der Struktur schließen lässt.

Auch hinsichtlich der Praxisrelevanz der Angebote zeigen sich klare Unterschiede: 74,8 % der KW-Nutzenden (n = 246) bewerten diese positiv, während dies bei den Weiterbildenden ohne KW-Nutzung lediglich auf 53,7 % (n = 147) zutrifft.

Die Sicherheit im Umgang mit ÄiW wird von 74,5 % der Weiterbildenden mit KW-Nutzung (n = 243 Personen) positiv eingeschätzt. Ohne KW-Nutzung liegt dieser Anteil mit 47,3 % (n = 148 Personen) deutlich niedriger; zugleich äußert knapp ein Viertel dieser Gruppe explizite Unsicherheit.

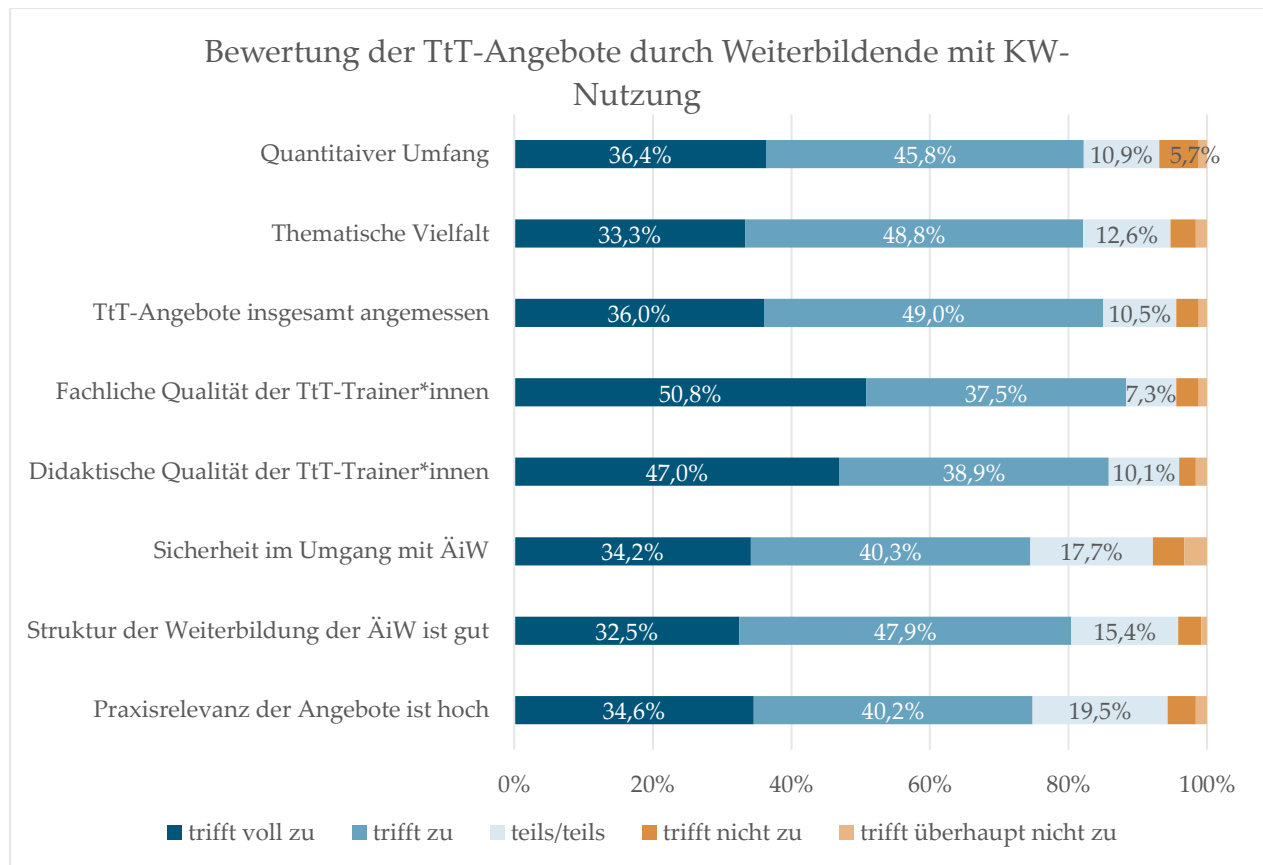


Abbildung 15: Bewertung der TtT-Angebote durch Weiterbildende mit KW-Nutzung, eigene Darstellung. Frage: Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen. n = 142-148 ²⁴

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse ein konsistentes und über alle Dimensionen hinweg deutlich positiveres Bewertungsmuster bei den Weiterbildenden mit KW-Nutzung. Besonders stark ausgeprägt sind die Unterschiede bei Aspekten, die eine unmittelbare Anbindung an die Weiterbildungspraxis widerspiegeln – etwa bei Struktur, Praxisrelevanz und Sicherheit im Umgang mit ÄiW.

Für die Weiterentwicklung der TtT-Angebote legen die Befunde nahe, die KW-bezogenen Strukturen weiter zu stärken und zugleich die Zugänglichkeit und Sichtbarkeit der Angebote für Weiterbildende ohne KW-Nutzung gezielt auszubauen.

3.3.4. Einschätzungen zu den ÄiW durch die Weiterbildenden

3.3.4.1. Anzahl der betreuten ÄiW

Innerhalb der Weiterbildenden mit KW-Nutzung zeigt sich, dass die Betreuung von ÄiW überwiegend in kleinen Einheiten erfolgt (vgl. Anlage Tabelle 17). Der größte Teil der KW-nutzenden Weiterbildenden betreut eine*n Arzt bzw. eine Ärztin in Weiterbildung (62,2 %; n = 295). Eine Betreuung von zwei ÄiW wird von 18,0 % (n = 84) angegeben, während drei ÄiW von 5,8 % (n = 27) betreut werden. Höhere

²⁴ Werte unter 5,0 % werden aufgrund der Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

Betreuungszahlen ab vier ÄiW spielen quantitativ eine untergeordnete Rolle und liegen jeweils unter zwei Prozent, treten jedoch innerhalb dieser Gruppe vereinzelt auf.

Bei den Weiterbildenden ohne Nutzung der KW zeigt sich ein noch stärker auf Einzelbetreuung konzentriertes Muster. Hier geben 67,9 % (n = 395) an, lediglich eine*n ÄiW zu betreuen. Die Betreuung von zwei ÄiW fällt mit 15,8 % (n = 91) geringer aus als bei den KW-nutzenden Weiterbildenden, ebenso die Betreuung von drei ÄiW (3,1 %; n = 18). Auch in dieser Gruppe sind Betreuungsverhältnisse mit vier oder mehr ÄiW selten und beschränken sich auf Einzelfälle.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass KW-nutzende Weiterbildende etwas häufiger in Betreuungskonstellationen mit mehreren ÄiW eingebunden sind. Die Nutzung der KW geht damit nicht mit einer Abkehr von kleinteiligen Betreuungsstrukturen einher, ist jedoch mit einer leicht erhöhten Betreuungsintensität verbunden. Unabhängig von der KW Nutzung betreuen rund 9 % der befragten Weiterbildenden aktuell keine*n ÄiW.

3.3.4.2. KW-Nutzung der betreuten ÄiW

Innerhalb der Gruppe der Weiterbildenden mit KW-Nutzung gibt eine deutliche Mehrheit an, dass die von ihnen betreuten ÄiW in einem KW eingeschrieben sind (vgl. Anlage Tabelle 18). Konkret bestätigen 61,3 % der KW-nutzenden Weiterbildenden (n = 284), dass ihre betreuten ÄiW in einem KW organisiert sind. Weitere 9,7 % (n = 45) berichten von gemischten Konstellationen, in der ein Teil der betreuten ÄiW eingeschrieben ist, während andere nicht an einem KW teilnehmen. Lediglich 14,0 % (n = 65) der KW-nutzenden Weiterbildenden geben an, ausschließlich ÄiW ohne KW-Einschreibung zu betreuen. Auffällig ist zudem, dass 14,9 % (n = 69) dieser Zielgruppe angeben, nicht zu wissen, ob ihre ÄiW in einem KW eingeschrieben sind.

Bei den Weiterbildenden ohne KW-Nutzung zeigt sich ein deutlich anderes Bild. In dieser Gruppe geben nur 26,0 % (n = 150) an, dass ihre betreuten ÄiW in ein KW eingeschrieben sind. Der Anteil derjenigen, die ausschließlich nicht eingeschriebene ÄiW betreuen, liegt mit 30,2 % (n = 174) deutlich höher. Besonders ausgeprägt ist zudem der hohe Anteil ohne Kenntnis über den Einschreibestatus ihrer ÄiW: 39,9 % (n = 230) geben an, nicht zu wissen, ob ihre betreuten ÄiW an einem KW teilnehmen. Der Anteil gemischter Konstellationen („teils/teils“) fällt mit 3,8 % (n = 22) vergleichsweise gering aus.

Zusammenfassend verdeutlicht der Gruppenvergleich, dass KW-nutzende Weiterbildende überwiegend in Weiterbildungssettings tätig sind, in denen auch die betreuten ÄiW selbst in die Strukturen der KW aktiv eingebunden sind. Bei Weiterbildende ohne KW-Nutzung ist hingegen sowohl der tatsächliche Bezug der ÄiW zu den KW als auch das Wissen über eine mögliche Einschreibung deutlich geringer ausgeprägt.

3.3.4.3. Angemessenheit des Betreuungsverhältnisses

Aus Sicht der Weiterbildenden mit Nutzung der KW wird das quantitative Betreuungsverhältnis überwiegend positiv bewertet (vgl. Anlage Tabelle 19). Mehr als die Hälfte dieser Zielgruppe schätzt das Verhältnis als angemessen ein (52,0 %; n = 204).

Weitere 33,9 % (n = 133) bewerten das Betreuungsverhältnis sogar als sehr angemessen. Zusammengenommen äußern somit rund 86 % der KW-nutzenden Weiterbildenden eine klare positive Einschätzung. Eine ambivalente Bewertung („teils/teils“) äußern 13,0 % (n = 51). Kritische Einschätzungen sind in dieser Gruppe selten: Lediglich jeweils 0,5 % (n = 2) bewerten das Betreuungsverhältnis als nicht angemessen bzw. überhaupt nicht angemessen.

Im Vergleich dazu fällt die Bewertung bei den Weiterbildenden ohne KW-Nutzung etwas kritischer aus. Zwar gibt auch hier rund ein Drittel an, das Betreuungsverhältnis als sehr angemessen (33,8 %; n = 117) zu empfinden, und rund die Hälfte (50,6 %; n = 175) schätzt das Verhältnis als angemessen ein. Der Anteil ambivalenter Einschätzungen liegt mit 11,6 % (n = 40) etwas niedriger als in der KW-nutzenden Gruppe. Gleichzeitig treten negative Bewertungen häufiger auf: 1,7 % (n = 6) stufen das Betreuungsverhältnis als nicht angemessen ein, weitere 2,3 % (n = 8) sogar als überhaupt nicht angemessen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Weiterbildenden mit KW-Nutzung das bestehende Betreuungsverhältnis konsistent als angemessen bewerten und kritische Einschätzungen in dieser Zielgruppe kaum eine Rolle spielen. Im Vergleich dazu äußern Weiterbildende ohne KW-Nutzung häufiger Unzufriedenheit, was auf Unterschiede in den strukturellen Rahmenbedingungen oder Unterstützungsangeboten der Weiterbildung hindeuten kann.

3.3.4.4. Anzahl der Mentees

Für die Weiterbildenden mit Nutzung der KW zeigt sich, dass Mentoring überwiegend in kleinen Betreuungskonstellationen stattfindet (vgl. Anlage Tabelle 20). Der größte Anteil dieser Zielgruppe begleitet eine*n Mentee (57,6 %; n = 266). Eine Betreuung von zwei Mentees berichten 21,9 % (n = 101), während 9,1 % (n = 42) drei Mentees angeben. Höhere Zahlen ab vier Mentee treten nur vereinzelt auf und bleiben jeweils unter fünf Prozent.

3.3.4.5. Freistellung der ÄiW durch Weiterbildende

Für die Weiterbildenden mit Nutzung der KW zeigt sich, dass die Freistellung von ÄiW überwiegend realisiert wird. Eine klare Mehrheit dieser Zielgruppe gibt an, dass die von ihnen betreuten ÄiW freigestellt werden (79,4 %; n = 366). Weitere 13,0 % (n = 60) berichten von teilweisen Freistellungen, bei denen Freistellungsmöglichkeiten nicht durchgängig oder nicht für alle ÄiW bestehen. Lediglich 7,6 % (n = 35) der KW-nutzenden Weiterbildende geben an, ihre ÄiW nicht freizustellen.

Im Vergleich dazu fällt die Freistellungspraxis bei den Weiterbildenden ohne KW-Nutzung deutlich zurückhaltender aus. In dieser Gruppe berichten 61,4 % (n = 347), dass ÄiW freigestellt werden, während mit 24,2 % (n = 137) ein deutlich höherer Anteil angibt, keine Freistellung zu ermöglichen. Teilweise Freistellungen werden von 14,3 % (n = 81) genannt und liegen damit leicht über dem Anteil in der Gruppe der KW-nutzenden Weiterbildenden.

Der Vergleich verdeutlicht, dass KW-nutzende Weiterbildende ihren ÄiW erheblich häufiger zeitliche Freiräume einräumen als Weiterbildende ohne KW-Nutzung. Die geringeren Anteile fehlender Freistellung in dieser Zielgruppe sprechen dafür, dass die Nutzung der KW mit einer stärkeren strukturellen Unterstützung der Weiterbildungsorganisation und damit günstigeren Rahmenbedingungen für Freistellungen verbunden ist.

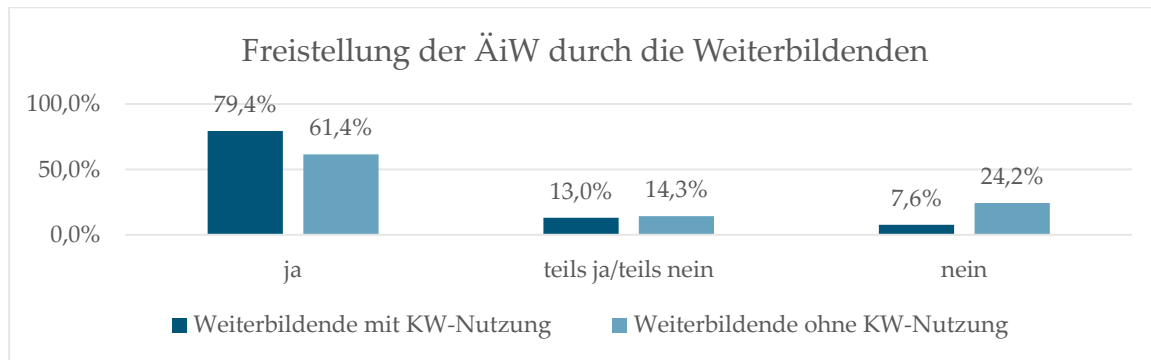


Abbildung 16: Freistellung der ÄiW durch die Weiterbildenden, eigene Darstellung. Frage: Werden die ÄiW bei Ihnen freigestellt? n = 461 (mit KW-Nutzung), 565 (ohne KW-Nutzung)

Für die KW-nutzenden Weiterbildenden zeigt sich zudem, dass Freistellungen überwiegend in klar definiertem zeitlichem Umfang pro Monat erfolgen (vgl. Anlage Tabelle 21). Der größte Anteil ermöglicht eine Freistellung von bis zu vier Stunden (44,8 %; n = 207). Weitere 32,5 % (n = 150) berichten von fünf bis acht Stunden. Eine Freistellung von mehr als acht Stunden wird von 22,7 % (n = 105) der KW-nutzenden Weiterbildenden ermöglicht.

Bei den Weiterbildenden ohne KW-Nutzung ist der zeitliche Umfang der Freistellung geringer. Zwar geben auch hier viele Befragte an, bis zu vier Stunden freizustellen (52,6 %; n = 297), jedoch fällt der Anteil bei fünf bis acht Stunden (26,3 %; n = 149) sowie insbesondere mit mehr als acht Stunden Freistellung (21,1 %; n = 119) niedriger aus.

Damit wird deutlich, dass KW-nutzende Weiterbildende ihren ÄiW nicht nur häufiger, sondern auch in größerem zeitlichen Umfang Freistellungen ermöglichen. Dies verweist auf ein größeres Verständnis für den Stellenwert einer Freistellung für die Weiterbildung an den KW.

3.3.4.6. Gründe gegen eine Freistellung der ÄiW

Bei den Weiterbildenden mit Nutzung der KW spielen Gründe gegen eine Freistellung von ÄiW insgesamt eine untergeordnete Rolle. Am häufigsten wird innerhalb dieser Zielgruppe Personalmangel benannt (25,7 %; n = 18). Ebenfalls relevant sind strukturelle bzw. organisatorische Aspekte wie der Dienstplan (20,0 %; n = 14) oder eine fehlende verbindliche Regelung zur Freistellung (20,0 %; n = 14). Kostenaspekte werden mit 5,7 % (n = 4) selten genannt; ebenso eine geringe Priorisierung der Freistellung (14,3 %; n = 10) angegeben. Unter „Sonstige“ werden weitere Einzelfaktoren zusammengefasst (28,6 %; n = 20).

Bei den Weiterbildenden ohne Nutzung der KW werden alle abgefragten Gründe häufiger genannt. Besonders deutlich ist der Unterschied bei der fehlenden Regelung zur Freistellung: Während dieser Aspekt bei den KW-nutzenden Weiterbildenden 20,0 % betrifft, liegt der entsprechende Anteil bei den nicht nutzenden Weiterbildenden bei 30,7 % (n = 55). Auch Personalmangel (21,8 %; n = 39), dienstplanbezogene Gründe (17,3 %; n = 31) sowie Kostenaspekte (10,6 %; n = 19) werden deutlich häufiger genannt. Gleiches gilt für eine geringe Priorisierung der Freistellung (16,2 %; n = 29) sowie für sonstige Gründe, die mit 34,1 % (n = 61) mehr als doppelt so häufig auftreten wie bei den KW-nutzenden Weiterbildenden.

Der Vergleich macht deutlich, dass KW-nutzende Weiterbildende seltener strukturelle, organisatorische oder finanzielle Gründe gegen eine Freistellung anführen. Dies spricht dafür, dass im Kontext der KW-Nutzung eine erhöhte Bereitschaft besteht, Freistellungen zu erleichtern und potenzielle Hemmnisse zu reduzieren.

Die offenen Antworten zu den sonstigen Gründen weisen weniger auf einen konkreten Mangel an Freistellungszeiten hin als auf eine ausgeprägte Unklarheit über Bedeutung, Anlass und Zuständigkeit von Freistellung im Kontext der KW-Nutzung. Viele Befragte geben an, bislang nie mit dem Thema konfrontiert gewesen zu sein. Freistellung wird überwiegend als individuelle Einzelfallregelung und nicht als strukturell verankerter Bestandteil der Weiterbildung wahrgenommen. Zudem wird deutlich, dass für viele die Versorgung der Patient*innen Vorrang hat.

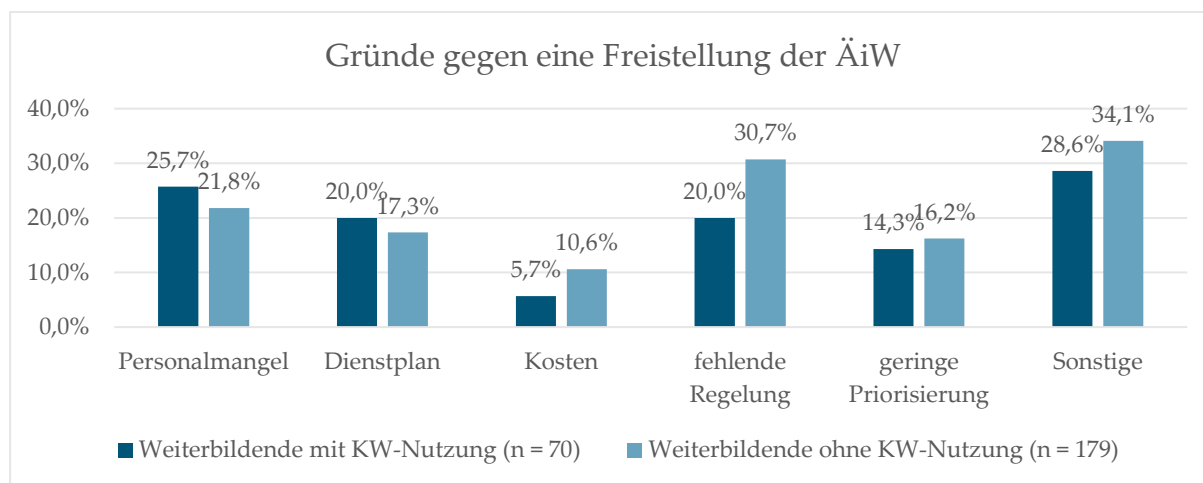


Abbildung 17: Gründe gegen eine Freistellung der ÄiW, eigene Darstellung. Frage: Aus welchen Gründen werden ÄiW nicht freigestellt? Mehrfachantworten möglich

3.3.4.7. Einschätzung Kompetenzzuwachs der ÄiW

Die Weiterbildenden mit Nutzung der KW schätzen den Kompetenzzuwachs der ÄiW über alle abgefragten Kompetenzdimensionen hinweg überwiegend als hoch bis sehr hoch ein (vgl. Anlage Abbildung 23). Besonders deutlich zeigt sich dies bei kommunikativen und kooperativen Kompetenzen. So bewerten beispielsweise 61,2 % den Kompetenzzuwachs hinsichtlich der Fähigkeit, Diagnosen und relevante Informationen patientengerecht zu vermitteln, als hoch oder sehr hoch (20,1 % sehr hoch, n = 94; 41,1 % hoch, n = 192). Eine ähnliche positive Einschätzung findet sich für die

Kompetenz, Informationen vollständig und nachvollziehbar an Mitversorger*innen zu übermitteln (57,8 % hoch/sehr hoch, n = 270).

Auch soziale und systembezogene Kompetenzen werden innerhalb der KW-nutzenden Zielgruppe überwiegend positiv eingeschätzt. Der Kompetenzzuwachs im Bereich der Einbeziehung des sozialen Umfelds von Patient*innen wird von 55,7 % (n = 262) als hoch oder sehr hoch bewertet. Für die Fähigkeit, berufliche Netzwerke und Kooperationen aufzubauen und zu pflegen, liegt dieser Anteil sogar bei rund 56,7 % (n = 265). Vergleichbar hohe Werte zeigen sich zudem für die effektive Zusammenarbeit mit weiteren Akteur*innen des Gesundheitssystems (55,9 % hoch/sehr hoch, n = 261) sowie für den Aufbau einer konstruktiven Arbeitsatmosphäre mit entsprechender Fehlerkultur (59,1 %, n = 276).

Etwas differenzierter fallen die Einschätzungen der KW-nutzenden Weiterbildenden bei betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Kompetenzen ihrer ÄiW aus. Zwar wird auch hier überwiegend ein Kompetenzzuwachs wahrgenommen, jedoch deutlich häufiger im mittleren Bereich. So bewerten lediglich 32,2 % (n = 150) den Zuwachs an betriebswirtschaftlichem Wissen als hoch oder sehr hoch, während 30,0 % (n = 140) eine „teils/teils“-Einschätzung abgeben. Ähnliche Muster zeigen sich beim Wissen über koordinierende Aufgaben in der Versorgung der Patient*innen (51,7 % hoch/sehr hoch, n = 242) sowie bei normativ-ethischen Kompetenzbereichen wie dem Wissen über ärztliche Verpflichtungen oder ärztliche Ethik, die jeweils von rund 52–54 % (n = 241; 250) der KW-nutzenden Weiterbildenden als hoch oder sehr hoch bewertet werden.

Im vergleichenden Blick auf die Weiterbildenden ohne Nutzung der KW (vgl. Anlage Abbildung 24) zeigt sich über alle Kompetenzdimensionen hinweg ein konsistentes Muster geringerer positiver Einschätzungen. So liegen die Anteile der Bewertungen „hoch“ und „sehr hoch“ in nahezu allen Bereichen um etwa 10 bis 15 Prozentpunkte niedriger. Gleichzeitig treten häufiger „teils/teils“-Einschätzungen sowie anteilig mehr niedrige Bewertungen („gering“ bzw. „sehr gering“) auf, insbesondere bei überfachlichen, systemischen und betriebswirtschaftlichen Kompetenzen. Befragte, deren betreute ÄiW selbst im KW eingeschrieben sind, ordnen deren Kompetenzzuwächse häufiger den Kategorien „hoch“ oder „sehr hoch“ zu (insgesamt häufig um die 50% oder mehr gegenüber 20-25% bei ÄiW ohne Nutzung der KW). Die Weiterbildenden mit ÄiW ohne KW-Anbindung wählen häufiger „gering“, „sehr gering“ oder „keine Angabe“ (ca. 20% über alle Bereiche hinweg gegenüber ca. 65%, vor allem bei „keine Angabe“). Die Gruppe „teils ja/teils nein“ liegt meist zwischen beiden Polen, was auf eine Mischwirkung hindeutet.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass Weiterbildende mit KW-Nutzung den Kompetenzzuwachs der ÄiW nicht nur in klinisch-kommunikativen, sondern auch in zentralen übergreifenden Handlungskompetenzen deutlich positiver einschätzen als Weiterbildenden ohne KW-Nutzung. Deutlicher wird es noch einmal, wenn es darum geht, ob die betreuten ÄiW im KW aktiv sind oder nicht. Dies unterstreicht die

besondere Bedeutung der KW als förderliche Struktur für eine umfassende Kompetenzentwicklung im Rahmen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.

3.3.5. Bewertung KW durch Weiterbildende

3.3.5.1. Kommunikation der Weiterbildenden mit KW

Die Ergebnisse zur Beurteilung der Kommunikation zwischen Weiterbildenden und dem KW weisen insgesamt auf eine überwiegend positive Einschätzung hin. Von den Weiterbildenden mit KW-Nutzung bewerteten 105 Personen die Kommunikation als „sehr gut“ und weitere 182 als „gut“. Bezogen auf die gültigen Fälle entspricht dies zusammen 79,8 % (29,2 % „sehr gut“, 50,6 % „gut“) und verdeutlicht eine hohe Zufriedenheit mit der kommunikativen Zusammenarbeit.

Eine ambivalente Einschätzung („teils/teils“) gaben 52 Weiterbildende ab, was 14,4 % der gültigen Antworten entspricht. Negative Bewertungen fallen demgegenüber deutlich geringer aus: Lediglich 15 Personen (4,2 %) stuften die Kommunikation als „schlecht“ und sechs Personen (1,7 %) als „sehr schlecht“ ein. Zusammengenommen entfallen somit nur 5,9 % der gültigen Bewertungen auf negative Urteile. Zu berücksichtigen ist allerdings der vergleichsweise hoher Anteil fehlender Angaben (n = 107; 22,9 % der Fälle).

Insgesamt lässt das Antwortmuster darauf schließen, dass das KW von der Mehrheit der nutzenden Weiterbildenden als verlässlicher und kommunikativ gut erreichbarer Akteur wahrgenommen wird, während kritische Bewertungen nur eine marginale Rolle spielen.

Kategorie	Mit KW-Nutzung n	Fälle %	Gültige Fälle %
Sehr gut	105	22,5%	29,2%
gut	182	39,0%	50,6%
teils/teils	52	11,1%	14,4%
schlecht	15	3,2%	4,2%
sehr schlecht	6	1,3%	1,7%
fehlend	107	22,9%	

Tabelle 5: Kommunikation der Weiterbildenden mit KW, eigene Darstellung. Frage: Wie beurteilen Sie die Kommunikation mit ihrem KW? n = 467

3.3.6. Beurteilung des KW durch die Weiterbildenden

Die Bewertungen der Weiterbildenden mit KW-Nutzung zeichnen ein differenziertes Bild der wahrgenommenen Stärken und Schwächen der KW. Charakteristisch ist, dass identische Angebots- und Strukturmerkmale sowohl positiv als auch als verbesserungswürdig benannt werden. Dies weist auf heterogene Nutzungserfahrungen und unterschiedliche Erwartungen der Weiterbildenden hin.

Am häufigsten positiv bewertet wird die Unterstützung durch die ÄiW-Begleitseminare. Insgesamt 257 Weiterbildende äußern hierzu eine positive Einschätzung, was 60,3 % der positiven Nennungen entspricht. Gleichzeitig wird dieser Bereich von 60 Weiterbildenden als verbesserungswürdig beurteilt (23,6 % der negativen Nennungen). Damit zeigt sich zwar eine deutliche Dominanz positiver Bewertungen, zugleich

aber auch ein relevanter Kritikanteil, der auf Unterschiede in der wahrgenommenen Qualität, Organisation oder Passgenauigkeit der Begleitseminare hinweist.

Auch die fachliche Vielfalt der KW-Angebote stellt einen zentralen Bewertungsaspekt dar. Sie wird von 232 Weiterbildenden positiv hervorgehoben (54,5 % der positiven Nennungen). Demgegenüber äußern 86 Weiterbildende einen Wunsch nach Verbesserung (33,9 % der Nennungen zum Verbesserungspotenzial). Die vergleichsweise hohe Zahl kritischer Bewertungen verdeutlicht, dass die fachliche Breite zwar grundsätzlich als Stärke wahrgenommen wird, zugleich jedoch nicht für alle Weiterbildenden als ausreichend differenziert oder anschlussfähig an die eigenen Weiterbildungsbedarfe bzw. praxisrelevante Themenbereiche (insbesondere betriebswirtschaftliche Themen wie Praxismanagement, Niederlassung, unternehmerische Verantwortung, Abrechnung, Kassenrecht) erlebt wird. Weiterbildende wünschen sich Angebote, die ihre reale Verantwortung stärken und sie in der Vermittlung von Wissen an die ÄiW unterstützen, nicht primär Haltung oder Kommunikation trainieren.

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der methodischen Vielfalt. Während 159 Weiterbildende (37,3 %) diesen Aspekt positiv bewerten, sehen 59 Weiterbildende Verbesserungspotenzial (23,2 %). Auch hier überwiegen die positiven Einschätzungen, allerdings weist der nicht unerhebliche Anteil negativer Nennungen darauf hin, dass methodische Konzepte nicht durchgängig als innovativ, praxisnah oder lernwirksam wahrgenommen werden.

Das Mentoring-Programm wird von 154 Weiterbildenden positiv beurteilt (36,2 %). Verbesserungspotenziale werden in diesem Bereich bei 32 Nennungen (12,6 %) vergleichsweise seltener benannt. Im Vergleich zu anderen Kategorien fällt der Anteil negativer Einschätzungen hier deutlich geringer aus, was darauf hindeutet, dass das Mentoring insgesamt vergleichsweise konsistent als unterstützend und hilfreich erlebt wird – auch wenn nicht alle Weiterbildenden gleichermaßen davon profitieren.

Auffällig ist schließlich die Kategorie „Sonstige“, die ein überwiegend kritisches Bild zeigt. Lediglich 25 Weiterbildende (5,9 %) äußern hierzu positive Einschätzungen, während 78 Weiterbildende (30,7 %) Aspekte zu Verbesserung benennen. Dies legt nahe, dass unter „Sonstige“ vor allem individuelle Problemlagen, strukturelle Defizite oder Aspekte gesammelt werden, die in den vorgegebenen Kategorien nicht adäquat abgebildet sind und daher überproportional mit Kritik verbunden sind. Der Tenor der dazu gegebenen offenen Antworten richtet sich weniger auf ein „Mehr“ im Sinne einer quantitativen Angebotsausweitung, sondern auf eine klarere, verbindlichere und zielgruppenspezifischere Kommunikation der KW-Angebote. Teilweise wird dabei auch deutliche Kritik geäußert, die Frustration erkennen lässt („Zeitverschwendung“, „so geht man nicht mit Ausbildern um“). Zudem verweisen zahlreiche Befragte darauf, dass ihnen die KW-Strukturen bislang nicht oder kaum bekannt seien.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die KW von den Weiterbildenden mit Nutzungserfahrung überwiegend positiv beurteilt werden, insbesondere in Bezug auf unterstützende Angebotsformate wie die ÄiW-Begleitseminare sowie auf fachliche

und methodische Vielfalt. Gleichzeitig machen die parallelen Verbesserungsbedarfe derselben Kategorien deutlich, dass Wahrnehmung und Bewertung stark variieren. Die Gegenüberstellung positiver und kritischer Einschätzungen verdeutlicht somit sowohl etablierte Stärken der KW als auch konkrete Ansatzpunkte für eine zielgruppenspezifische Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung der Angebote.

	Positive Einschätzung		Verbesserungspotenzial	
	Weiterbildende mit KW-Nutzung n		Weiterbildende mit KW-Nutzung n	
fachliche Vielfalt	232	54,5%	86	33,9%
methodische Vielfalt	159	37,3%	59	23,2%
Mentoring-Programm	154	36,2%	32	12,6%
Unterstützung durch ÄiW-Begleitseminare	257	60,3%	60	23,6%
Sonstige	25	5,9%	78	30,7%
N	426		254	

Tabelle 6: Beurteilung des KW durch die Weiterbildenden, eigene Darstellung. Frage: Was ist gut an ihrem KW? Was würden Sie an Ihrem KW verbessern?

3.4. Ergebnisse der Erhebung der Kompetenzzentren

Die KW unterscheiden sich deutlich voneinander, z. B. in ihrer Größe, ihrem Einzugsgebiet oder den erreichten Teilnehmenden. Nachfolgend werden die Ergebnisse der KW-Befragung KW-übergreifend dargestellt sowie interessante Ausreißer und Entwicklungen dargestellt. Aufgrund der unterschiedlichen Gegebenheiten ist ein direkter Vergleich der KW untereinander oder ein sogenanntes Benchmarking nicht zielführend.

3.4.1. Curriculum

Auf Grundlage der Selbstausskünfte der KW (vgl. Anlage Tabelle 22) zur Frage nach dem zugrunde liegenden Curriculum zeigt sich ein bundesweit deutlich konsistentes Bild: Die überwiegende Mehrheit der KW richtet ihre Angebote am Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin (KCA) der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) aus, dass den inhaltlich-didaktischen Referenzrahmen für begleitende ÄiW-Seminare, Mentoringformate sowie TtT- Angebote bildet. Zugleich verdeutlichen die Angaben, dass viele Kompetenzzentren diesen gemeinsamen Kern kontextualisieren, erweitern oder systematisch weiterentwickeln, um regionalen, strukturellen oder konzeptionellen Besonderheiten der Weiterbildung Rechnung zu tragen.

Nahezu alle befragten KW benennen das DEGAM-Curriculum explizit als Grundlage ihrer Angebote. Teilweise werden zudem die für die Weiterbildung maßgeblichen Weiterbildungsordnungen der LÄK, die nationalen Leitlinien oder etablierte didaktische Modelle genannt. Die DEGAM-Orientierung bildet in jedem Fall den

qualitätsstiftenden gemeinsamen Nenner, der eine bundesweite Vergleichbarkeit und Anschlussfähigkeit der Weiterbildung Allgemeinmedizin ermöglicht.

3.4.2. Ausstattung und Finanzierung

Die Finanzierung der KW ist in § 5 Abs. 10 der Fördervereinbarung gemäß § 75a SGB V geregelt. Bis zu fünf Prozent der jährlich ausgezahlten Fördermittel können für die KW aufgewendet werden, einschließlich der Aufwendungen für administrative Erfordernisse und die GE. § 9 der Anlage IV zur Fördervereinbarung konkretisiert die finanzielle Förderung, den Förderumfang und die Mittelbereitstellung.

Die Finanzierung setzt sich aus einer jährlichen Basisfinanzierung von bis zu 230.000 Euro je Zentrum (zuzüglich möglicher Auf- und Ausbaurücklagen) sowie einer leistungsabhängigen Komponente zusammen, die an die tatsächliche Teilnahme von ÄiW gekoppelt ist. Die Mittel werden halbjährlich ausgezahlt und unterliegen einem Verwendungsnachweis bzw. Rückforderungs- und Verrechnungsregeln. Ergänzend sollen weitere öffentliche Fördermittel eingeworben werden. Insgesamt verbindet das Finanzierungsmodell strukturelle Absicherung mit nutzungsorientierten Anreizen.

Nach der ersten Förderphase (2017 bis 2022) erhielten in der zweiten Förderphase (2023 bis 2027) insgesamt 15 Kompetenzzentren eine Förderung auf Basis der Vereinbarung zur Förderung gemäß § 75 a SGB V. Den Evaluationsberichten für die Jahre 2021-2024 der KBV (KBV 2022, 2023, 2025a, 2025b) zufolge setzten die KW zur Realisierung ihrer Angebote Fördermittel in folgendem Umfang ein:

- 2021: rund 3,6 Mio. €
- 2022: rund 3,8 Mio. €
- 2023: rund 4,7 Mio. €
- 2024: rund 4,8 Mio. €

Die im Rahmen dieser Evaluation erhobenen Daten zeigen ein heterogenes Bild der finanziellen und personellen Rahmenbedingungen der KW. Dabei werden teils erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen KW sichtbar, sowohl in der Ausstattung als auch in der Wahrnehmung der eigenen Ressourcen. Gleichzeitig lässt sich eine insgesamt positive Entwicklung insbesondere im Bereich der leistungsorientierten Finanzierung erkennen.

3.4.2.1. Finanzierung

Die Analyse der *leistungsorientierten Finanzierung* der KW für die Jahre 2023 bis 2025 zeigt ein insgesamt stark heterogenes Fördervolumen, das über den Beobachtungszeitraum deutlich ansteigt (vgl. Anlage Abbildung 25 und Tabelle 23). Die KW unterscheiden sich in Bezug Höhe der leistungsorientierten Finanzierung der KW erwartungsgemäß stark.

Im Jahr 2023 lag der durchschnittliche leistungsorientierte Förderbetrag bei rund 91.000 € (Median: ca. 69.000 €) bei gleichzeitig hoher Streuung (Standardabweichung (SD): rund 88.000 €). In den Folgejahren stiegen die Mittelwerte deutlich an: 2024 auf

rund 116.000 € und 2025 auf rund auf 157.000 €. Diese Entwicklung lässt auf eine systematische Steigerung der Leistungsaktivitäten bzw. zunehmende Inanspruchnahme schließen. Die wachsenden Standardabweichungen – rund 108.229 € im Jahr 2024 und 147.375 € im Jahr 2025 – zeigen, dass die Fördervolumina sich zwischen den einzelnen KW nicht nur deutlich voneinander unterscheiden, sondern sich zunehmend auseinanderentwickeln und die leistungsorientierte Finanzierung verstärkt zu einer Differenzierung zwischen den KW beiträgt.

Die Auswertung *zusätzlicher Mittel für den Auf- oder Ausbau dezentraler Angebotsstrukturen*²⁵ mit mindestens einem weiteren Standort zeigt ein insgesamt eher zurückhaltendes Fördergeschehen: Pro Jahr erhalten lediglich fünf bis sechs KW entsprechende Mittel. Diese Zusatzfinanzierungen konzentrieren sich auf wenige Bundesländer mit klar ausgewiesenen Ausbauprozessen (vgl. Anlage Tabelle 24). So erhielt Niedersachsen zwischen 2023 und 2025 jährlich, in der Erhebung teils differenziert ausgewiesene Zusatzmittel (zzgl. Infrastrukturpauschale). Auch Bayern, Hessen, Sachsen und Thüringen erhielten Aus- bzw. Aufbauzuschläge in unterschiedlicher Höhe (die in der Erhebung weniger stark differenziert ausgewiesen wurden).

3.4.2.2. Personalausstattung

Die durchschnittliche Personalausstattung liegt bei rund 4,15 Vollzeitäquivalenten (VZÄ), der Median bei etwa 3,6 VZÄ. Der Bereich zwischen 3 und 4,5 VZÄ umfasst damit die Mehrheit der KW und weist insgesamt auf eine moderate Streuung hin. Gleichzeitig zeigen sich jedoch deutliche Abweichungen nach oben und unten

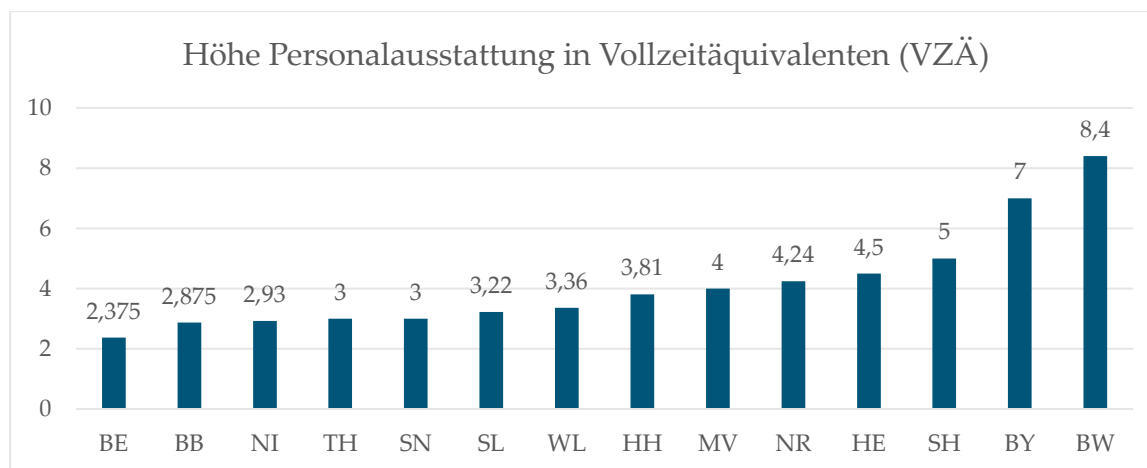


Tabelle 7: Höhe Personalausstattung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Wie hoch ist die Personalausstattung Ihres KW in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)?²⁶ n = 14

Den höchsten Personalumfang verzeichnet Baden-Württemberg mit 8,84 VZÄ, gefolgt von Bayern (7,0 VZÄ). Diese deutlich überdurchschnittlichen Werte liegen klar oberhalb der übrigen KW und lassen auf komplexere Organisationsstrukturen, eine höhere Angebotsdichte oder ein erweitertes Aufgabenspektrum schließen. Am unteren Ende

²⁵ Vgl. hierzu § 9 der Anlage IV zur Fördervereinbarung.

²⁶ Keine Angaben zur Frage vom KW Rheinland-Pfalz.

der Verteilung stehen Berlin (2,375 VZÄ) und Brandenburg (2,875 VZÄ). Diese unterdurchschnittliche personelle Ausstattung deutet auf eine hohe individuelle Arbeitsbelastung und verweist möglicherweise auf strukturell eingeschränkte Rahmenbedingungen (vgl. Gesamtzahl der eingeschriebenen ÄiW im Verhältnis zur Anzahl der geförderten ÄiW im KV-Bezirk, s. Kapitel 3.4.4.2).

3.4.2.3. *Selbsteinschätzung der personellen und finanziellen Ausstattung*

Die Selbsteinschätzungen der KW stehen weitgehend im Einklang mit den erhobenen quantitativen Daten (vgl. Anlage Abbildung 26). Die meisten Zentren bewerten ihre personelle Ausstattung als „ausreichend“ oder „gut“. Lediglich vier Zentren geben eine „schlechte“ bzw. „sehr schlechte“ Ausstattung an – darunter Berlin, dessen objektiv niedrige VZÄ-Zahl diese Einschätzung stützt²⁷. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der finanziellen Ausstattung: Auch hier stuft die Mehrzahl der KW ihre Situation als „ausreichend“ ein, während eine kleinere Gruppe von drei KW die Lage als „schlecht“ beschreibt (Berlin, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern; in einer filtergeführten Rückfrage finden sich hier zusätzliche qualitative Hinweise auf Unterfinanzierung, hohen administrativen Aufwand oder Schwierigkeiten in der Abrechnung). Hervorzuheben ist erneut Baden-Württemberg, das sowohl objektiv als auch subjektiv zu den am besten ausgestatteten KW zählt²⁸.

3.4.2.4. *Kostenbeiträge für Train-the-Trainer (TtT)-Fortbildungen*

Die Praxis der Erhebung von Kostenbeiträgen²⁹ für die TtT-Fortbildungen ist unter den KW nicht vereinheitlicht: Acht Zentren erheben Beiträge, während sieben vollständig auf Gebühren verzichten (vgl. Anlage Tabelle 25). Die Beiträge weisen dabei eine Spannbreite von 20-25 € bis hin zu 160 € auf. Der höchste Kostenbeitrag wird von Baden-Württemberg erhoben, während Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein zu den günstigsten Anbietern zählen. Auffällig ist Thüringen mit einem Gebührenintervall von 75 bis 150 €. Dies deutet auf eine differenzierte Angebotsstruktur oder unterschiedliche Kalkulationsgrundlagen hin.

3.4.3. Struktur und Organisation der Angebote

3.4.3.1. *Angebotsstruktur*

Die Angebotsstruktur der KW ist bundesweit insgesamt durch ein hohes Maß an Einheitlichkeit geprägt. Alle 15 Kompetenzzentren setzen die in Anlage IV § 5 festgelegten Pflichtangebote wie ÄiW-Begleitseminare und TtT-Formate vollständig und durchgängig um (vgl. Anlage Tabelle 26).

²⁷ Neben dem KW Berlin wird die personelle Ausstattung auch den KW in Hessen und dem Saarland als „sehr schlecht“ eingeschätzt; das KW in Thüringen schätzt die Ausstattung als „schlecht“ ein. Das KW Brandenburg hingegen schätzt die personelle Ausstattung – trotz der unterdurchschnittlichen Anzahl eingesetzter VZÄ – als „gut“ ein.

²⁸ Das KW Baden-Württemberg ist Teil der „Verbundweiterbildung Plus“. Diese hat u. a. den Aufbau regionaler Weiterbildungsverbünde mit Weiterbildungsstellen im stationären und ambulanten Bereich zum Ziel.

²⁹ Gemäß § 5 Abs. 2 der Anlage IV zur Fördervereinbarung können die KW für die TtT-Fortbildungen von den Teilnehmenden einen Kostenbeitrag in angemessener Höhe erheben.

Über dieses Kernportfolio hinaus zeigt sich jedoch eine deutliche Varianz in der Ausgestaltung *zusätzlicher Formate*. Zehn der fünfzehn KW berichten, „sonstige Angebote“ bereitzustellen: Diese umfassen unter anderem PJ-Mentoring, Prüfungsvorbereitung, Alumniprogramme, palliativ- oder pädiatriespezifische Module, Niederlassungscoaching sowie studiengangsnahе Informationsangebote. Diese Zusatzangebote ermöglichen eine flexible Anpassung an regionale Bedarfe und spezifische Versorgungsschwerpunkte.

Die Angebotsstruktur der KW kombiniert damit insgesamt ein bundesweit vollständig umgesetztes Pflichtportfolio mit einer regional vielfältigen Zusatzangebotsebene. Während die Kernangebote in allen KW vorgehalten werden, zeigt die Analyse der zusätzlichen Formate eine deutliche Differenzierung entlang regionaler Bedarfe, didaktischer Leitbilder und organisatorischer Möglichkeiten. Die KW-Landschaft erweist sich damit als ein System, das Stabilität und Vergleichbarkeit mit Flexibilität und Innovationsfähigkeit verbindet.

Bereits die vorangegangene standortübergreifende Evaluation zeigte, dass ein Großteil der KW über die verpflichtenden Angebote hinaus zusätzliche Formate entwickelt hat. Neun von 14 KW berichteten damals über ein erweitertes Angebotsspektrum. Die aktuelle Erhebung bestätigt diese Befunde und weist zugleich auf eine leichte Ausweitung hin: Zehn von 15 KW bieten inzwischen zusätzliche Formate an. Diese Angebote treten nun jedoch stärker strukturiert und systematisiert auf und lassen sich klar als gezielte Erweiterungen von Zielgruppen, Inhalten, didaktischen Formaten und Übergangsangeboten einordnen.

3.4.3.2. Pädiatrische Angebote

Die Analyse der pädiatrischen Angebote innerhalb der KW zeigt insgesamt ein differenziertes Bild. Acht von 15 KW bieten spezifische Formate für ÄiW der Kinder- und Jugendmedizin an. Den Kern bilden Seminare, die in allen acht KW umgesetzt werden und sowohl eigenständige pädiatrische Curricula als auch klar integrierte Themenlinien innerhalb der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsprogramme umfassen.

Über diese gemeinsame Basis hinaus zeigt sich jedoch eine deutliche größere Heterogenität in der Umsetzung weiter Formattypen. Vier KW (Berlin, Hessen, Schleswig-Holstein und Sachsen) integrieren pädiatrische Inhalte in Einzel- oder Gruppenmentoringformate. Noch selektiver ist die Öffnung pädiatrischer Angebote für Weiterbildende. TtT-Programme stehen in drei der acht pädiatrisch aktiven KW (Berlin, Hessen, Schleswig-Holstein) explizit auch Weiterbildenden offen. Eine pädiatrische Öffnung der Dozierendenqualifizierung findet sich sogar nur in zwei KW (Berlin und Schleswig-Holstein).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass über die Hälfte der KW ein pädiatrisches Angebotsmodell aufgebaut haben, das aus einem relativ homogen seminaristischen Standard und einer variablen Ergänzungsebene besteht. Während die Seminare als tragende strukturelle Grundlage der pädiatrischen Weiterbildung fungieren, sind andere

Formate nicht flächendeckend implementiert und folgen vielmehr regionalen Bedarfen und Gegebenheiten.

3.4.3.3. Anzahl der Angebote

Die Analyse der Anzahl³⁰ der von den KW durchgeführten Angebote zeigt ein hohes, jedoch deutlich differenziertes Aktivitätsniveau (vgl. Tabelle 8). Mit großem Abstand stellen die ÄiW-Begleitseminare das quantitativ umfangreichste Format dar: Bundesweit wurden im Zeitraum 2023-2025 jährlich 867 (2023) bis 1.223 (2025) Veranstaltungen umgesetzt. Damit bilden sie das zentrale Rückgrat der KW-Arbeit. In 13 von 15 KW machen die ÄiW-Begleitseminare zwischen 70–90 % der Gesamtaktivität aus. An zweiter Stelle folgt das Gruppenmentoring mit insgesamt 339 bis 388 Angeboten pro Jahr. Moderat ausgeprägt sind Einzelmentoring (insgesamt 144-213 Angebote pro Jahr) und TtT-Formate (insgesamt 72-80). Die geringste Angebotsdichte weisen Dozierendenqualifizierungen auf, mit insgesamt 33-51 Angeboten.

	ÄiW-Begleitseminare	Gruppenmentoring	Einzelmentoring	TtT-Formbildungen	Dozierenden-Qualifizierungen
Durchgeführte Angebote 2023	867	388	144	72	33
Durchgeführte Angebote 2024	1.222	350	213	77	51
Durchgeführte Angebote 2025	1.223	339	206	80	43
Durchschnittlicher Gesamtumfang (UE)	705,46 UE	89,57 UE	33,50 UE	57,39 UE	238,72 UE

Tabelle 8: Gesamtzahl der durchgeführten Angebote und durchschnittlicher Gesamtumfang (UE) pro Jahr – gesamt, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Angebote haben Sie pro Jahr umgesetzt? Welchen Gesamtumfang haben die Angebote gemäß Umsetzungskonzept im Gesamtzeitraum (Angabe in UE à 45 Minuten)? n = 14-15

Eine weitere Differenzierungsdimension betrifft das Volumen der TtT-Programme und Dozierendenqualifizierungen. Obwohl beide Formate in allen KW existieren, bleiben sie mengenmäßig nachgeordnet und weisen häufig einen Anteil von unter fünf Prozent am Gesamtportfolio auf.

Zusammenfassend zeigt die Analyse von Anzahl und Umfang der KW-Angebote eine stark ausgeprägte Standardisierung im Bereich der ÄiW-Begleitseminare als quantitativem Kernelement der KW-Landschaft. Gruppen- und Einzelmentoringformate, deren Verbreitung und Intensität regional sehr unterschiedlich ausfallen, sind hingegen

³⁰ Im Abgleich der erhobenen Evaluationsdaten mit den Angaben im GE-Bericht (2023, 2024) lassen sich für einzelne KW Abweichungen in den Angaben zur Anzahl der durchgeführten Seminare erkennen (vgl. Anlage Tabelle 27-Tabelle 31). Größere Abweichungen können zur Verzerrung bei der Darstellung der Unterschiede zwischen den Kompetenzzentren führen (z. B. Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein).

geringer ausgeprägt. TtT-Formate und Dozierendenqualifizierungen sind zwar ebenfalls bundesweit vorhanden, aber mengenmäßig deutlich unterrepräsentiert.

3.4.3.4. Organisation der Angebote

Die Organisation der Angebote der KW folgt bundesweit einem einheitlichen Rahmen, innerhalb dessen zugleich regionale Variationen erkennbar sind. Die Auswertung der Organisationsmerkmale zeigt, dass alle KW eine modulare, hybride und zielgruppenspezifische Angebotslogik verfolgen. Die strukturelle Basis bilden Seminarhalbtage, Seminartage, Doppelseminartage sowie Online- und Hybridformate, die flexibel kombiniert werden. Auf diese Weise entsteht ein bundesweit ähnlicher organisatorischer Grundrhythmus, der gleichzeitig ausreichend Raum für regionale Anpassungen lässt.

Zeitlich dominieren werktägliche Angebote, typischerweise mittwochs, donnerstags oder freitags; ergänzend greifen einige KW für bestimmte Formate – wie TtT-Fortbildungen, Prüfungsvorbereitungen oder Intensivworkshops – auf Abend- oder Wochenendtermine zurück. Diese zeitliche Struktur spiegelt die Realitäten der Weiterbildung wider: Während ambulant tätige ÄiW werktags meist besser erreichbar sind, erfordern stationäre Arbeitsmodelle häufig alternative zeitliche Arrangements.

Auch die Zielgruppenorientierung folgt einem KW-übergreifend konsistenten Muster: Alle Zentren bieten spezifische Formate (z. B. für Einsteiger*innen, fortgeschrittene ÄiW, Prüfungskandidat*innen, Pädiatrie-ÄiW, Quereinsteigende oder Praxisteams) an, bei gleichzeitig erkennbaren regionalen Spezifizierungen.

Die zentrale Organisationslogik der KW-Angebote erweist sich im Vergleich der beiden Evaluationszeiträume als weitgehend stabil. Bereits in der vorangegangenen Evaluation dominierten mehrjährige Curricula mit geringfügig variierendem Gesamtumfang sowie Präsenz- und Doppelseminartagen an Werktagen. Diese Grundstruktur bestätigt sich auch in der aktuellen Evaluation. Zugleich zeigt sich jedoch nun deutlicher eine Weiterentwicklung hin zu flexibleren Organisationsformen: Online- und Hybridformate sind mittlerweile fest etabliert. Auch treten Wahlmöglichkeiten innerhalb der Curricula sowie zielgruppen- und regionalspezifische organisatorische Varianten deutlicher hervor.

3.4.3.5. Formate der Angebote

Die Analyse der fünf zentralen Angebotsformate zeigt eine klar strukturierte, in ihrer Gewichtung und Ausprägung aber deutlich differenzierte Formatlandschaft. Während jede Angebotsart ein eigenes charakteristisches Formatprofil aufweist, das sich grundsätzlich über alle KW hinweg reproduziert, lässt sich in einzelnen KW eine beträchtliche Varianz erkennen (vgl. Anlage Tabelle 32-Tabelle 46).

	Präsenz	Hybrid	Online synchron	Online asynchron
ÄiW-Begleitseminare (n=15)	64,92 %	3,39 %	27,42 %	2,02 %
TtT-Angebote (n=15)	63,01 %	0,56 %	29,88 %	1,44 %

Dozierenden-Qualifizierungen (n=14)	38,83 %	0,00 %	43,05 %	8,60 %
Einzelmentoring (n=13)	39,42 %	7,69 %	42,63 %	2,56 %
Gruppenmentoring (n=13)	72,07 %	0,53 %	27,31 %	0,00 %

Tabelle 9: Anteil der Angebotsformate in Prozent – gesamt, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? n = 15

ÄiW-Begleitseminare werden überwiegend in Präsenz (rund 65 %) und synchron-online (rund 27 %) durchgeführt. Hybrid- und asynchrone Formate spielen eine eher marginale Rolle. Diese Verteilung unterstreicht die hohe Bedeutung interaktiver, strukturierter Lernprozesse für die ärztliche Weiterbildung. Ein ähnliches Muster zeigt die Verteilung im Bereich der TtT-Angebote mit ebenfalls hohem Präsenzanteil (63 %). Gleichzeitig werden TtT-Formate gegenüber den ÄiW-Angeboten häufiger im synchronen Onlineformat umgesetzt (rund 30 %), was auf eine zunehmende Digitalisierung der Weiterbildendenqualifikation hinweist.

Dozierendenqualifizierungen folgen einem abweichenden Formatmuster mit überwiegend synchron-online umgesetzten Angeboten (43 %) und einem vergleichsweise niedrigem Präsenzanteil (39 %). Diese Verschiebung zugunsten digitaler Formate reflektiert die zunehmende Bedeutung medien- und methodenbezogener digitaler Lehrkompetenzen sowie die begünstigte logistische Skalierbarkeit. Hybridformate werden in diesem Bereich nicht genutzt, während asynchrone Elemente (z. B. Selbstlernmodule) nur in geringem Umfang zum Einsatz kommen (9 %).

Das *Einzelmentoring* zeigt ein vergleichsweise ausgewogenes Formatprofil (39 % Präsenz, 43% synchron-online). Hybrid- und asynchrone Varianten haben hier eine größere relative Bedeutung als in den Seminarformaten (rund acht bzw. drei Prozent), was die hohen Flexibilitätsanforderungen individueller Begleitprozesse widerspiegelt. Demgegenüber ist das *Gruppenmentoring* hingegen klar präsenzfokussiert (72 %), während Online- und Hybridformate eine geringere Rolle spielen (27 % bzw. < 1 %). Asynchrone Formate kommen überhaupt nicht zum Einsatz. Dies unterstreicht den ausgeprägt interaktionsabhängigen und gruppendynamischen Charakter dieses Angebots.

Die starken Verschiebungen hin zu Onlineformaten in den Jahren 2020 und 2021 bildeten primär eine Reaktion auf die COVID-19-Pandemie (Zich et al. 2022). Gleichzeitig zeichnete sich bereits damals ab, dass die KW das Präsenzformat für ÄiW-Seminare grundsätzlich als geeigneter erachten und perspektivisch wieder stärker darauf zurückgreifen wollten. Diese Einschätzung wird durch die aktuelle Evaluation bestätigt: Während Präsenzformate weiterhin die Angebotsstruktur prägen, sind digitale Formate inzwischen aber nicht mehr krisenbedingt, sondern als dauerhafte Ergänzung des Formatportfolios etabliert. Insgesamt zeigt der Vergleich eine klare Kontinuität in der hohen Bedeutung der Präsenzformate bei gleichzeitiger institutioneller Verstärkung digitaler Anteile innerhalb eines hybriden Formatspektrums.

3.4.3.6. Themen der Angebote

Die thematische Ausgestaltung der Angebote der KW weist insgesamt eine inhaltlich breite, kompetenzorientierte und curricular verankerte Struktur auf, die sich über alle Angebotsarten hinweg konsistent widerspiegelt.

Die Analyse der *ÄiW-Begleitseminare* verdeutlicht, dass diese Formate nahezu flächendeckend entlang des DEGAM-Curriculums und etablierter allgemeinmedizinischer Kompetenzprofile organisiert sind. Typische Themencuster umfassen die Versorgung häufiger Beratungsanlässe (akut/chronisch), Organsysteme und Krankheitsbilder, Notfallmanagement, abwendbar gefährliche Verläufe, Kommunikation, Professionalisierung sowie Praxisorganisation und Niederlassungsfragen. Die Seminare sind damit das thematisch umfassendste Format und bilden den inhaltlichen Kern der KW-Arbeit.

Im Bereich *Train-the-Trainer* dominieren Inhalte zur Lehr- und Methodenkompetenz. Thematisch liegen die Schwerpunkte auf didaktischen Grundlagen wie Lernzielorientierung, Methodenwahl, Feedbackkultur, Moderationstechniken und rechtlichen Rahmenbedingungen der Weiterbildung (u. a. Weiterbildungsordnung, eLogbuch, Befugnisanforderungen); ergänzend werden die Rolle der Weiterbildenden als Supervisor*innen und Lernprozessbegleiter*innen adressiert. Diese inhaltliche Fokussierung belegt eine klare Fokussierung auf die pädagogische Professionalisierung, wobei der Schwerpunkt eindeutig auf strukturellen, methodischen und rechtlich-organisatorischen Belangen liegt.

Die *Dozierendenqualifizierungen* greifen diese Themen auf, setzen jedoch einen stärkeren Akzent auf medien- und methodenbezogene Lehrkompetenzen. Dazu gehören Lernzieldefinition, didaktische Planung, Aktivierungstechniken, digitale Tools, Präsentationsmethoden, Lehrplanung und der Umgang mit synchron- und asynchronen Onlineformaten. Der Schwerpunkt liegt hier deutlich auf der Verbesserung der Qualität des Lehrhandelns und weniger auf der Vermittlung medizinischer Inhalte. Damit ergänzen die Dozierendenqualifizierungen die TtT-Programme, indem sie die Vermittlungskompetenz der Lehrenden vertiefen.

Das *Einzelmentoring* ist thematisch hochgradig individualisiert. Die Inhalte orientieren sich an persönlichen Anliegen der ÄiW und umfassen unter anderem Konflikte in der Weiterbildung, strukturelle Probleme, Karriereplanung, Aspekte zur professionellen Identitätsentwicklung, der Vereinbarkeit von Weiterbildung und Privatleben sowie der Einordnung schwieriger Arbeits- oder Lernsituationen. Es existiert kein festes Curriculum, was die hohe Bedarfsorientierung und Personenzentrierung dieses Formats widerspiegelt.

Im *Gruppenmentoring* sind die Themen stärker strukturiert, bleiben jedoch weiterhin deutlich personen- und prozessbezogen. Wiederkehrende Inhalte umfassen die Gestaltung der eigenen Weiterbildung, das eLogbuch, Rechte und Pflichten, Erfahrungen aus ambulanten und stationären Einsatzorten, Peer-Learning, kollegiale Beratung und die Reflexion der beruflichen Rolle. Gruppenmentoring dient damit primär der

professionellen Entwicklung, nicht der Vermittlung fachlicher Inhalte. Die Inhalte entwickeln sich zumeist dynamisch über partizipative Themenabstimmungen am Ende jedes Treffens.

3.4.3.7. *Überschneidungen und Parallelstrukturen*

Die Analyse zeigt, dass die Angebote der KW in ein Netzwerk vielfältiger Weiterbildungsakteure eingebettet sind. Zehn der 15 KW berichten von Überschneidungen mit anderen Angeboten, während nur vier bis fünf KW explizit keine Überschneidungen angeben; ein weiteres KW sieht Überlappungen lediglich in einzelnen Bereichen. Insgesamt deutet dies auf eine Weiterbildungslandschaft hin, in dem die KW- Angebote überwiegend nicht isoliert, sondern eingebettet in regionale Strukturen vorgehalten werden.

Am häufigsten werden Überschneidungen im Bereich der TtT-Formate genannt, die in ähnlicher Form auch durch ÄK angeboten werden. Weitere Überschneidungen betreffen pädiatrischer Inhalte, Kommunikations- und Praxismanagementseminare sowie Mentoring- oder Coachingangebote, die teils von KVen oder Berufsverbänden durchgeführt werden. Ergänzend berichten einige KW von Überschneidungen mit Angeboten kommerzieller Anbieter (z. B. pharmagesponserte Fortbildungen).

Parallelstrukturen im engeren Sinne – also Substitution oder Verdrängung bestehender Angebote – werden hingegen bundesweit verneint. Alle KW geben an, keine anderen Formate ersetzt zu haben. Vielmehr betonen die KW ihre bewusst komplementäre Rolle, sowohl vor dem Hintergrund der rechtlichen Vorgaben als auch aufgrund konzeptioneller Abgrenzungen.

Bereits die vorangegangene Evaluation (Zich et al. 2022) kam zu dem Ergebnis, dass die überwiegende Mehrheit der KW parallele Angebotsstrukturen vermeiden konnte und Überschneidungen – insbesondere im Bereich der TtT-Angebote – zunehmend durch Kooperationen und Anerkennungsregelungen abgefedert wurden. Diese Einschätzung deckt sich mit den Ergebnissen der aktuellen Evaluation. Zwar berichten zehn der 15 KW von thematischen oder strukturellen Überschneidungen, insbesondere mit ÄK, KV oder universitären Akteuren. Zugleich wird jedoch übereinstimmend betont, dass keine Substitution bestehender Angebote stattfindet. Während die erste standortübergreifende Evaluation den Fokus stark auf der Vermeidung von Redundanzen und der parallelen Nutzung externer Angebote durch Weiterbildende sah, zeigt die aktuelle Erhebung, dass Überschneidungen heute überwiegend als Ausdruck arbeitsteiliger Weiterbildungslandschaften und funktionaler Ergänzung verstanden werden. Insgesamt zeigt sich damit eine hohe Kontinuität in der komplementären Rolle der KW bei zugleich gewachsener institutioneller Einbettung in regionale Weiterbildungsnetzwerke.

3.4.4. *Nutzung der Angebote*

Die Auswertung der Kennzahlen zeigt insgesamt deutliche Unterschiede zwischen den KW. Über die Jahre 2023 bis 2025 lassen sich jedoch keine substanziellen zeitlichen Veränderungen der aggregierten Kennwerte feststellen. Die weitgehend konstanten

Mittelwerte über alle drei Jahre hinweg deuten darauf hin, dass viele Angaben auf stabilen Strukturen oder – teilweise – auf geschätzten Angaben der KW beruhen (wie es der Fragebogen explizit zugelassen hat).

3.4.4.1. Anzahl der angemeldeten Weiterbildenden³¹

Die Anzahl der bei den KW angemeldeten Weiterbildenden (vgl. Anlage Tabelle 47) zeigt über den Beobachtungszeitraum 2023 bis 2025 insgesamt ein stabiles, aber heterogenes Niveau (734 im Jahr 2024 bis 804 im Jahr 2023, N = 13). Während der Mittelwert leicht rückläufig ist (61,9 im Jahr 2023, 56,7 im Jahr 2025), steigt gleichzeitig die Spannweite zwischen Minimum und Maximum, was auf eine zunehmende Divergenz der Entwicklungen hindeutet (vgl. Anlage Tabelle 48).

3.4.4.2. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW³²

Die Anzahl der eingeschriebenen ÄiW in **absoluten** Zahlen (vgl. Anlage Tabelle 49) zeigt über den Zeitraum hinweg einen klaren Aufwärtstrend von 3.633 im Jahr 2023 bis auf 4.469 im Jahr 2025 (N = 14). Entsprechend steigt auch der Mittelwert pro KW kontinuierlich von rund 260 (2023) auf etwa 319 (2025). Parallel dazu nehmen sowohl das Maximum als auch die Standardabweichung deutlich zu. Dies spricht für eine insgesamt wachsende Zahl eingeschriebener ÄiW bei gleichzeitig zunehmender Ungleichverteilung zwischen den KW.

Setzt man die Gesamtzahl der eingeschriebenen ÄiW ins Verhältnis mit der Anzahl der geförderten ÄiW (Evaluationsbericht KBV 2025a, KBV 2025b), so waren 2023 rund 36,8 %, d. h. 3.633 von 9.887 geförderten ÄiW bei KW eingeschrieben. 2024 stieg der Anteil auf 38,98% (4.064 von 10.425 geförderten ÄiW) (vgl. Anlage Tabelle 50). Besonders hohe Einschreibequoten zeigen einzelne KW, darunter Schleswig-Holstein (2024: 97,6 %), Mecklenburg-Vorpommern (2024: 62,0 %), Hamburg (2024: 63,9) und Nordrhein (2024: 53,6 %).³³

Jahr	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD
2023	41	527	259,50	162,61
2024	44	652	290,29	206,03
2025	35	730	319,21	230,19

³¹ Die Angaben basieren auf Selbstauskünften der KW. Teilweise ist unklar, ob ausschließlich aktiv eingebundene oder grundsätzlich registrierte Weiterbildende gezählt wurden. Zudem ist davon auszugehen, dass einzelne KW identische Werte für mehrere Jahre fortgeschrieben haben. Die Vergleichbarkeit ist daher eingeschränkt, aber für eine grobe strukturelle Einordnung ausreichend.

³² Die Angaben beruhen teilweise auf Schätzungen, insbesondere dort, wo keine laufenden Register geführt werden. Zudem bleibt unklar, ob ausschließlich aktuell aktive oder alle formal eingeschriebenen ÄiW berücksichtigt wurden. Die Daten sind daher indikativ, nicht präzise vergleichend zu lesen. Die Umrechnung in VZÄ ist in vielen KW nur näherungsweise möglich. Unterschiedliche Berechnungslogiken (z. B. Stichtagswerte, Jahresmittel) schränken die Vergleichbarkeit zusätzlich ein.

³³ Diese Angaben bestätigen die Teilnahmequoten ÄiW im GE-Bericht (2024).

Tabelle 10: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (absolut), eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (absolut). $n = 14$

Auch die Anzahl der eingeschriebenen ÄiW in **Vollzeitäquivalenten (VZÄ)** zeigt einen moderaten, aber kontinuierlichen Anstieg der Mittelwerte von 2023 bis 2025 (vgl. Anlage Tabelle 51 und Tabelle 52). Parallel nimmt die Standardabweichung, insbesondere im Jahr 2025, deutlich zu. Dies verdeutlicht, dass der Zuwachs nicht gleichmäßig auf alle KW verteilt ist. Zudem unterstreicht die Differenz zwischen absoluten Zahlen und VZÄ, dass Teilzeitarbeit in der Weiterbildung eine relevante Rolle spielt und regional unterschiedlich ausgeprägt sind.

3.4.4.3. Nutzung der KW-Angebote in der stationären und ambulanten Weiterbildungsphase³⁴

Die Nutzung der Angebote der KW während der **stationären Weiterbildungsphase** (vgl. Anlage Tabelle 53 und Tabelle 54) bewegt sich insgesamt auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau, mit Mittelwerten zwischen etwa 53 und 61 teilnehmenden ÄiW. Vor dem Hintergrund der steigenden Gesamtzahlen eingeschriebener ÄiW deutet dies darauf hin, dass die KW-Angebote in der stationären Phase insgesamt eine eher nachgeordnete Rolle spielen könnten.

Demgegenüber weist die Nutzung der KW-Angebote in der **ambulanten Weiterbildungsphase** (vgl. Anlage Tabelle 55 und Tabelle 56) deutlich höhere Mittelwerte und einen klaren Anstieg von 2023 bis 2025 auf. Der Mittelwert steigt von rund 210 im Jahr 2023 auf über 290 Teilnehmende im Jahr 2025. In der Gesamtschau erscheint die ambulante Weiterbildungsphase als zentrales Handlungsfeld der KW.

Zwischen den einzelnen KW bestehen dabei ausgeprägte Unterschiede: Einige KW, darunter Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein, berichten konstant sehr hohe Nutzungszahlen auch in der **stationären Phase** (über 100), während andere dauerhaft im einstelligen oder niedrigen zweistelligen Bereich liegen. Es scheint plausibel, dass strukturelle Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Weiterbildung, etwa hinsichtlich zeitlicher Verfügbarkeit, eine Rolle spielen, ohne dass dies mit den vorliegenden Daten abschließend empirisch belegt werden kann.

3.4.4.4. Anzahl der ÄiW mit bestandener Facharztprüfung³⁵

Die Anzahl der ÄiW mit bestandener Facharztprüfung zeigt über die drei Jahre hinweg keinen eindeutig gerichteten Trend (vgl. Anlage Tabelle 57 und Tabelle 58). Zwar steigt der Mittelwert von 2023 (45,2) auf 2024 (52,4) an, sinkt jedoch im Jahr 2025 (48,7)

³⁴ Die Zuordnung „stationär“ basiert teilweise auf Selbstauskünften bzw. Schätzungen. Übergänge zwischen ambulanten und stationären Phasen erschweren eine trennscharfe Erfassung. Die Datenqualität bei den Angaben zu ambulanten Weiterbildungsphase ist etwas stabiler als bei der stationären Phase, gleichwohl bleiben Abgrenzungsprobleme bestehen. Teilweise wurde auf Schätzwerte zurückgegriffen.

³⁵ Die Angaben beruhen häufig auf Schätzungen oder administrativen Näherungen. Unterschiedliche Prüfungszeitpunkte und Berichtslogiken schränken die Präzision ein.

wieder leicht. Gleichzeitig bleibt die Streuung hoch, insbesondere durch starke Ausreißer nach oben. Aufgrund unterschiedlicher Abschlusszeitpunkte, fehlender Angaben einzelner KW und unterschiedlicher Bezugsgrößen sind diese Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar. Aus diesem Grund ist es wenig sinnvoll, die Angaben ins Verhältnis zu den Teilnehmendenzahlen zu setzen.

3.4.4.5. Anteil der ÄiW mit Direkteinstieg nach dem Studium³⁶

Der Anteil der Direkteinsteigende weist insgesamt stabile bis leicht steigende Mittelwerte auf, bei gleichzeitig sehr hoher Streuung (vgl. Anlage Tabelle 59 und Tabelle 60). Mit Mittelwerten zwischen rund 37 % (2023) und 39 % (2025) und Standardabweichungen von über 30 Prozentpunkten wird deutlich, dass es kein einheitliches Muster gibt. Der aggregierte Mittelwert ist daher nur eingeschränkt aussagekräftig.

3.4.4.6. Teilnehmendenzahlen

Die Analyse der durchschnittlichen Teilnehmendenzahlen zeigt eine klare Differenzierung zwischen großformatigen, mittelgroßen und kleinteiligen Angeboten innerhalb der KW (vgl. Anlage Abbildung 27).

Insgesamt lassen die Werte drei klar abgegrenzte Größencluster erkennen:

- Großformate: 20–35 Teilnehmende (ÄiW-Begleitseminare)
- Mittelformate: 10–15 Teilnehmende (TtT, Dozierendenqualifizierung, Gruppenmentoring)
- Mikroformate: 2–5 Teilnehmende (Einzelmentoring)

Die Teilnehmendenzahlen spiegeln die unterschiedlichen Funktionen, Zielsetzungen und didaktischen Anforderungen der Formate wider. ÄiW-Begleitseminare als großformatige Lehrveranstaltungen mit Gruppengrößen von teils über 30 Teilnehmenden sind ressourceneffizient, gut skalierbar (insbesondere im Online-Modus) und ermöglichen die Durchführung eines strukturierten Jahres- oder Mehrjahrescurriculums. Zugleich zeigen die Daten, dass einige KW deutlich kleinere oder größere Gruppen aufweisen, was auf unterschiedliche Kohortengrößen, regionale Nachfrage oder unterschiedliche Curriculumslogiken hindeutet. Die mittleren Gruppenformate – TtT, Dozierendenqualifizierung und Gruppenmentoring – setzen stärker auf Interaktion, Austausch und praxisbezogenes Lernen. Die Gruppengrößen von etwa 10–15 Personen sind nicht nur pädagogisch begründet, sondern entsprechen auch organisatorischen Rahmenbedingungen: Lehrqualität, aktive Teilnahme und kollegiale Interaktion sind in mittelgroßen Gruppen am besten realisierbar.

Das Mentoring nimmt eine Sonderstellung ein: Insbesondere das Einzelmentoring ist stark individualisiert³⁷. Die durchschnittlich extrem kleinen Gruppen spiegeln die

³⁶ Die Werte basieren überwiegend auf Schätzungen. Zudem ist nicht einheitlich definiert, was als „direkter Einstieg“ gilt. Die Ergebnisse sind daher vorsichtig zu interpretieren.

³⁷ Elf KW geben an, dass 1-5 Personen am Einzelmentoring teilnehmen, ein KW gibt an, dass 6-10 Personen am Einzelmentoring teilnehmen.

Rolle als Beratungsformat wider, dessen Qualität eng an die Beziehung zwischen Mentor*in und Mentee gekoppelt ist. Das Gruppenmentoring wiederum verbindet kollegiale Beratung mit strukturierten Reflexionsprozessen – die dafür notwendigen Gruppenstärken (6–12 Personen) entsprechen klassischen Interventionsformaten.

3.4.5. Standorte der Angebote

Die Auswertung der *Standortzahlen* (vgl. Anlage Tabelle 61 und Tabelle 62) zeigt eine klare Differenzierung innerhalb der Angebotslandschaft der KW. Während einige Angebotsformen stark zentralisiert organisiert sind, weisen andere eine klar dezentralisierte Struktur mit mehreren Standorten auf. Die Mittelwerte und Spannweiten der Standortanzahlen verdeutlichen ein zweistufiges System aus zentralen Qualifizierungsformaten und regional ausgerichteten Begleit- und Mentoringangeboten³⁸.

- *ÄiW-Begleitseminare*: 58 Standorte³⁹, durchschnittlich 3,87 Standorte pro KW. Die Seminare sind überwiegend breit verfügbar und werden zur Erhöhung der Erreichbarkeit in vielen Regionen gezielt räumlich verteilt.
- *TtT-Angebote*: 31 Standorte⁴⁰, durchschnittlich 2,07 Standorte pro KW. Sie werden deutlich zentralisierter umgesetzt, häufig an einem einzigen Standort.
- *Dozierendenqualifizierungen*: 16 Standorte, durchschnittlich 1,07 Standorte pro KW. Mehrere KW weisen hier keine eigenen Standorte, was darauf hinweist, dass diese Angebote häufig digital, eingebettet oder standortunabhängig organisiert werden.
- *Einzelmentoring*: 56 Standorte, durchschnittlich 4,31 Standorte pro KW.
- *Gruppenmentoring*: 67 Standorte, durchschnittlich 5,15 Standorte pro KW. Die hohen Standortzahlen beim Einzel- und Gruppenmentoring spiegeln den ortsbezogenen Charakter dieser Formate wider, da regelmäßige Treffen und wohnortnahe Angebote für stabile Teilnahmebedingungen essenziell sind.

Insgesamt zeigt sich: Die Standortstruktur ist kein Zufallsprodukt, sondern Ausdruck eines funktionalen Designs, das Präsenz, Ressourcenverfügbarkeit, Digitalisierungsgrad und regionale Erreichbarkeit systematisch miteinander verbindet. Differenzen zwischen zentralisierten und dezentralisierten Formaten spiegeln damit unterschiedliche didaktische und organisatorische Logiken wider.

Die Analyse der *Standortwahlkriterien* zeigt, dass die KW ihre Standortentscheidungen nach einem klar priorisierten Kriterienraster treffen (vgl. Anlage Abbildung 28). Bundesweit stehen zwei Faktoren im Zentrum: Erreichbarkeit und Nähe zur Zielgruppe. Beide Kriterien weisen durchgängig die höchsten Relevanzwerte auf und gelten über alle Angebotsarten hinweg als entscheidende Determinanten für die Standortwahl.

³⁸ Ein Abgleich mit dem GE-Bericht erfolgt für die ÄiW-Begleitseminare und die TtT-Angebote, da nur für diese vollständige Antworten der KW vorliegen.

³⁹ Im Abgleich mit dem GE-Bericht (2024) sind dies zehn Standorte weniger als 2024.

⁴⁰ Im Abgleich mit dem GE-Bericht (2024) sind dies acht Standorte mehr als 2024.

Weitere Kriterien – wie Ausstattung der Räumlichkeiten, Kooperationsmöglichkeiten (z. B. mit Kliniken, KVen oder Bildungsträgern) und Kostenaspekte – weisen mittlere Relevanzwerte auf, wobei ihre Bedeutung je nach Angebotsform variiert. Kosten spielen häufig eine untergeordnete Rolle (Relevanzwerte teilweise bis 4–5), während Kooperationen für bestimmte Angebote (z. B. Gruppenmentoring, Prüfungsseminare) stärker gewichtet werden.

Die Relevanzprofile unterscheiden sich dabei nach Format:

- *ÄiW-Begleitseminare* priorisieren Erreichbarkeit und Zielgruppennähe am stärksten, dies entspricht den Erkenntnissen der vorangegangenen Evaluation (Zich et al. 2022).
- *TtT-Formate* zeigen eine geringere Bindung an physische Erreichbarkeit, da sie häufig zentralisiert und teilweise digital angeboten werden. Die Erreichbarkeit bildete bei der Evaluation durch IGES (Zich et al. 2022) noch eine zentrale Rolle.
- *Dozierendenqualifizierungen* rücken Kooperationsmöglichkeiten und Erreichbarkeit in den Mittelpunkt.
- *Einzelmentoring* weist die größte Varianz auf: In einigen KW hat Standortnähe hohe Relevanz, in anderen spielt sie kaum eine Rolle (bedingt durch flexible, teils digitale Durchführung).
- *Gruppenmentoring* liegt zwischen diesen Polen und betont die Bedeutung gut erreichbarer und wiederkehrend nutzbarer Räumlichkeiten.

Insgesamt folgt die Standortlogik einer klaren Zielsetzung: räumliche Zugänglichkeit sicherstellen, Teilnahmeschwellen senken und bestehende Netzwerke effizient nutzen. Diese Standortkriterien tragen wesentlich zur Funktionsfähigkeit und Akzeptanz der KW-Angebote bei und spiegeln die Versorgungsorientierung des Systems wider.

3.4.6. Qualität der Angebote

Die *didaktische Qualitätssicherung* spielt in nahezu allen KW eine zentrale Rolle bei Entwicklung und Durchführung der Angebote. Ein verbreiteter Ansatz ist die konsequente Lernzielorientierung anhand strukturierter Modul- oder Themenvorlagen, die den Dozierenden als didaktische Leitplanke dienen.

Ergänzend setzen mehrere KW auf das Prinzip der Co-Moderation, bei dem externe Referierende gemeinsam mit didaktisch qualifizierten Mitarbeitenden der Kompetenzzentren lehren. Dieses Vorgehen ermöglicht Qualitätssicherung sowie gezieltes Feedback an die Dozierenden. Flankiert wird dies durch strukturierte Qualifizierungsangebote, insbesondere Train-the-Trainer-Programmen mit didaktischen Schulungen, Supervision, Coaching und Hospitationen.

Ein weiteres zentrales Element ist die regelmäßige Evaluation der Angebote durch die Teilnehmenden. Standardisierte Online-Evaluationen werden systematisch ausgewertet und zur Anpassung von Inhalten, Methoden und Formaten genutzt. In einzelnen KW werden die Ergebnisse zusätzlich in Gremien reflektiert und mit personellen oder organisatorischen Maßnahmen verknüpft. Insbesondere im Mentoring kommen ergänzend Supervisions- und Feedbackformate zum Einsatz.

Die *fachliche Qualitätssicherung* der Angebote erfolgt in allen KW primär über eine curriculare Rahmung (s. o. Kapitel 3.4.1). Nahezu durchgängig wird das Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM als Referenz genutzt, teils ergänzt durch CanMEDS-Rollen, den Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) oder kammerspezifische Weiterbildungsordnungen. Diese Bezüge sichern die inhaltliche Vollständigkeit, Relevanz und Aktualität der Angebote.

Ein weiterer zentraler Mechanismus ist die gezielte Auswahl fachlich qualifizierter Dozierender. In vielen KW gilt die Facharztanerkennung für Allgemeinmedizin als Standard, ergänzt durch Berufserfahrung und häufig eine Weiterbildungsermächtigung. Externe Fachspezialist*innen werden überwiegend in Co-Moderation eingesetzt, um die hausärztliche Perspektive zu gewährleisten.

Zur Qualitätssicherung gehören zudem Vorgespräche und inhaltliche Abstimmungen vor den Seminaren. In mehreren KW werden Inhalte vorab geprüft und gemeinsam abgestimmt, um Leitlinienorientierung, Praxisrelevanz und Zielgruppenbezug sicherzustellen. Ergänzend kommen regelmäßige Reviews zum Einsatz, etwa in Form von Peer-Audits oder standortübergreifenden Austauschformate, teils in bundesweiten Netzwerken.

Schließlich fließen Evaluationsergebnisse und Rückmeldungen aus der Praxis systematisch in die Weiterentwicklung der Angebote ein. Wenig relevante oder praxisferne Inhalte werden überarbeitet oder gestrichen; auch Teilnahme- und Abbruchgründe werden dabei mitberücksichtigt. Insgesamt zeigt sich bundesweit ein hohes und weitgehend konsistentes Niveau fachlicher Qualitätssicherung, das auf gemeinsamen Prinzipien wie Kompetenzorientierung, qualitätsgesicherter Dozierendenauswahl, kontinuierlicher Evaluation und enger Anbindung an die allgemeinmedizinische Praxis beruht.

3.4.7. Einsatz, Gewinnung und Auswahl der Dozierenden

3.4.7.1. Anzahl der eingesetzten Dozierenden

Die Auswertung zeigt große Unterschiede in der personellen Ausstattung der KW (vgl. Anlage Tabelle 63 und Tabelle 64), insbesondere bei den ÄiW-Begleitseminaren. Insgesamt werden 744 Dozierende eingesetzt, mit einer Spannweite von kleinen (z. B. Brandenburg: 20) bis zu sehr großen Pools (z. B.: Baden-Württemberg: durchschnittlich rund 130). Ursachen sind vor allem regionale Größe, Angebotsumfang und Organisationsstruktur.

In den TtT-Angeboten sind 104 Dozierende aktiv, die Streuung ist deutlich geringer (durchschnittlich rund 7 pro KW). Die Dozierenden-Qualifizierung bildet das kleinste Segment mit weniger als durchschnittlich drei Dozierende und wird teilweise in andere Formate integriert.

Insgesamt ist die personelle Ausgestaltung eng mit der strategischen Ausrichtung der KW verknüpft: Große Pools ermöglichen Breite und regionale Abdeckung, kleinere fördern Kontinuität.

3.4.7.2. Gewinnung der Dozierenden

Die Rekrutierung von Dozierenden für ÄiW-Begleitseminare erfolgt überwiegend netzwerk- und beziehungsbasiert. Zentrale Quellen sind hausärztliche Netzwerke, universitäre Institute, Weiterbildungsverbünde sowie Alumni der eigenen Programme. Mehrere KW berichten, dass viele Dozierende aus dem Kreis ehemaliger Teilnehmender stammen, die nach Abschluss der Weiterbildung schrittweise in Lehrrollen hineinwachsen: Dieses Near-Peer-Prinzip wird von mehreren KW als Vorteil beschrieben, auf Grund der hohen fachlichen Nähe zur Zielgruppe. Ergänzend sind u. a. Empfehlungen durch erfahrene Weiterbildende oder Mentor*innen ein häufiger Rekrutierungsweg. Formale Qualifikationskriterien treten demgegenüber zurück, vorausgesetzt werden jedoch fachärztliche Expertise, hausärztliche Praxiserfahrung und eine klare Allgemeinmedizin-Orientierung.

Die Rekrutierung für TtT-Angebote ist selektiver und stärker qualifikationsbasiert. Hier arbeiten die KW meist mit kleinen, langfristig gebundenen Dozierendenpools. Zentrale Kriterien sind eigene Weiterbildungserfahrung sowie Engagement in Weiterbildungsstrukturen. Die Gewinnung erfolgt häufig durch gezielte persönliche Einladungen; oft handelt es sich um besonders erfahrene Referierende der ÄiW-Begleitseminare oder um Absolvent*innen früherer TtT-Programme. Neue Dozierende werden oft zunächst probeweise eingesetzt und eng begleitet, bevor sie dauerhaft übernommen werden.

Die Dozierenden-Qualifizierung stellt das am stärksten spezialisierte Feld dar und wird meist von sehr kleinen Personengruppen oder intern durch KW-Mitarbeitende und universitäre Partner abgedeckt. Externe Rekrutierung findet hier nur punktuell statt und erfolgt fast ausschließlich über persönliche Kontakte und überregionale Netzwerke. Entscheidend sind ausgeprägte medizindidaktische Kompetenzen und Erfahrung in der Qualifizierung Lehrender, was die geringe Zahl eingesetzter Dozierender erklärt.

Die große Mehrheit der befragten KW (13 von 15) berichtet von keinen grundsätzlichen *Schwierigkeiten bei der Gewinnung* geeigneter Dozierende. Rekrutierungsprobleme treten punktuell und kontextabhängig auf. Die beiden Ja-Nennungen aus Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen lassen sich inhaltlichen und strukturellen Passungsproblemen zuordnen: In Mecklenburg-Vorpommern wird berichtet, dass vorhandene Dozierende häufig klare thematische Präferenzen haben, die nicht immer mit den curricularen Anforderungen oder aktuellen Bedarfen der ÄiW übereinstimmen. Niedersachsen beschreibt vor allem strukturelle Hürden bei der Einbindung fachfremder oder klinisch tätiger Dozierender. Insbesondere honorar- und arbeitsrechtliche Restriktionen bei universitätsklinisch angebundenen Fachärzt*innen sowie der hohe administrative Aufwand wirkten rekrutierungshemmend. Hinzu kommen Verfügbarkeitsprobleme niedergelassener Hausärzt*innen für ganztägige Seminare, da Praxisausfälle nicht immer kompensierbar sind. Hier stehen zeitliche und strukturelle Barrieren im Vordergrund, nicht Fragen der Qualifikation oder Motivation. Bemerkenswert ist, dass kein KW mangelnde fachliche Qualifikation oder fehlende didaktische

Bereitschaft als zentrales Problem benennt. Vielmehr hängen Rekrutierungsschwierigkeiten von passenden Rahmenbedingungen ab.

Insgesamt zeigt sich, dass die Gewinnung von Dozierenden in den KW überwiegend beziehungs- und erfahrungsbasiert erfolgt. Während ÄiW-Begleitseminare von breiten, gut vernetzten Pools geprägt sind, werden TtT-Angebote und Dozierenden-Qualifizierungen von kleinen, hoch spezialisierten und langfristig gebundenen Teams getragen. Diese Rekrutierungsstrategien spiegeln die unterschiedlichen didaktischen Anforderungen der Formate sowie den hohen Stellenwert von Passung und pädagogischer Professionalität wider.

3.4.7.3. *Fachliche Voraussetzung bei Dozierenden*

Für die ÄiW-Begleitseminare stehen in allen KW hausärztliche Fachlichkeit und Praxisnähe im Mittelpunkt. In der Regel wird eine abgeschlossene Facharztanerkennung in Allgemeinmedizin vorausgesetzt, teils ergänzt durch weitere themenrelevante Fächer. Zugleich wird betont, dass formale Qualifikation allein nicht als ausreichend angesehen wird.

Mehrere KW heben die Bedeutung eigener Weiterbildungserfahrung und eines vertieften Verständnisses der ambulanten hausärztlichen Versorgung hervor, einschließlich typischer Beratungsanlässe, Multimorbidität, Unsicherheitsmanagement und Koordinationsaufgaben. Gebietsärztliche Spezialistinnen werden daher meist nur ausnahmsweise eingesetzt und dann häufig durch hausärztliche Co-Moderation ergänzt. Ein weiteres zentrales Kriterium ist eigene Weiterbildungserfahrung, etwa als weiterbildungsbefugte Ärztin bzw. weiterbildungsbefugter Arzt oder in der praktischen Begleitung von Ärztinnen in Weiterbildung. Diese Erfahrung wird insbesondere für eine zielgruppengerechte Vermittlung und den Umgang mit typischen Unsicherheiten der Weiterbildungsphase als wichtig erachtet.

Ergänzend spielen professionelle Haltungen eine Rolle, wie etwa wertschätzende Kommunikation, reflektierte Sprache und eine lernbegleitende, nicht frontal ausgerichtete Vermittlung. Fachliche Qualität wird damit als Zusammenspiel von Expertise, Haltung und Kontextsensibilität verstanden.

Die fachlichen Anforderungen an Dozierende der TtT-Angebote sind stärker formalisiert und rollenbezogen. Erwartet werden hier mehrjährige Erfahrung als weiterbildungsbefugter Arzt bzw. weiterbildungsbefugte Ärztin und fundierte Kenntnisse der Weiterbildungsordnung bzw. der strukturellen Rahmenbedingungen der Weiterbildung. Eigene Lehrerfahrung – etwa in der Anleitung von ÄiW oder in Feedback- und Prüfungssituationen – gilt als fachliche Kernvoraussetzung, verbunden mit der Fähigkeit zur Reflexion der eigenen Lehrpraxis.

Im Unterschied zu den ÄiW-Begleitseminaren wird bei den TtT-Angeboten eine medizinischdidaktische Zusatzqualifikation häufig explizit als Voraussetzung genannt. Lehrkompetenz wird hier selbst als fachlicher Kernbestandteil der Rolle verstanden.

Vergleichend zeigt sich bei beiden Formaten als Anforderung eine gemeinsame Verankerung der Rollenprofile in der Allgemeinmedizin, die jedoch unterschiedlich akzentuiert ist: Während bei den ÄiW-Begleitseminaren klinisch-praktische Erfahrung und Zielgruppennähe dominieren, stehen bei den TtT-Angeboten systemische, pädagogische und reflexive Kompetenzen stärker im Vordergrund. Insgesamt verfügen die KW damit über ein anspruchsvolles, professionsspezifisches Verständnis fachlicher Eignung, das über formale Titel hinausgeht und Erfahrung, Haltung und Passung zur Weiterbildungspraxis einschließt.

3.4.7.4. Kriterien für die Auswahl der Dozierenden

Für die ÄiW-Begleitseminare (vgl. Anlage Tabelle 65) zeigen sich über nahezu alle KW hinweg klare fachliche und pädagogische Kernkriterien. Die fachliche Qualifikation wird nahezu durchgängig als sehr relevant eingestuft. Ergänzend gilt die Erfahrung mit der Zielgruppe der ÄiW als zentrales Auswahlkriterium, häufig verstanden als eigene Weiterbildungserfahrung und Vertrautheit mit den strukturellen Anforderungen der Allgemeinmedizin. Auch die didaktische Kompetenz besitzt einen hohen Stellenwert, wird jedoch teils unterschiedlich gewichtet: Während einige KW sie als sehr relevant einstufen, sehen andere sie als entwickelbar an, sofern eine grundsätzliche Eignung vorliegt. Empfehlungen behalten Bedeutung, ersetzen jedoch keine fachlichen oder pädagogischen Mindestanforderungen.

Bei den Train-the-Trainer-Angeboten (vgl. Anlage Tabelle 66) verschiebt sich die Gewichtung der Auswahlkriterien. Zwar bleibt die fachliche Qualifikation relevant, im Vordergrund steht jedoch die didaktische Kompetenz, die in nahezu allen KW als sehr relevant bewertet wird. Empfehlungen werden hier uneinheitlicher bewertet, was auf unterschiedliche Qualitätssicherungsstrategien hinweist. Regionale Nähe spielt in diesem Format kaum eine Rolle.

Am strengsten und konsistentesten sind die Kriterien bei den Dozierenden-Qualifizierungen (vgl. Anlage Tabelle 67). Fachliche Qualifikation und insbesondere didaktische Expertise werden hier durchgängig als sehr relevant eingeschätzt; entscheidend ist die spezialisierte Lehr- und Ausbildungskompetenz. Empfehlungen fungieren vor allem als qualitätssicherndes Instrument innerhalb professioneller Netzwerke.

In der Zusammenschau ergibt sich ein klar abgestuftes Auswahlregime: ÄiW-Begleitseminare fokussieren auf fachliche Qualifikation, Zielgruppenkenntnis und grundlegende didaktische Eignung; Train-the-Trainer-Angebote priorisieren didaktische Kompetenz und Erfahrung als Weiterbildende; Dozierenden-Qualifizierungen stellen höchste Anforderungen an Lehrprofessionalität und Expertise.

Über formale Kriterien hinaus benennen die KW ergänzende, überwiegend implizite Auswahlaspekte. Dazu zählen insbesondere eine wertschätzende, reflexive Haltung gegenüber der Weiterbildung Allgemeinmedizin sowie Rollenklarheit in sensiblen Lehr-Lern-Situationen. Mehrere KW betonen zudem die Bedeutung der Passung zwischen Person, Thema, Zielgruppe und Format und verzichten bewusst auf starre Kriterienkataloge zugunsten einer professionellen, erfahrungsbasierten Einschätzung.

Auf die offene Frage nach der *Transparenz der Auswahlkriterien* für Dozierende gegenüber externen Personen überwiegt die Angabe, dass diese nicht explizit oder formal nach außen kommuniziert werden (66 %). Die offenen Kommentare zeigen jedoch, dass fehlende formale Transparenz nicht mit dem Fehlen von Kriterien gleichzusetzen ist, sondern auf implizite, intern etablierte Auswahlpraktiken verweist.

Kompetenzzentren, die Transparenz bejahen, verstehen diese überwiegend als kommunikative Praxis. Kriterien werden auf der Website, bei Informationsveranstaltungen, in persönlichen Gesprächen, Vorgesprächen oder Einladungen vermittelt.

Die Mehrheit der KW antwortet dennoch mit „Nein“. Mehrere Zentren betonen, dass die Auswahl von Dozierenden als interne Qualitätssteuerungsaufgabe verstanden wird und Kriterien zwar vorhanden, aufgrund ihrer Kontext-, Rollen- und Personenbezogenheit aber nicht sinnvoll zu externalisieren seien. Insbesondere Aspekte wie Haltung, Passung und Reflexionsfähigkeit gelten als schwer standardisierbar.

Während einige KW Transparenz situativ über Kommunikation herstellen, verzichten andere bewusst auf externe Darstellung, um professionelle Urteilkraft und Flexibilität zu wahren. Hinweise auf willkürliche Auswahlprozesse finden sich nicht; vielmehr zeigt sich ein durchgängig professionalisiertes, erfahrungsbasiertes Auswahlverständnis.

3.4.8. Einsatz, Gewinnung und Auswahl der Mentor*innen

3.4.8.1. Anzahl der eingesetzten Mentor*innen

Die Auswertung zeigt eine erhebliche Spannweite in der personellen Ausstattung der Mentoringangebote der KW (vgl. Anlage Tabelle 68 und Tabelle 71). Diese Varianz betrifft beide Formate, ist jedoch im Bereich des Einzelmentoring besonders ausgeprägt.

Insgesamt werden 133 Mentor*innen im Einzelmentoring eingesetzt (N = 13)⁴¹. Die Zahl eingesetzter Mentor*innen reicht von drei (Nordrhein) bis zu sehr großen Pools wie im KW Westfalen-Lippe mit durchschnittlich 44 Mentor*innen.

Im Gruppenmentoring werden insgesamt 167 Mentor*innen eingesetzt (N = 14). Die Streuung fällt etwas geringer aus, liegt jedoch insgesamt auf einem insgesamt höheren Niveau als beim Einzelmentoring (Durchschnitt ca. 12 Mentor*innen). Besonders hohe Werte finden sich im KW Baden-Württemberg (35 Mentor*innen) sowie in Niedersachsen und Hessen.

Auffällig ist, dass einzelne KW – etwa Hamburg, Schleswig-Holstein oder Thüringen – eine nahezu identische Anzahl von Mentor*innen in beiden Formaten einsetzen. Dies spricht für integrierte Mentoringrollen, bei denen dieselben Personen sowohl Einzel-

⁴¹ Die Angaben im Bericht der GE (KBV 2025b) fassen die Anzahl von Mentor*innen in Einzel- und Gruppenmentoring zusammen und lassen sich nicht direkt mit den Evaluationsergebnissen vergleichen. Im Jahr 2024 haben insgesamt 179 Mentor*innen die Mentees bei den KW betreut.

als auch Gruppenmentorings übernehmen. Andere Kompetenzzentren differenzieren deutlich zwischen den Formaten, was auf spezialisierte Rollenverständnisse oder unterschiedliche organisatorische Logiken hinweist.

Variable	Gesamt	Minimum	Maximum	Durchschnitt	N
Mentor*innen Einzelmentoring	133	0	44	9,5	13
Mentor*innen Gruppenmentoring	167	3	35	11,9	14

Tabelle 11: Deskriptive Kennwerte zur Anzahl eingesetzter Mentor*innen, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Mentor*innen setzen Sie aktuell ein?

Insgesamt machen die Ergebnisse deutlich, dass die Ausgestaltung der Mentoringstrukturen stark von der strategischen Schwerpunktsetzung, der Größe des KW sowie der Anzahl begleiteter ÄiW abhängt. Diese Heterogenität kann als Ausdruck regional angepasster, bedarfsorientierter Weiterbildungsunterstützung interpretiert werden und unterstreicht zugleich die Vielfalt der Umsetzungslogiken innerhalb des bundesweiten KW-Systems.

3.4.8.2. Gewinnung der Mentor*innen

Über alle KW hinweg zeigt sich, dass die Gewinnung von Mentor*innen überwiegend netzwerk-, erfahrungs- und beziehungsbasiert erfolgt. Formale Ausschreibungen spielen kaum eine Rolle; stattdessen rekrutieren die KW vor allem aus bestehenden Strukturen der hausärztlichen Weiterbildung, etwa unter weiterbildungsbefugten Ärzt*innen, Lehrärzt*innen, engagierten Weiterbildenden oder Absolvent*innen früherer Programme. Mehrere KW betonen dabei die gezielte persönliche Ansprache als zentralen Rekrutierungsweg, da Motivation, Haltung und Passung früh eingeschätzt werden können.

Im Einzelmentoring stehen persönliche Eignung, kommunikative Kompetenz und eigene Weiterbildungserfahrung im Vordergrund. Mentor*innen werden häufig aus dem Kreis erfahrener Weiterbildende gewonnen, die mit den Herausforderungen der ÄiW vertraut sind und beratend, reflexiv sowie nicht-hierarchisch agieren können. In einigen KW erfolgt die Rekrutierung schrittweise, indem Ärzt*innen zunächst punktuell eingebunden werden und später in eine dauerhafte Mentorenrolle hineinwachsen. In anderen Fällen melden sich interessierte Ärzt*innen eigenständig und werden nach Prüfung ihrer Eignung eingesetzt. Im Gruppenmentoring verschieben sich die Anforderungen hin zu ausgeprägter Moderations- und Leitungskompetenz. Neben fachlicher Expertise ist die Fähigkeit zur Steuerung gruppenspezifischer Prozesse und zur Gestaltung geschützter Austauschformate zentral. Entsprechend werden Gruppenmentor*innen häufig aus einem engeren Kreis bewährter Personen rekrutiert, etwa aus erfahrenen Einzelmentor*innen oder aus Weiterbildungsverbünden mit entsprechender Vorerfahrung. Teilweise übernehmen dieselben Personen Aufgaben im Einzel- und Gruppenmentoring, wobei die Zuordnung nach individuellen Stärken erfolgt.

Insgesamt nutzen die KW ihre Rolle als Knotenpunkte regionaler Weiterbildungsnetzwerke, um geeignete Mentor*innen gezielt zu gewinnen. Einzel- und Gruppenmentoring folgen dabei unterschiedlichen, sich ergänzenden Logiken, die auf Beziehungs-, Beratungs- bzw. Moderationskompetenz ausgerichtet sind. Dieses Vorgehen trägt zur Qualität, Kontinuität und Formatpassung der Mentoringangebote bei.

3.4.8.3. *Fachliche Voraussetzung bei Mentor*innen*

Die Auswertung der offenen Antworten zeigt bundesweit ein weitgehend konsistentes, zugleich differenziert ausgestaltetes Anforderungsprofil für Mentor*innen in den KW. Fachliche Voraussetzungen werden dabei nicht allein über formale Qualifikationen definiert, sondern als Zusammenspiel aus beruflicher Erfahrung, Rollenkompetenz und professionsbezogener Haltung verstanden.

Nahezu alle Kompetenzzentren benennen eine abgeschlossene Facharztanerkennung, meist in Allgemeinmedizin, als grundlegende Voraussetzung. Häufig wird betont, dass Mentor*innen die Weiterbildung selbst vollständig durchlaufen haben sollen, um die Situation der ÄiW nachvollziehen zu können. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die aktuelle oder langjährige Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung. Mehrere KW heben hervor, dass Mentor*innen mit den gegenwärtigen medizinischen, organisatorischen und psychosozialen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung vertraut sein sollen. Zahlreiche KW benennen zudem kommunikative und beratungsbezogene Fähigkeiten als fachliche Voraussetzung. Diese Kompetenzen werden ausdrücklich als integraler Bestandteil fachlicher Eignung angesehen.

Insgesamt zeigt sich, dass die KW fachliche Voraussetzungen für Mentor*innen breit und professionell definieren. Mentoring wird als anspruchsvolle Tätigkeit verstanden, deren Anforderungen bewusst über klassische medizinische Qualifikationskriterien hinausgehen und so zur Qualitätssicherung der Weiterbildung Allgemeinmedizin beitragen.

3.4.8.4. *Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen*

Die Kriterien für die Auswahl von Mentor*innen im *Einzelmentoring* (vgl. Anlage Tabelle 69) zeigen ein relativ einheitliches Prioritätenmuster. Fachliche Qualifikation, Erfahrung mit der Zielgruppe und Verfügbarkeit werden überwiegend als hoch relevant eingeschätzt. In vielen KW gilt die fachliche Qualifikation als zentrales Kriterium, wobei die Erfahrung mit ÄiW teils sogar höher gewichtet wird. Dies verdeutlicht, dass Einzelmentoring primär als fachlich fundierte, biografisch orientierte Begleitung verstanden wird. Demgegenüber spielt didaktische Kompetenz im Einzelmentoring eine untergeordnete Rolle. Das Einzelmentoring wird entsprechend weniger als Lehr-, sondern als beratungs- und relationsorientiertes Format konzipiert. Auffällig ist zudem die hohe Bedeutung regionaler Nähe, die auf Kontextkenntnis, Erreichbarkeit und regionale Versorgungsrealitäten verweist. Empfehlungen ergänzen die Auswahl, haben jedoch eine nachgeordnete Funktion.

Im *Gruppenmentoring* (vgl. Anlage Tabelle 70) verschieben sich die Gewichtungen teilweise deutlich. Fachliche Qualifikation und Zielgruppenerfahrung bleiben wichtig,

zusätzlich gewinnt die didaktische Kompetenz an Bedeutung, da Gruppenformate höhere Anforderungen an Moderation und Steuerung gruppendynamischer Prozesse stellen. Regionale Nähe wird je nach KW unterschiedlich gewichtet.

Über diese formalen Kriterien hinaus benennen die offenen Antworten qualitative Auswahlaspekte. Hervorgehoben werden eine positive Identifikation mit der Allgemeinmedizin, ein reflektiertes Rollenverständnis sowie die persönliche Eignung und Empathie. Ergänzend werden neben ausreichender Berufserfahrung auch die intrinsische Motivation und Verlässlichkeit betont, da Mentoring als langfristiger Begleitprozess verstanden wird.

In der Zusammenschau zeigt sich, dass die Kompetenzzentren Mentoring nicht als instruktives Lehrformat begreifen. Vielmehr wird das Angebot als personenzentrierte Begleitpraxis konzipiert, bei der Persönlichkeit, Haltung und Passung eine ebenso große Rolle spielen wie formale Qualifikationen. Insgesamt bestätigt sich damit ein hohes Maß an Professionalisierung der Mentoringkonzepte innerhalb der KW.

3.4.8.5. *Schulung und Supervision der Mentor*innen*

Die Freitextantworten zeigen ein breites Spektrum an Schulungsansätzen für Mentor*innen, das von formalisierten Programmen bis zu informellen, begleitenden Lernformen reicht. Gemeinsamer Nenner ist die hohe Bedeutung, die alle KW der Qualifizierung für Qualitätssicherung und Rollenklarheit im Mentoring beimessen.

Mehrere Kompetenzzentren berichten von eigenständigen *Mentor*innenschulungen*, die gezielt in Rolle, Aufgaben und Haltung einführen und grundlegende Beratungs- und Reflexionskompetenzen vermitteln. Teilweise sind diese Konzepte systematisch aus übergeordneten Kompetenzmodellen abgeleitet und verstehen Mentoring als professionelle Rolle mit eigenen Qualifikationsanforderungen. Ein weiterer verbreiteter Ansatz ist die Einbindung von Mentor*innen in bestehende TtT- oder didaktische Fortbildungsformate. Mentoring wird hier eng mit Lehr- und Moderationskompetenzen verknüpft und als Teil eines übergreifenden Qualifizierungssystems konzipiert. Ergänzend nutzen viele KW informelle Formate wie kollegialen Austausch, Fallbesprechungen oder Austauschrunden. Mehrere KW beschreiben zudem kombinierte Modelle aus Einführung, begleitender Unterstützung und Feedback. Neue Mentor*innen werden schrittweise begleitet und ihre Arbeit über Evaluationen reflektiert. Schulung wird dabei als fortlaufender Prozess verstanden, der flexibel an individuelle Vorerfahrungen angepasst ist.

Die Auswertung der Freitextantworten zeigt, dass die *Supervision* der Mentor*innen bundesweit nicht einheitlich formalisiert ist, sondern in vielfältigen Formen stattfindet. Diese reichen von expliziten Supervisionsformaten bis hin zu impliziten, praxisintegrierten Begleit- und Reflexionsformen. Übergreifend wird Supervision dabei als unterstützende und qualitätsentwickelnde Maßnahme verstanden, nicht als Kontrollinstrument.

Ein zentrales Format ist die kollegiale Supervision in Form regelmäßiger Austauschrunden, Fallbesprechungen oder Mentor*innentreffen. Diese erfüllen zentrale

Funktionen wie Reflexion, Einordnung schwieriger Situationen und gegenseitige Unterstützung und gelten als niedrigschwellig und praxisnah. Darüber hinaus wird Supervision in mehreren KW in bestehende Qualifizierungs- und Fortbildungsformate integriert, etwa in Train-the-Trainer-Programme oder Dozierendenqualifizierungen. Mentoring wird hier als Teil eines erweiterten Lehr- und Beratungshandelns verstanden, dessen Reflexion in übergreifende professionelle Entwicklungsprozesse eingebettet ist.

Einige KW beschreiben Supervision zudem als anlassbezogene Unterstützung, die bei besonderen Herausforderungen oder Bedarf aktiviert und auf die Eigeninitiative der Mentor*innen setzt. Ergänzend erfolgt Supervision in Teilen implizit über Koordinationsstrukturen, interne Evaluationen oder Rückmeldeschleifen.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die KW der Qualifizierung von Mentor*innen einen hohen Stellenwert beimessen und dabei unterschiedliche, kontextangepasste Wege verfolgen. Dies unterstreicht den professionellen Anspruch, mit dem Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin bundesweit umgesetzt wird. Supervision in den KW ist weniger als eigenständiges Pflichtformat zu betrachten, sondern als integraler Bestandteil professioneller Begleitung und Qualitätssicherung konzipiert ist – jeweils angepasst an die Strukturen und Ressourcen der einzelnen KW.

3.4.9. Zielerreichung und Wirksamkeit

3.4.9.1. Auslastung und Rekrutierungsschwierigkeiten

Die Analyse der Auslastung der Angebote der KW zeigt insgesamt ein deutlich heterogenes Bild (vgl. Anlage Abbildung 29). Besonders stabil ausgelastet sind die *ÄiW-Begleitseminare*: In der großen Mehrheit der KW erreichen sie eine hohe oder sehr hohe Auslastung (86,7 %). Insgesamt stellen sie das am konstantesten genutzte Angebotsformat dar (s. o. Kapitel 3.4.3.3)

Deutlich geringer und variabler ist die Auslastung der übrigen Formate. *TtT-Fortbildungen* werden überwiegend als gering (53,3 %) oder nur teilweise (26,7 %) ausgelastet beschrieben; hohe Auslastungsquoten sind die Ausnahme (13,3 %). Ähnlich niedrig ist die Nutzung der *Dozierendenqualifizierungen* (53,3 % teilweise ausgelastet; 20 % gering ausgelastet). Besonders schwach ausgeprägt ist die Auslastung im *Einzelmentoring*, das in vielen KW gering (38,5 %) oder sehr gering (23,1 %) genutzt wird. Das *Gruppenmentoring* nimmt eine Mittelstellung ein: Während einzelne KW stabile Teilnehmendenzahlen bzw. eine hohe Auslastung verzeichnen (38,5 %), geben andere überwiegend eine nur teilweise Auslastung an (61,5 %).

Auch bei den Schwierigkeiten der Teilnehmendengewinnung ergeben sich deutliche formatbezogene Unterschiede (vgl. Anlage Abbildung 30). Für die *ÄiW-Begleitseminare* berichten die KW überwiegend von stabiler Nachfrage (73,3 %), während für *TtT-Angebote* häufig teilweise (60 %) oder sogar klare Akquise-Schwierigkeiten (26,7 %) angegeben. Dies verweist auf die spezifische Zielgruppe dieser Formate, deren zeitliche Verfügbarkeit, Motivation und wahrgenommener Nutzen stärker schwanken.

Ein ähnliches, wenn auch etwas abgeschwächtes Bild zeigt sich bei den Dozierendenqualifizierungen, die ebenfalls eine begrenzte Zielgruppe adressieren. Für das Einzelmentoring ergibt sich ein dazwischenliegendes Muster: Ein Teil der KW berichtet von stabiler Nachfrage (38,5 %), andere hingegen von teilweisen (38,5 %) oder ausgeprägten Schwierigkeiten (23,1 %), was auf den erhöhten organisatorischen Aufwand und die individuelle Ausrichtung des Formats hindeutet. Das Gruppenmentoring ist vergleichsweise weniger problematisch, wenngleich auch hier regionale und kontextuelle Faktoren eine Rolle spielen.

Im Vergleich zur standortübergreifenden Evaluation von 2022 bestätigt sich die Grundstruktur: Schwierigkeiten treten vor allem bei freiwilligen Zusatz- oder Spezialisierungsangeboten auf, während curricular eingebundene Formate stabil genutzt werden.

3.4.9.2. *Abbrüche der Angebote*

Die Analyse der Abbruchquoten zeigt über alle Angebotsarten hinweg ein insgesamt niedriges und stabiles Niveau (vgl. Anlage Tabelle 72). Im Durchschnitt liegen die Abbruchquoten zwischen nahezu null und etwa sechs Prozent, vereinzelt treten jedoch höhere Werte bis zu 20 % auf. Besonders gering sind die Abbruchquoten bei den TtT-Angeboten und im Einzelmentoring, während sie bei den ÄiW-Begleitseminaren und den Dozierenden-Qualifizierungen im moderaten Bereich liegen.

Gleichzeitig fällt eine vergleichsweise hohe Streuung der Angaben auf, insbesondere bei den ÄiW-Begleitseminaren, den Dozierenden-Qualifizierungen und dem Gruppenmentoring (jeweils ca. sechs Prozent Standardabweichung). Diese Varianz lässt sich unter anderem durch verschiedene Angebotsformate und regionale Rahmenbedingungen, aber auch uneinheitliche Erfassungspraktiken und Abbruchdefinitionen erklären. Das Gruppenmentoring weist tendenziell etwas höhere Abbruchquoten auf, was mit geringerer zeitlicher Flexibilität und der Notwendigkeit kontinuierlicher Teilnahme zusammenhängen dürfte.

Für die *Abbruchgründe* liegen auswertbare Antworten von mindestens zehn KW vor. Die Freitextantworten zeigen, dass Abbrüche nur selten aus mangelnder Attraktivität der Angebote resultieren.

Am häufigsten genannt werden Zeitmangel, hohe Arbeitsbelastung, fehlende Freistellung, Dienstverpflichtungen sowie organisatorische Faktoren wie Terminüberschneidungen und geringe Planbarkeit. Besonders betroffen sind ÄiW im stationären Bereich, auf deren Dienst- und Personalsituation die KW kaum Einfluss haben. Hinweise auf mangelnde Motivation oder Unzufriedenheit mit den Angeboten finden sich hingegen kaum, was die Ergebnisse früherer Evaluationen bestätigt.

Bei den *ÄiW-Begleitseminaren* dominieren zeitliche und lebensphasenbezogene Gründe wie Arbeitsbelastung, fehlende Freistellung, Elternzeit, Umzüge oder Arbeitgeberwechsel sowie ein Wechsel oder Abbruch der Weiterbildung. Inhaltliche Kritik spielt hier nahezu keine Rolle.

Für die *Train-the-Trainer-Angebote* stehen arbeitsorganisatorische und motivationale Gründe im Vordergrund. Genannt werden vor allem Zeitmangel, fehlende Verpflichtung zur Teilnahme und ein als gering eingeschätzter Zusatznutzen, insbesondere bei bereits erfahrenen Weiterbildenden. Abbrüche spiegeln hier häufig eine Kosten-Nutzen-Abwägung wider. Ähnliche Muster zeigen sich bei den Dozierenden-Qualifizierungen.

Im *Einzel- und Gruppenmentoring* zeigen sich Abbrüche überwiegend lebensphasenbedingt, etwa durch Schwangerschaft, Elternzeit, hohe zeitliche Belastung oder fehlenden akuten Bedarf. Häufig handelt es sich nicht um endgültige Abbrüche, sondern um temporäre Pausen.

Über alle Angebotsformate hinweg lassen sich vier Hauptkategorien von Abbruchgründen identifizieren: arbeits- und strukturelle Faktoren, lebensphasen- und biografische Aspekte, motivationale Erwägungen sowie Informations- und Zugangsbarrieren. Insgesamt zeigt sich klar, dass Abbrüche überwiegend auf externe Rahmenbedingungen und individuelle Lebenslagen zurückzuführen sind und nur selten auf inhaltliche oder didaktische Defizite der Angebote selbst.

Insgesamt sprechen die niedrigen Abbruchquoten für eine hohe Akzeptanz und Bindungswirkung der KW-Angebote. Ihre Interpretation erfordert jedoch Zurückhaltung, da die Angaben teils auf Schätzungen beruhen und Abbrüche nicht überall systematisch erfasst werden. Teilnahmeunterbrechungen – etwa durch Elternzeit oder berufliche Veränderungen – sind zudem nicht eindeutig von endgültigen Abbrüchen abzugrenzen.

3.4.9.3. Gründe für die Nicht-Nutzung der Angebote

Zu dieser Frage liegen von der großen Mehrheit der KW Freitextantworten vor. Auch wenn die Angaben nicht standardisiert erhoben wurden, lassen sich wiederkehrende Gründe für die Nichtnutzung der KW-Angebote identifizieren. Diese betreffen vor allem Zeit- und Arbeitsbelastung, strukturelle Rahmenbedingungen, lebensphasenbezogene Faktoren sowie Informations- und Relevanzaspekte.

Am häufigsten genannt wird Zeitmangel infolge hoher beruflicher Belastung, insbesondere durch Schichtarbeit, Terminkonflikte und begrenzte zeitliche Selbststeuerung im stationären Weiterbildungsteil. Eng damit verknüpft ist die fehlende oder erschwerte Freistellung für Weiterbildungsangebote. Mehrere KW berichten, dass insbesondere in Kliniken KW-Angebote als freiwillig und nachrangig wahrgenommen werden.

Ein weiterer zentraler Faktor sind biografische und lebensphasenbezogene Gründe wie Schwangerschaft, Elternzeit, Kinderbetreuung, Care-Arbeit sowie Umzüge oder Arbeitgeberwechsel. In diesen Phasen werden zusätzliche Qualifizierungsangebote häufig zurückgestellt. Die Nichtnutzung ist dabei meist temporär und nicht als grundsätzliche Ablehnung zu interpretieren.

Häufig wird zudem angegeben, dass Angebote nicht ausreichend bekannt sind, insbesondere bei neu eingeschriebenen ÄiW, Ärzt*innen im stationären Weiterbildungsteil oder Quereinsteigende. Daneben spielen subjektive Relevanzeinschätzungen eine Rolle; genannt werden etwa fehlender akuter Bedarf oder die Nutzung anderer Netzwerke. Schließlich verweisen mehrere KW auf Konkurrenzangebote anderer Akteure, die teils verpflichtender, zeitlich kompakter oder besser etabliert sind und daher priorisiert werden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Nicht-Nutzung nur selten auf inhaltliche Defizite zurückzuführen ist, sondern überwiegend durch externe, strukturelle und lebensweltliche Faktoren erklärt werden kann. Dieses Muster bestätigt die erste standortübergreifende Evaluation (Zich et al. 2022).

3.4.10. Öffentlichkeitsarbeit

3.4.10.1. *Bewerbung der Angebote*

Die Auswertung der offenen Antworten zeigt, dass die Bewerbung der KW-Angebote breit, mehrkanalig und nach Angebotsarten differenziert erfolgt. In der Regel wird eine Kombination verschiedener Kommunikationswege genutzt, deren Gewichtung je nach Zielgruppe, Format und regionalem Kontext variiert. Über alle Angebote hinweg dominieren digitale und institutionell angebundene Kanäle wie die eigene Homepage, E-Mail-Verteiler (z. B. über KV, ÄK oder Weiterbildungsverbünde) oder Newsletter. Persönliche und netzwerkbasierte Ansprache spielt ebenfalls eine wichtige, jedoch kontextabhängige Rolle.

Zwischen den Angebotsformen zeigen sich deutliche Unterschiede. ÄiW-Begleitseminare werden am umfassendsten beworben, häufig auch über Informationsveranstaltungen, Weiterbildungstage oder universitäre Lehrformate. TtT-Angebote und Dozierenden-Qualifizierungen richten sich an eng definierte Zielgruppen und werden entsprechend stärker über direkte Ansprache kommuniziert. Einzel- und Gruppenmentoring werden dagegen häufig nicht öffentlich beworben, sondern überwiegend über persönliche Empfehlungen vermittelt.

Darüber hinaus setzen die KW unterschiedliche Akzente in Abhängigkeit von institutionellen Strukturen, regionalen Bedingungen und verfügbaren Ressourcen. Größere KW mit universitärer Anbindung verfolgen teils umfangreiche Strategien mit starker Präsenz in Lehr- und Alumni-Kontexten, während kleinere oder ländlich geprägte KW bewusst ressourcenschonende, niedrighschwellige Ansätze wählen, die vor allem auf Newsletter, persönliche Kontakte und regionale Netzwerke gestützt sind.

Die Mehrheit der KW benennt feste Ansprechpersonen für ihre Angebote und kommuniziert diese sichtbar nach außen. In vielen Fällen sind zumindest für zentrale Angebotsbereiche wie ÄiW-Begleitseminare, Mentoring oder TtT-Formate konkrete Kontaktpersonen mit Namen, Funktion und Kontaktdaten ausgewiesen sind, meist über die Homepage. Unterschiede bestehen im Grad der Ausdifferenzierung. Während einige für jedes Angebot spezifische Zuständigkeiten benennen, setzen andere auf

zentrale Kontaktstellen, die Anfragen intern weiterleiten. Sichtbarkeit ist damit grundsätzlich gegeben, jedoch nicht immer format- oder angebotsbezogen differenziert.

Auffällig ist, dass personell stärker ausgestattete oder standortübergreifend organisierte Kompetenzzentren häufiger über differenzierte Zuständigkeiten berichten. Beispiele wie Bayern oder Nordrhein verdeutlichen, dass dort eine klare Zuordnung von Ansprechpartner*innen als Voraussetzung für Erreichbarkeit, Steuerung und Kommunikation verstanden wird. Kleinere oder ressourcenschwächere KW greifen dagegen häufiger auf zentralisierte Kontaktstrukturen zurück, etwa über Funktionsadressen oder eine koordinierende Person.

Zusammenfassend ist die sichtbare Kommunikation fester Ansprechpersonen in den KW weitgehend etabliert. Unterschiede im Differenzierungsgrad lassen sich vor allem durch organisatorische und personelle Rahmenbedingungen erklären.

3.4.10.2. Vorstellung der KW-Angebote an Universitäten

Die Vorstellung von KW-Angeboten an Universitäten zeigt ein heterogenes, jedoch grundsätzlich nachvollziehbares Bild. Alle KW nutzen universitäre Kontexte gezielt zur Sichtbarmachung der eigenen Angebote, insbesondere als frühen Kontaktpunkt im Übergang vom Studium in die Weiterbildung. Die Universität wird dabei als ergänzende Schnittstelle zu den etablierten Kommunikationswegen über Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und Weiterbildungsverbünde verstanden.

Inhaltlich konzentrieren sich die Aktivitäten überwiegend auf fortgeschrittene Studienabschnitte, insbesondere das Praktische Jahr (PJ). Häufig genannt werden PJ-Einführungsveranstaltungen, PJ-Seminare oder spezifische PJ-Mentoringangebote. Informationsveranstaltungen im Kontext allgemeinmedizinischer Lehrangebote oder spezieller Schwerpunktsetzungen, beispielsweise innerhalb der Landarztquote, ergänzen die Ansprache. Die universitäre Ansprache richtet sich damit primär an Studierende, die sich bereits am Ende des Studiums befinden und eine berufliche Orientierung in Richtung Weiterbildung benötigen.

Die organisatorische Einbettung der universitären Vorstellung variiert zwischen den KW. Während einige über regelmäßige, strukturell verankerte Formate berichten, erfolgt die universitäre Vorstellung andernorts anlassbezogen oder projektförmig. Umfang und Regelmäßigkeit hängen dabei maßgeblich von personellen Ressourcen, individuellen Lehrkontakten und der institutionellen Anbindung des KW ab. Gleichzeitig zeigen die Freitexte, dass universitäre Aktivitäten in der Regel als primäre Aufgabe der KW verstanden werden, sondern als Ergänzung zur Ansprache bereits eingeschriebener ÄiW.

Zusammenfassend stellt die universitäre Vorstellung der KW-Angebote kein einheitlich etabliertes Element dar, sondern ist stark abhängig von strukturellen Rahmenbedingungen, institutioneller Einbindung und Ressourcen. Wo eine enge Verbindung zu allgemeinmedizinischen Instituten besteht und entsprechende Lehrkontakte vorhanden sind, wird die Universität gezielt als Ort der frühen Information genutzt.

Unterschiede zwischen KW spiegeln dabei überwiegend institutionelle Voraussetzungen, weniger divergierende Zielsetzungen.

3.4.11. Kooperation und Vernetzung

3.4.11.1. *Kooperationsvereinbarung*

Die Auswertung aller 15 Kompetenzzentren zeigt insgesamt ein hohes Maß an formalisierter Kooperation mit zentralen Akteuren der allgemeinmedizinischen Weiterbildung (vgl. Anlage Tabelle 73).

Am einheitlichsten ist die Einbindung allgemeinmedizinischer Lehrstühle bzw. Institute: Alle KW berichten entsprechende Kooperationsvereinbarungen, was die enge strukturelle Anbindung an die akademische Allgemeinmedizin und deren Bedeutung für Inhalt, Curriculum und Organisation der Angebote unterstreicht.

Auch KoStA bzw. Aufgabenträger nach § 7 Abs. 3 der Fördervereinbarung sind in der Mehrheit der KW formal eingebunden. Nur wenige Standorte berichten keine entsprechende Vereinbarung, was insgesamt auf eine etablierte arbeitsteilige Zusammenarbeit in der regionalen Weiterbildungscoordination hinweist.

Kooperationsvereinbarungen mit KV und LÄK sind ebenfalls weit verbreitet. In den meisten KW sind beide Akteursgruppen formell eingebunden⁴² und übernehmen zentrale Funktionen etwa bei Förderadministration, Anerkennung und rechtlichen Fragen der Weiterbildung. Einzelne Abweichungen deuten auf alternative Abstimmungsformen oder historisch gewachsene Sonderregelungen hin.

Heterogener stellt sich die Situation bei LKG dar: Während zehn KW entsprechende Kooperationen berichten, fehlen sie in fünf KW, was auf eine regional unterschiedliche Priorisierung der stationären Versorgungsebene verweist. Ähnlich unterschiedlich ist die Einbindung universitärer medizindidaktischer Einrichtungen, die in rund zwei Drittel der KW formell kooperativ eingebunden ist. Andere KW decken didaktische Expertise über allgemeinmedizinische Institute oder informelle Netzwerke ab.

Weitere Kooperationen mit Verbänden, Fortbildungsakademien oder Hochschulen werden vereinzelt genannt und ergänzen die Kernstruktur punktuell. Insgesamt zeigt sich eine stabile, institutionell breit abgestützte Kooperationsarchitektur der KW, die sich vor allem auf universitäre allgemeinmedizinische Einrichtungen sowie KV und LÄK stützt. Unterschiede in der formalen Einbindung einzelner Akteure erklären sich überwiegend durch regionale Bedarfe und historische Entwicklungen.

3.4.11.2. *Kooperation mit verschiedenen Akteuren*

Die Auswertung zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Akteursgruppen hinsichtlich Einbindungsintensität (vgl. Anlage Abbildung 31), Kooperationshäufigkeit

⁴² Hier zeigt sich ein Widerspruch zu den Vorgaben in § 75a SGB V Anlage IV die vorgibt, dass die zuständige KV und LÄK durch Kooperationsvereinbarungen beteiligt sind.

(vgl. Anlage Tabelle 74) und Zufriedenheit (vgl. Anlage Tabelle 75) mit der Zusammenarbeit.

Am stärksten und konsistentesten eingebunden sind allgemeinmedizinische Lehrstühle bzw. Institute. Die Kooperation ist nahezu flächendeckend formell geregelt, erfolgt überwiegend mit hoher Frequenz (meist wöchentlich oder monatlich) und wird von nahezu allen KW als sehr zufriedenstellend bewertet (73,3 %).

Auch KoStA sowie KV sind in der Mehrheit der KW eingebunden. Während KoStA⁴³ meist in moderater Intensität kooperieren und differenzierter bewertet werden (60 % positive Bewertung; 26,7 % teils/teils), wird die Zusammenarbeit mit den KVen⁴⁴ überwiegend regelmäßig und überwiegend positiv eingeschätzt (80,0 % (sehr) zufrieden). Die LÄK⁴⁵ sind ebenfalls etabliert eingebunden, werden jedoch hinsichtlich Qualität und Passung regional unterschiedlicher bewertet (73,4 % (sehr) zufrieden; 26,7 % teils/teils).

Deutlich heterogener ist die Kooperation mit LKG⁴⁶. Hier reichen die Angaben von regelmäßigen Kontakten bis hin zu fehlender Zusammenarbeit; entsprechend polarisiert fallen auch die Zufriedenheitsbewertungen aus (33,4 % (sehr) zufrieden; 26,7 % teils/teils; 26,7 % unzufrieden). Ähnlich uneinheitlich ist die Einbindung universitärer medizindidaktischer Einrichtungen, die nur in etwa zwei Dritteln der KW kooperativ eingebunden sind und eher ergänzende Rollen einnehmen.

Die Einbindung von Einrichtungen der Bildungs- und Versorgungsforschung bleibt insgesamt gering. Weiterbildungsverbünde werden zwar häufig einbezogen, sind jedoch meist nur lose kooperativ angebunden (53,3 % teils/teils; 33,3 % zufrieden). MVZ sowie Kliniken stellen eher punktuell und kontextabhängig eingebundene Akteure dar.

In der Gesamtschau zeigt sich ein klar strukturiertes, aber differenziertes Kooperationsfeld. Der Fokus liegt auf Akteuren mit zentraler Bedeutung für die ärztliche Weiterbildung – insbesondere universitäre allgemeinmedizinische Einrichtungen sowie KV und LÄK. Andere Akteursgruppen werden dagegen ergänzend und kontextabhängig eingebunden. Insgesamt spricht dies für eine flexible, aber vor allem um zentrale Kernakteure verdichtete Kooperationsarchitektur der KW.

3.4.11.3. KV-bezirksübergreifende Kooperationen

Vier der 15 Kompetenzzentren berichten über KV-bezirksübergreifende Kooperationen, während elf solche Zusammenarbeit verneinen. Diese Kooperationsform stellt damit bislang kein flächendeckend etabliertes Merkmal dar.

⁴³ Zich et al. 2022: 50,0% zufrieden, 28,6 % teils/teils, 7,1 % unzufrieden, 7,1 % keine Angabe

⁴⁴ Zich et al. 2022: 64,3 % zufrieden, 35,7 % teils/teils

⁴⁵ Zich et al. 2022: 50,0 % zufrieden, 42,9 % teils/teils, 7,1 % nicht zufrieden

⁴⁶ Zich et al. 2022: 21,4 % zufrieden, 35,7 % teils/teils, 21,4 % nicht zufrieden, 7,1 % keine Angabe, 14,3 % keine Kooperation.

Die offenen Angaben zeigen ein konsistentes Muster: KV-bezirksübergreifende Kooperationen beziehen sich nahezu ausschließlich auf die Zusammenarbeit zwischen KW, etwa bei gemeinsamen Veranstaltungen, Hospitationen, Schulungsformaten sowie themenspezifisch etwa im Bereich des Mentoring oder der TtT-Angebote. Ergänzend werden Netzwerke wie das DNKW oder Strukturen der DEGAM genannt, die als Plattformen für Austausch und Vernetzung dienen, ohne formale Verwaltungsstrukturen zu erfordern.

Insgesamt sind KV-bezirksübergreifende Kooperationen überwiegend informell, projekt- oder themenbezogen organisiert und entstehen bottom-up aus fachlichem Austausch. Ihre begrenzte Verbreitung spiegelt vermutlich die starke regionale Verankerung der KW wider, zugleich aber auch ein vorhandenes, bislang punktuell genutztes Potenzial für überregionalen Wissenstransfer und Vernetzung.

3.4.11.4. Verbundweiterbildung

Sechs der 15 KW (40,0 %) geben an, an Verbundweiterbildungen beteiligt zu sein; neun KW (60,0 %) verneinen eine entsprechende Beteiligung. Damit ist die Verbundweiterbildung für weniger als die Hälfte der KW ein aktives Aufgabenfeld. Der hohe Anteil nicht beteiligter KW weist darauf hin, dass viele Zentren ihre Rolle primär in anderen Funktionen sehen, etwa in der Qualifizierung, Beratung, Vernetzung oder Begleitung von ÄiW, ohne selbst aktiv als Träger oder Mitgestalter von Weiterbildungsverbünden aufzutreten.

3.4.11.5. Hospitation

Hospitationen zwischen den Mitarbeitenden der KW sind als wichtiges Instrument des interorganisationalen Lernens in § 5 Absatz 9 der Anlage IV zur Fördervereinbarung vorgesehen.⁴⁷ Die Ergebnisse (vgl. Anlage Abbildung 32) zeigen für die Jahre 2023 bis 2025 eine stabile Beteiligung: Pro KW nehmen durchschnittlich rund 1,4 bis 1,5 Mitarbeitende jährlich an Hospitationen teil.

Die Zahl der besuchten Veranstaltungen liegt in einem ähnlichen Bereich und zeigt keinen nachhaltigen Aufwärtstrend. Mitarbeitende besuchten im Mittel rund 1,3 bis 1,5 andere KW pro Jahr.

Insgesamt zeigen die Daten, dass Hospitationen zwischen den KW regelmäßig stattfinden. Vor dem Hintergrund ihres Potenzials für Wissenstransfer und Good-Practice-Austausch deuten die Ergebnisse auf bislang begrenzte Nutzung interinstitutioneller Lernmöglichkeiten, die über die von der GE organisierten Best-Practice Foren und Workshops hinaus gehen.

⁴⁷ Zu den verpflichtenden Aufgaben eines jeden KW gehört die Hospitation mit einem fachlichen Mitarbeitenden bei mindestens einem Veranstaltungstag eines anderen KW.

3.4.11.6. Geplante Vernetzungsaktivitäten

Zwölf der 15 KW (80 %) berichten über geplante, bislang nicht realisierte Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten; drei KW nennen keine zusätzlichen Vorhaben. Vernetzungsarbeit wird damit von der großen Mehrheit als Entwicklungsfeld gesehen.

Die offenen Angaben zeigen ein inhaltlich vielfältiges, aber klar strukturiertes Spektrum geplanter Aktivitäten. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Ausbau KW-übergreifender Kooperationen (z. B. gemeinsame Angebote, Hospitationen, Best-Practice-Formate) sowie der intensiveren Nutzung bestehender Netzwerke wie des DNKW für das wechselseitige Lernen. Daneben werden themenspezifische Kooperationen genannt, etwa im Bereich TtT-Formate, digitale und hybride Lehre sowie die gemeinsame Weiterentwicklung von Angeboten angesichts neuer fachlicher oder didaktischer Anforderungen.

Ein weiterer Schwerpunkt betrifft die stärkere Vernetzung mit externen Akteuren, etwa Hausärzteverbänden, weiteren Weiterbildungsinitiativen oder punktuell auch Hochschulen außerhalb der klassischen universitären Medizin. Ergänzend benennen einige KW vorbereitende Schritte wie die systematische Erfassung potenzieller Kooperationspartner oder konzeptionelle Überlegungen zu künftigen Austauschformaten.

Die hohe Zahl geplanter Vorhaben signalisiert Entwicklungsbereitschaft, verweist zugleich aber auch auf begrenzte personelle und strukturelle Umsetzungskapazitäten. Aussagen zur konkreten Umsetzung oder zeitlichen Realisierung lassen sich aus den Angaben nur eingeschränkt ableiten.

Im Vergleich zur ersten standortübergreifenden Evaluation (Zich et al. 2022) zeigt sich jedoch eine deutliche strategische Verdichtung der Vernetzungspläne: Statt punktueller Bedarfsbekundungen treten nun breiter angelegte, strategisch reflektierte Ausbauplanungen in den Vordergrund; gleichzeitig verweisen die Angaben auf begrenzte personelle und strukturelle Umsetzungskapazitäten.

3.4.12. Weiterentwicklung

Die Auswertung der Freitextantworten zeigt einen klaren *Entwicklungsfokus* der KW auf den Ausbau, die Differenzierung und die stärkere Verzahnung bestehender Angebote entlang zentraler Übergänge der ärztlichen Qualifizierung. Geplant sind insbesondere neue Formate an den Schnittstellen von Studium, Weiterbildung und fachärztlicher Tätigkeit sowie eine stärkere Digitalisierung.

Mehrere KW adressieren gezielt den Übergang vom Studium in die Weiterbildung, etwa durch den Ausbau des PJ-Mentorings sowie niedrigschwellige Orientierungs- und Schnupperangebote. Ergänzend gewinnen Alumni-Programme und Angebote für die frühe Phase nach der Facharztanerkennung an Bedeutung, um Vernetzung und Begleitung zu sichern.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Digitalisierung und Flexibilisierung der Angebote. Geplant sind neue oder ausgebaut eLearning-Formate, insbesondere für TtT-

und Dozierendenqualifizierungen, sowie digitale Wissens- und Lernplattformen. Ziel ist eine bessere zeitliche und inhaltliche Zugänglichkeit der Angebote.

Im Bereich Mentoring und Qualifizierung Weiterbildungsbefugter sind inhaltliche und strukturelle Erweiterungen vorgesehen, darunter modularisierte TtT-Programme, Near-Peer-Konzepte, KW-übergreifende Austauschformate und teilweise neue Zertifikatsangebote. Auch werden praxisnahe und innovative Formate wie regionale Vernetzungsangebote, Podcast-Elemente sowie niedrigschwellige Austauschformate. Inhaltlich rücken neue Querschnittsthemen und spezifische Zielgruppen stärker in den Fokus. Die geplanten Angebote zielen damit auf eine bessere Reichweite, Passgenauigkeit sowie Qualität und Verzahnung der Weiterbildung. Die KW positionieren sich damit zunehmend als lebensphasenübergreifende Begleitstrukturen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Die Mehrheit der KW (64 %) gibt an, geplante, bislang nicht umgesetzte *Weiterentwicklungen* zu verfolgen und signalisiert damit einen hohen Entwicklungs- und Innovationsanspruch. Nur einzelne KW – darunter Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein – benennen aktuell keine neuen Vorhaben, was überwiegend auf Konsolidierungsphasen bestehender Angebote verweist.

Die offenen Angaben zeigen bedarfsorientierte Weiterentwicklungspläne. Über alle KW hinweg lassen sich vier Entwicklungsrichtungen erkennen: Digitalisierung und Flexibilisierung, Ausbau von Übergangs- und Zielgruppenformaten, Weiterentwicklung von Qualifizierungs- und Mentoringstrukturen sowie stärkere Kooperation und KW-übergreifende Vernetzung. Hervorzuheben ist hier das KW Baden-Württemberg, das eine umfassende, lebensphasenorientierte Weiterentwicklungsstrategie verfolgt. Geplant sind unter anderem der Ausbau des PJ-Mentorings, strukturierte Alumni-Angebote sowie neue curriculare Schwerpunkte.

Auch Berlin und Brandenburg verfolgen klar konturierte Innovationsvorhaben. Berlin legt den Fokus auf neue Formate an der Schnittstelle zwischen Weiterbildung und fachärztlicher Tätigkeit, während Brandenburg vor allem digitale und praxisnahe Angebote plant, darunter ein eLearning-Programm für TtT- und Dozierendenqualifizierungen sowie innovative Vernetzungsformate. In Bayern steht die Umstellung auf eine zentrale Online-Wissensplattform im Mittelpunkt, ergänzt durch KW-übergreifende Angebote und stärkere Einbindung in überregionale Netzwerke. Das KW Hessen konzentriert sich auf die Weiterentwicklung bestehender Strukturen, insbesondere durch modularisierte TtT-Programme, den Ausbau digitaler Formate und die Stärkung des Mentorings über Near-Peer-Ansätze.

Insgesamt wird die Weiterentwicklung der Angebote von den KW als kontinuierlicher, evaluativ begleiteter Prozess verstanden. Ziel ist es, Zugänglichkeit, Passgenauigkeit und Anschlussfähigkeit zu erhöhen, ohne bestehende Strukturen grundlegend zu verändern.

Im Vergleich zur Evaluation von 2022 zeigt sich eine deutliche Weiterentwicklung insbesondere im Bereich digitaler und modularer Formate – diese sind inzwischen

weitgehend konkretisiert und teilweise umgesetzt worden. Der Ausbau von Online-, Hybrid- und eLearning-Angeboten hat damit erkennbar an Substanz gewonnen und überwindet frühere Ressourcenhemmnisse zumindest teilweise.

3.5. Ergebnisse der Erhebung der KoStA

3.5.1. Zentrale Aufgaben der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin

Der Erhebung zufolge sehen auch die befragten KoStA⁴⁸ in der Beratung und Begleitung von ÄiW sowie von weiterbildungsbefugten Ärzt*innen ihre Kernaufgabe. Diese Beratung umfasst regelmäßig die individuelle Weiterbildungsplanung, Fragen zur Weiterbildungsordnung, Förderbedingungen und organisatorische Aspekte der ambulant-stationären Rotation. Flankierend übernehmen nahezu alle KoStA die Initiierung, den Ausbau und die Betreuung von Weiterbildungsverbünden, um eine kontinuierliche, strukturierte und sektorübergreifende Weiterbildung zu ermöglichen. Dabei fungieren sie zugleich als Vermittlungs- und Informationsstellen zwischen weiterbildenden Praxen, Krankenhäusern, Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Ergänzend werden Aufgaben der Stellenvermittlung, der Organisation bzw. Koordination von Informations- und Qualifizierungsangeboten (z. B. Infoveranstaltungen oder TtT-Formate, z. T. arbeitsteilig mit dem KW) sowie der Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit genannt.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass Unterschiede weniger im Grundverständnis der Aufgaben als vielmehr in deren organisatorischer Ausgestaltung, institutioneller Einbindung und operativen Tiefe bestehen.

3.5.2. Umfang und Zufriedenheit in der Kooperation mit KW

Die Auswertung zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen den KoStA und den KW in allen befragten KV-Bezirken regelmäßig stattfindet und insgesamt sehr positiv bewertet wird. Keine KoStA gibt an, gar nicht mit dem KW zu kooperieren, was auf eine flächendeckende institutionelle Verzahnung⁴⁹ hinweist.

Gleichzeitig wird eine deutliche Varianz in der Kooperationsintensität sichtbar. In Bayern, Schleswig-Holstein und Thüringen erfolgt die Zusammenarbeit mindestens wöchentlich und wird als „sehr zufrieden“-stellend bewertet. In Berlin, Hessen, Niedersachsen und dem Saarland findet die Kooperation mindestens monatlich statt;

⁴⁸ Die KoStA wurden ab 2010/2011 eingerichtet und ab 2012 flächendeckend in den KV-Bezirken etabliert. Beteiligt sind die jeweils zuständige KV sowie die LKG unter Einbezug der LÄK. Nach der Fördervereinbarung gemäß § 75a SGB V haben sie vor allem die Aufgabe zur Koordination und Organisation der Weiterbildungsförderung, in dem sie eine Informationsplattform und Vermittlungsstelle für die ÄiW und Weiterbildenden stellen und neue Weiterbildungsverbünde initiieren oder bestehende unterstützen. Dabei gehören u. a. auch die individuelle Beratung bzw. Unterstützung bei Förderfragen zu den Aufgaben.

⁴⁹ Anzumerken ist hier, dass gem. § 8 in begründeten Fällen auch die KoStA des jeweiligen KV-Bezirks Anträge auf Förderung einer KW stellen können. In der Befragung hat lediglich die KoStA Thüringen angegeben, dass der Antrag zur Förderung des KW in diesem KV-Bezirk durch die KoStA gestellt wurde. Vor der KW-Förderung ab 2017 gab es in Thüringen bereits ein Weiterbildungskolleg, das durch die KoStA angeboten wurde. Um Doppelstrukturen zu vermeiden, wurden die Angebote der KoStA in das KW überführt.

auch hier äußern die KoStA durchgängig hohe Zufriedenheit. Die KoStA Westfalen-Lippe berichtet von monatlichem Austausch bei gemischter Zufriedenheit („teils/teils“). Quartalsweise Kooperationen werden aus Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen gemeldet und jeweils als „eher zufrieden“ bewertet. Dieses Muster lässt darauf schließen, dass auch bei geringerer Kooperationsfrequenz funktionierende Arbeitsbeziehungen bestehen, zugleich aber ein gewisser Optimierungsbedarf gesehen wird – etwa im Hinblick auf Austauschhäufigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit oder Abstimmungsprozesse.

Zusammenfassend zeigt die Tabelle 76 (Anlage), dass die Kooperation zwischen KoStA und KW bundesweit durchgängig etabliert ist und überwiegend positiv bewertet wird. Besonders hohe Zufriedenheit geht tendenziell mit einer engen und regelmäßigen Zusammenarbeit einher. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass auch bei geringerer Kooperationsfrequenz tragfähige Arbeitsbeziehungen möglich sind, diese jedoch eher als eher zufriedenstellend denn als optimal bewertet werden. Neben der Häufigkeit erweisen sich vor allem Verlässlichkeit, Rollenklarheit und strukturelle Einbettung zentrale Erfolgsfaktoren.

3.5.3. Inhaltliche Ausgestaltung der Kooperation

Insgesamt zeigt sich ein überwiegend arbeitsteiliges, kooperatives und klar rollendifferenziertes Zusammenwirken zwischen KoStA und KW, das in den meisten KV-Bezirken als stabil und konstruktiv beschrieben wird. Inhaltlich konzentriert sich die Kooperation in nahezu allen Regionen auf gemeinsame oder abgestimmte Qualifizierungs- und Informationsangebote für ÄiW und bzw. oder Weiterbildende. Besonders häufig genannt werden Train-the-Trainer-Formate, Begleitseminare, Mentoring-Programme und Informationsveranstaltungen, die entweder gemeinsam durchgeführt oder klar zwischen KoStA und KW aufgeteilt sind. Die KoStA übernehmen dabei überwiegend Beratungs-, Vermittlungs- und Strukturierungsaufgaben (z. B. Weiterbildungsplanung, Verbundkoordination, Förderberatung), während die KW stärker für inhaltlich-didaktische Weiterbildungsformate verantwortlich sind. Diese funktionale Aufgabenteilung wird von vielen Befragten explizit als Mechanismus zur Vermeidung von Doppelstrukturen hervorgehoben.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die inhaltliche Kooperation zwischen KoStA und KW in der Fläche überwiegend ergänzend, koordiniert und auf Vertrauen basierend ausgestaltet ist. Unterschiede zwischen den KV-Bezirken ergeben sich weniger im Grundverständnis der Zusammenarbeit als vielmehr im Grad ihrer Formalisierung, institutionellen Integration und operativen Verzahnung.

3.5.4. Entwicklung der Zusammenarbeit

Auf Basis der Antworten zur Frage „Wie hat sich die Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Weiterbildung seit Beginn der Förderung entwickelt?“ zeigt sich über alle befragten KV-Bezirke hinweg ein klar positiver Entwicklungsverlauf der Zusammenarbeit zwischen KoStA und KW. Die Kooperation wird überwiegend als zunehmend intensiver, strukturierter und vertrauensvoller beschrieben.

In der Mehrzahl der KoStA wird betont, dass sich die Zusammenarbeit seit Förderbeginn schrittweise gefestigt habe. Wiederkehrende Formulierungen wie „positiv“, „sehr gut etabliert“, „enger geworden“ oder „kontinuierlich verbessert“ deuten darauf hin, dass auf anfängliche Abstimmungsbedarfe im Zeitverlauf mit klareren Rollenverständnissen, regelmäßigen Austauschformaten und persönliche Arbeitsbeziehungen reagiert wurde. Insbesondere die Zusammenarbeit auf operativer Arbeitsebene wird häufig als Treiber dieser positiven Entwicklung genannt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Kooperation zwischen KoStA und KW seit Beginn der Förderung in nahezu allen KV-Bezirken klar verbessert und professionalisiert hat. Die Förderung wirkt dabei als Katalysator für institutionelle Annäherung, Vertrauensbildung und funktionale Arbeitsteilung. Besonders erfolgreich erscheint die Kooperation dort, wo sie entweder frühzeitig formal geregelt oder organisatorisch eng integriert wurde.

3.5.5. Angebote für ÄiW und Weiterbildende

Fünf KoStA geben an, selbst Seminarangebote für ÄiW durchzuführen, während sieben KoStA keine entsprechenden Angebote unterbreiten. Dort, wo eigene Formate angeboten werden, konzentrieren sich die Inhalte überwiegend auf organisatorische, strukturbezogene und praxisnahe Aspekte der Weiterbildung Allgemeinmedizin, etwa zur Weiterbildungsordnung, zur individuellen Weiterbildungsplanung, zum eLogbuch, zu rechtlichen und förderbezogenen Rahmenbedingungen und typischen „Fallstricken“ im Weiterbildungsverlauf. Diese Angebote adressieren damit weniger medizinisch-fachliche Inhalte als vielmehr die Steuerung und erfolgreiche Gestaltung der Weiterbildung.

In sechs der betrachteten KV-Bezirke bieten die KoStA an zudem eigene *Angebote für Weiterbildende* durchzuführen⁵⁰, während sechs KoStA solche Angebote verneinen. Diese Angebote finden häufig im Rahmen der Weiterbildungsverbünden (z. B. Informationsabende, Erfahrungsaustausche) statt und behandeln vor allem Fragen der Weiterbildungsordnung, des eLogbuchs und der Befugnisse. Im Zentrum steht dabei die Unterstützung und Weiterentwicklung der Weiterbildungsqualität, nicht die medizindidaktische Fortbildung.

3.5.6. Ergänzung zu KW-Angeboten

Die Antworten zeigen über die KV-Bezirke hinweg ein weitgehend konsistentes Bild einer komplementären, bewusst arbeitsteilig organisierten Angebotslandschaft. Die Kooperation zwischen KoStA und KW wird überwiegend als funktional ergänzend beschrieben, wobei die Vermeidung von Doppelstrukturen ein explizites, vielfach reflektiertes Ziel darstellt.

⁵⁰ Eine KoStA gibt an, dass Seminarangebote von einzelnen Beteiligten der Koordinierungsstelle angeboten, aber nicht direkt von dieser selbst ausgerichtet werden.

Zentral ist dabei ein grundsätzlich geteiltes Aufgabenverständnis: Die KoStA fokussieren sich primär auf Beratung, Vermittlung, Struktur- und Prozesskoordination (z. B. Weiterbildungspfad, Förderfragen, Weiterbildungsverbünde), während die KW überwiegend inhaltlich-didaktische Qualifizierungsangebote bereitstellen, insbesondere Begleitseminare, Mentoring-Programme und TtT-Formate. Diese funktionale Trennung wird von vielen Befragten als klare Ergänzung und als Voraussetzung für Transparenz und Effizienz benannt.

3.5.7. Information der ÄiW zu KW-Angeboten

Fast alle KoStA (91,7 %) geben an, die ÄiW über die KW-Angebote zu informieren; lediglich eine KoStA vereint dies (KoStA Hamburg). Die Information erfolgt überwiegend mehrkanalig und ist eng in die Beratungs- und Verwaltungsprozesse der KoStA eingebunden.

Zentrale Informationsinstrumente sind die Homepages der KoStA, KW oder KV, ergänzt durch E-Mail-Verteiler und Newsletter, über die ÄiW regelmäßig oder anlassbezogen über neue Angebote, Termine oder Anmeldefristen informiert werden. Darüber weisen mehrere KoStA darauf hin, dass Hinweise auf KW-Angebote gezielt in persönliche Beratungsgespräche integriert werden, etwa im Rahmen der Weiterbildungsplanung, bei der Beantragung von Fördermitteln oder beim Einstieg in Weiterbildungsverbünde. Dieses Vorgehen verknüpft formale Information mit individueller Bedarfsklärung und erhöht aus Sicht der Befragten die Reichweite und Relevanz der Hinweise.

Insgesamt ist die Information der ÄiW über die KW-Angebote der KW überwiegend systematisch und kontinuierlich angelegt. Durch die Kombination aus digitalen Plattformen, standardisierten administrativen Prozessen und persönlicher Ansprache wird eine hohe Erreichbarkeit der Zielgruppe angestrebt. Unterschiede zwischen den KV-Bezirken bestehen weniger im Umfang als in der Ausgestaltung der Informationswege; die KoStA nehmen hier eine zentrale Rolle als kommunikative Schnittstelle innerhalb der regionalen Weiterbildungsarchitektur ein.

3.5.8. Information der Weiterbildenden zu KW

Die Mehrheit der KoStA (81,8 %) gibt an, auch Weiterbildende über die Angebote der KW zu informieren, lediglich zwei KoStA verneinen dies (KoStA Niedersachsen, KoStA Rheinland-Pfalz). Die Information erfolgt überwiegend über formalisierte, institutionell angebundene Kommunikationswege und ist häufig mit verpflichtenden oder anlassbezogenen Kontakten verknüpft. Niedrigschwellige, informelle Informationswege spielen im Vergleich zur Ansprache der ÄiW eine geringere Rolle.

Zentrale Kanäle sind Homepages, E-Mail-Verteiler und Newsletter der KV, LÄK, KoStA oder KW, über die zu Seminarprogrammen, TtT-Angeboten, Mentoring-Formaten sowie rechtlichen und organisatorischen Neuerungen informiert wird. Ergänzt werden Informationen im Rahmen von Veranstaltungen wie Fortbildungen, Informationsabenden oder Schulungstagen für Weiterbildende vermittelt.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Weiterbildende vor allem über formelle, an ihre Rolle als Befugte gebundene Kommunikationsanlässe über Angebote der KW informiert werden. Besonders wirksam erscheinen institutionalisierte Modelle, in denen Informationen verpflichtend oder systematisch in regulatorische Prozesse (z. B. Befugnisantrag, TtT-Formate, KV-Newsletter) eingebettet werden. Unterschiede zwischen den KV-Bezirken bestehen vor allem im Grad der Institutionalisierung und Personalisierung der Informationswege; insgesamt nehmen die KoStA auch hier eine zentrale Rolle als Vermittlungs- und Verstärkungsinstanz ein, um Weiterbildende kontinuierlich in die Weiterbildungsarchitektur einzubinden.

3.5.9. Zukünftige Stärkung der Zusammenarbeit zwischen KoStA und KW

Ein zentrales, nahezu durchgängig genanntes Entwicklungsfeld ist die Intensivierung und Verstetigung des regelmäßigen Austauschs. Mehrere KoStA betonen, dass klar terminierte Abstimmungsformate (z. B. regelmäßige Jour-fixe, Arbeitsgruppentreffen oder Quartalsgespräche) wesentlich dazu beitragen können, Informationen frühzeitig zu teilen, neue Angebote abzustimmen und auf veränderte Rahmenbedingungen flexibel zu reagieren. Die KoStA Bayern hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass ein gegenseitiges „up-to-date-Halten“ über Vorgänge, Neuerungen und Entwicklungen die operative Zusammenarbeit weiter stärken würde. Auch aus Hessen wird eine enge und transparente Abstimmung als zwingend erforderlich beschrieben, um unterschiedliche institutionelle Sichtweisen konstruktiv zusammenzuführen.

Ein zweiter zentraler Aspekt betrifft die weitere Präzisierung der Rollen und Zuständigkeiten, insbesondere gegenüber externen Zielgruppen. Während die interne Arbeitsteilung zwischen KoStA und KW vielfach als klar erlebt wird, weisen mehrere KoStA darauf hin, dass diese Differenzierung für ÄiW und Weiterbildende nicht immer eindeutig erkennbar ist. Die KoStA Baden-Württemberg spricht explizit den Bedarf nach einer „klarerer Rollenaufteilung“ an, während in Hessen betont wird, dass die Unterscheidung zwischen KoStA, KW und weiteren Akteuren für Außenstehende häufig schwierig sei. Verbesserungen werden hier insbesondere durch abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit und kohärente Außendarstellung gesehen.

Schließlich wird vereinzelt darauf hingewiesen, dass die Zusammenarbeit dort besonders gut gelingt, wo sie auf Augenhöhe, mit klar geteilten Zielen und gegenseitigem Respekt für die jeweiligen institutionellen Rollen erfolgt. Mehrere KoStA betonen, dass das gemeinsame Ziel – die Gewinnung und qualitätsgesicherte Weiterbildung von Ärzt*innen für die hausärztliche Versorgung – bereits verbindend wirkt, dieses jedoch durch transparente Prozesse weiter gestärkt werden könne.

4. Zusammenfassende Beurteilung zur Zielerreichung, Qualität und Effizienz der Kompetenzzentren Weiterbildung

Der folgende Abschnitt bündelt die zentralen Ergebnisse der Evaluation und ordnet sie entlang der leitenden Forschungsfragen (vgl. Kapitel 1.3) ein, um die Zielerreichung, Qualität und Effizienz der Kompetenzzentren im Rahmen der Fördervereinbarung und der Anlage IV insgesamt zu beurteilen. Die übergeordnete Forschungsfrage

nimmt dabei eine zusammenfassende Gesamtbewertung vor, während die untergeordneten Forschungsfragen einzelne Wirkungs-, Umsetzungs- und Rahmenaspekte differenziert analysieren.

Übergeordnete Forschungsfrage: Werden durch die in der Anlage IV zur Vereinbarung gemäß § 75a SGB V beschriebenen Maßnahmen (§§ 3–5) die dort formulierten Ziele (§ 2) erreicht und wenn ja, in welchem Ausmaß?

Die Evaluationsergebnisse zeigen übereinstimmend, dass die in der Anlage IV zur Vereinbarung gemäß § 75a SGB V vorgesehenen Maßnahmen (§§ 3–5) in **weiten Teilen zur Erreichung der dort formulierten Ziele** (§ 2) beitragen. Die Zielerreichung fällt dabei nach Zieldimension differenziert aus und ist insgesamt als **hoch**, in einzelnen Bereichen als **moderat** einzuschätzen.

Hinsichtlich des übergeordneten Ziels, ÄiW optimal auf die ambulante Tätigkeit und eine mögliche Niederlassung vorzubereiten (§ 2 Abs. 1), zeigen insbesondere die Befragungen von Weiterbildenden und ÄiW deutliche Effekte. Weiterbildende mit KW-Anbindung bewerten den **Kompetenzzuwachs der betreuten ÄiW** über nahezu alle Kompetenzdimensionen hinweg signifikant positiver als Weiterbildende ohne KW-Nutzung. In betrieblichen und ökonomischen Kompetenzfeldern fallen die Effekte differenzierter aus (vgl. Kapitel 3.3.4.7). Diese Einschätzungen werden durch die ÄiW-Befragung bestätigt. Die große Mehrheit der eingeschriebenen ÄiW nutzt die KW-Angebote regelmäßig, insbesondere die curricular verankerten Begleitseminare. **Qualität, Verständlichkeit und Praxisrelevanz** der Angebote werden sehr hoch bewertet. Zudem berichten zahlreiche ÄiW von einer **Stärkung ihrer hausärztlichen Identität** sowie von positiven Effekten auf Vernetzung, Orientierung und Handlungssicherheit. Damit ist die Zielerreichung in Bezug auf den fachlichen und persönlichen Kompetenzzuwachs insgesamt gut belegt (§ 2 Abs. 3).

Auch das Ziel der **Sicherung und Weiterentwicklung medizindidaktischer Qualität** (§ 2 Abs. 2) wird klar erreicht. Die flächendeckende Etablierung von TtT-Programmen, Dozierendenqualifizierungen sowie kontinuierlichen Feedbackprozessen weist auf eine **substanzielle Professionalisierung** der Weiterbildung hin. Die hohe Zufriedenheit der ÄiW mit den Lehrmethoden- und Inhalten bestätigt, dass didaktische Qualität nicht nur formal implementiert, sondern auch wirksam umgesetzt wird.

Die Zielsetzung, bestehende **regionale Strukturen** zu ergänzen und Doppelstrukturen zu vermeiden (§ 2 Abs. 4), wird überwiegend erreicht. Die Ergebnisse zeigen eine **funktionale Arbeitsteilung** zwischen KW, KoStA und weiteren Akteuren: Die Zusammenarbeit wird insgesamt als tragfähig eingeschätzt, wenngleich die Zuständigkeiten für die Zielgruppen nicht immer hinreichend transparent sind.

Bezogen auf die Förderung einer nahtlosen **Anbindung zwischen Studium und Weiterbildung** (§ 2 Abs. 5) zeigen die Ergebnisse unterstützende, jedoch nicht kausal quantifizierbare Effekte. Maßnahmen wie universitäre Präsenz, PJ-Formate und studiennahe Mentoringangebote werden als relevant beschrieben. Zwar liegen **keine direkten Nachweise** zu Facharzt- oder Niederlassungsentscheidungen vor, indikative

Befunde – etwa gestärkte berufliche Identität, erhöhte Orientierungssicherheit und Netzwerkeffekte – sprechen jedoch für eine positive vorbereitende Wirkung.

Die umgesetzten Maßnahmen der Anlage IV tragen insgesamt in **hohem Maße zur Zielerreichung** bei. Besonders deutlich ist die Wirkung der KW bei der qualitativen und strukturellen Weiterentwicklung der Weiterbildung. **Einschränkungen** zeigen sich vor allem bei nicht-medizinischen Kompetenzfeldern, bei strukturellen Rahmenbedingungen wie der Freistellung sowie bei der empirischen Erfassung langfristiger Wirkungen. Insgesamt belegen die Ergebnisse jedoch, dass die KW eine **zentrale, wirksame Infrastruktur** zur Förderung von Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung darstellen.

Unterforschungsfrage 1: Weiterentwicklung des Angebots der KW seit der ersten Förderphase

Die Evaluationsergebnisse zeigen übereinstimmend, dass sich das KW-Angebot seit der ersten Förderphase **konsolidiert und substantiell weiterentwickelt** hat. Dies betrifft sowohl die **institutionell-strukturelle Verankerung** als auch die **inhaltlich-didaktische Ausgestaltung** der Angebote und steht in engem Zusammenhang mit den Zielsetzungen der Anlage IV.

Auf **struktureller** Ebene beschreiben die Akteure aus Lenkungsgruppe und DNKW einen Übergang von teilweise projektartig organisierten Strukturen zu dauerhaft **etablierten Einrichtungen mit klaren Aufgabenprofilen**. Alle 15 KW setzen das in § 5 definierte Pflichtportfolio vollständig um. Die Analyse der Angebotszahlen zeigt, dass bundesweit insbesondere die **ÄiW-Begleitseminare als standardisiertes Kernelement** der Weiterbildung fungieren, während Mentoring-, TtT- und Dozierendenqualifizierungsangebote flächendeckend vorhanden, mengenmäßig jedoch geringer und regional unterschiedlich intensiv ausgeprägt sind. Unter anderem die steigende leistungsorientierte Finanzierung im Zeitraum 2023 bis 2025 bestätigt diese Entwicklung als Indikator **wachsender Nutzung und Reichweite** der KW-Angebote. Auf **inhaltlich-didaktischer Ebene** ist im Hinblick auf § 3 Absätze 6–7 eine klare **qualitative Weiterentwicklung** hin zu einer **systematisch verankerten Kompetenzorientierung** erkennbar. Alle KW orientieren sich mittlerweile explizit an anerkannten kompetenzbasierten Referenzrahmen, insbesondere am kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin (KCA) der DEGAM; zudem wird die Anschlussfähigkeit an den Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) stärker berücksichtigt. Im Vergleich zur ersten Förderphase wird die Kompetenzorientierung insgesamt **nicht mehr implizit, sondern systematisch** umgesetzt; u. a. durch modularisierte Curricula und didaktisch differenzierte Lehr-Lernformate.

Diese Weiterentwicklung spiegelt sich auch in der Perspektive der Zielgruppen wider. Die ÄiW-Befragung weist auf eine **sehr hohe Nutzung und Akzeptanz** der KW-Angebote hin: 94% der eingeschriebenen ÄiW haben im letzten Jahr an KW-Seminaren teilgenommen, zentrale Qualitätsdimensionen wie Verständlichkeit und Praxisrelevanz werden von über 90% sehr positiv bewertet. In den qualitativen Erhebungen

wird der Ausbau interaktiver, fallbasierter und dialogischer Formate als wesentlicher **Qualitätssprung** hervorgehoben. Mehrere Befragte berichten, dass sich ÄiW fachlich besser vorbereitet fühlen und tendenziell früher zur Facharztprüfung antreten. Zugleich weisen die Interviews darauf hin, dass – trotz des fehlenden Trackings – der **Übergang** vom Studium in Weiterbildung durch die KW-Angebote erleichtert wird.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sich das Angebot der KW seit der ersten Förderphase sowohl quantitativ als auch qualitativ deutlich weiterentwickelt hat. Die KW haben sich als **tragende Infrastruktur der allgemeinmedizinischen Weiterbildung** etabliert, ihre Angebote standardisiert, kompetenzorientiert ausgerichtet und didaktisch modernisiert.

Unterforschungsfrage 2: Freistellung von Ärzt*innen in Weiterbildung für KW-Angebote (§ 2 Abs. 3)

Die Teilnahme an KW-Angeboten wird für die Mehrheit der ÄiW durch Freistellung ermöglicht, ist jedoch **nicht flächendeckend** gesichert und **unterliegt strukturellen Einschränkungen**, insbesondere im stationären Bereich.

Die Ergebnisse der **ÄiW-Befragung** zeigen, dass für einen **großen Teil der KW-nutzenden ÄiW grundsätzlich Freistellungsmöglichkeiten** bestehen. Insgesamt geben 72,7 % an, **in der Regel freigestellt** zu werden. Demgegenüber stehen jedoch relevante Minderheiten: 7,7 % werden nur selten und 10,5 % **nie freigestellt**. Die Ergebnisse verdeutlichen damit, dass Freistellung zwar mehrheitlich gewährt wird, aber keineswegs als selbstverständlich oder flächendeckend gewährleistet gelten kann. Diese Befunde werden auch durch die **Weiterbildenden-Befragung** gestützt. Unter den Weiterbildenden mit KW-Nutzung berichten 79,4 %, ihre ÄiW freizustellen; weitere 13,0 % von teilweisen Freistellungen. Lediglich 7,6 % geben an, keine Freistellung zu ermöglichen. Der Vergleich zu Weiterbildenden ohne KW-Nutzung zeigt, dass Freistellungen dort deutlich seltener erfolgen, was auf einen **Zusammenhang zwischen KW-Einbindung und struktureller Unterstützung von Weiterbildung** verweist. Die Interviews mit der Lenkungsgruppe und dem DNKW machen deutlich, dass auch die **institutionelle Einbindung entscheidend für die tatsächliche Freistellung** ist. In ambulanten Praxen fehlen häufig verbindliche Freistellungsregelungen. In Kliniken bestehen zwar tariflich geregelte Freistellungskontingente, diese werden jedoch überwiegend für klinikinterne Fortbildungsangebote genutzt und stehen damit in Konkurrenz zu den KW-Angeboten. Zusätzlich wirken dienstbedingte Anforderungen als faktische Teilnahmehindernisse, insbesondere im stationären Weiterbildungsteil.

Zusammenfassend wird der Kompetenzzuwachs der ÄiW durch eine überwiegend positive Freistellungspraxis unterstützt, wenngleich Freistellung ein zentraler limitierender Rahmenfaktor bleibt, insbesondere im stationären Bereich.

Unterforschungsfrage 3: Inanspruchnahme der KW-Angebote und Nutzung von Mentoring-Programmen (§ 2 Abs. 1 u. 3; § 5 Abs. 4)

Die KW-Angebote werden **breit und regelmäßig** genutzt, wobei sich eine klare **Differenzierung nach Angebotsformaten** zeigt: Während die curricular verankerten ÄiW-Begleitseminare eine sehr hohe Inanspruchnahme aufweisen, werden die Qualifizierungs- und Mentoringangebote selektiver genutzt. Das Mentoring erfüllt dabei eine gezielte **Ergänzungsfunktion**.

Die KW-Befragung zeigt zunächst, dass die nach § 2 Absatz 1 und 3 sowie § 5 der Anlage IV vorgesehenen Maßnahmen bundesweit vollständig umgesetzt werden. Alle 15 KW halten das gesetzlich definierte Pflichtportfolio vor, so dass der gesetzliche Auftrag zur Förderung der (Kern-)Kompetenzzuwachses grundsätzlich erfüllt ist. Hinsichtlich der **Inanspruchnahme** ergibt sich jedoch ein deutlich formatabhängiges Nutzungsprofil: Die höchste und stabilste Nutzung entfällt auf die **ÄiW-Begleitseminare**: 86,7 % der KW bewerten ihre Auslastung als hoch oder sehr hoch. Dies bestätigt sich auch in der ÄiW-Befragung: 94% der eingeschriebenen ÄiW gaben an, bereits an mindestens einem Seminar teilgenommen zu haben. Demgegenüber weisen Angebote für Weiterbildende – insbesondere **TtT-Fortbildungen und Dozierendenqualifizierungen** – eine deutlich geringere Nutzung auf. Mehr als die Hälfte der KW schätzt die Auslastung dieser Formate als gering oder nur teilweise ein.

Die Forschungsfrage legt besonderes Augenmerk auf die **Mentoring-Programme** für ÄiW. Alle KW haben Mentoring-Programme mit den entsprechenden Bestandteilen (u. a. Mentoring-Konzept, Koordination, Schulung und Supervision der Mentor*innen) implementiert; die Inanspruchnahme dieser Angebote ist jedoch deutlich geringer als bei den seminaristischen Formaten. Insbesondere das Einzelmentoring weist niedrige Auslastungswerte auf. Die ÄiW-Befragung bestätigt dies: Rund die Hälfte der Befragten nutzt das Gruppenmentoring, während Einzelmentoring nur von einer kleinen Minderheit in Anspruch genommen wird.

Diese selektive Nutzung spiegelt die funktionale Einordnung des Angebots wider: Das Mentoring wird nicht als „Massenangebot“, sondern als **individuell (hoch) relevantes Ergänzungsformat** verstanden, insbesondere für Fragen der beruflichen Orientierung, der Niederlassung und persönlichen Rollenentwicklung. Qualitative Befunde aus Interviews und den Validierungsworkshops heben hervor, dass Mentoring insbesondere für **nicht-medizinische Themen** als geeignet wahrgenommen wird, da es einen geschützten, hierarchiefreien Reflexionsraum bietet. Besonders wirksam erscheinen dabei peer-nahe Ansätze, etwa durch Mentor*innen mit eigener, kürzlich erworbener Niederlassungserfahrung.

Insgesamt besteht eine **sehr hohe Gesamtzufriedenheit** mit den KW-Angeboten (Nützlichkeit: über 90% Zustimmung; Weiterempfehlungsbereitschaft: über 95% Zustimmung). Hinsichtlich der wahrgenommenen Effekte der ÄiW zeigen sich aber **inhaltlich differenzierte Wirkungen**. Während fachlich-praktischen Themen sehr hohe Kompetenzzuwächse zugeschrieben werden, fallen die eingeschätzten Effekte bei systemischen, organisatorischen und überfachlichen Kompetenzen (z. B. Führung, Ökonomie, Selbstfürsorge) deutlich geringer aus. Diese Unterschiede wurden auch in

qualitativen Erhebungen und den Validierungsworkshops beschrieben und darauf zurückgeführt, dass überfachliche Themen häufig erst in fortgeschrittenen Weiterbildungsphasen als unmittelbar handlungsrelevant wahrgenommen werden.

Zugleich zeigt die KW-Befragung, dass **nicht-medizinische Angebote bislang nur von einem Teil der KW** systematisch vorgehalten werden. In der Praxis werden entsprechende Inhalte den Validierungsworkshops zufolge häufig als „Querschnittsthemen“ vermittelt, etwa integriert in medizinische Seminare („U-Boot-Strategie“). Dies stellt eine pragmatische Anpassung an das Nachfrageverhalten der ÄiW dar, da Themenbereiche wie Kassenrecht oder unternehmerische Verantwortung häufig selten aktiv nachgefragt werden. Zudem erfolgt die Vermittlung in einigen KV-Bezirken auch über die Kooperation mit anderen Akteuren („Werkzeugkasten Niederlassung“). Gleichwohl birgt die uneinheitliche Ausbringung das **Risiko einer nicht systematischen Kompetenzentwicklung** in diesen Bereichen.

Unterforschungsfrage 4: Maßnahmen zur Anbindung von Studium und Weiterbildung sowie zur Steigerung der Attraktivität der Allgemeinmedizin (§ 2 Abs. 5)

Die KW setzen vielfältige Maßnahmen zur **Unterstützung des Übergangs vom Studium in die Weiterbildung** um und tragen in indikativ nachweisbarer Weise zur **Stärkung von Orientierung, Identität und Vernetzung** bei. Direkte kausale Effekte auf Facharzt- oder Niederlassungsentscheidungen lassen sich bislang nicht messen.

Die Evaluation zeigt, dass die KW den Auftrag zur **Übergangsgestaltung** auf mehreren Ebenen umsetzen, insbesondere durch frühe Ansprache von Studierenden und Präsenz in universitären, studiennahen Kontexten. Hierzu zählen u. a. PJ-Einführungsveranstaltungen, Mentoringangebote für Studierende und allgemeinmedizinische Info-Veranstaltungen. Ergänzend stellen KW ihre Weiterbildungs- und Mentoringangebote gezielt als **Fortsetzung der universitären Ausbildung** dar und vermitteln Kontinuität beim Übergang in die Weiterbildung. Umfang, Verbindlichkeit und Intensität dieser Aktivitäten variieren jedoch und sind stark abhängig von der universitären Einbindung, personellen Ressourcen und bestehenden Lehrkontakten. Neben der Übergangsgestaltung verfolgen die KW Maßnahmen, die auf die **Attraktivität der Allgemeinmedizin** als Arbeitsfeld zielen. Diese erfolgen weniger über klassische Marketingstrategien, sondern primär über **Beziehung, Begleitung und Verlässlichkeit**. Niedrigschwellige Sichtbarkeit (z. B. über feste Ansprechpersonen), kontinuierliche persönliche Ansprache sowie Mentoring- und Alumni-Formate tragen dazu bei, die Allgemeinmedizin als **planbaren und unterstützten Berufsweg** zu rahmen.

Ein direkter Wirkungszusammenhang im Sinne kausaler Effekte z. B. auf Übergangs- oder Niederlassungsquoten ist bereits auf Grund des fehlenden Monitorings des Studierenden- und ÄiW-Verbleibs nicht möglich. Gleichwohl weisen mehrere indikative Befunde auf unterstützende Wirkungen hin. So berichten 78,2 % der ÄiW von einer **Stärkung ihrer hausärztlichen Identität** durch die KW-Angebote, 66,2 % sehen einen Beitrag zum **Aufbau beruflicher Netzwerke**. Qualitative Analysen und die Ergebnisse der Validierungsworkshops unterstreichen die Bedeutung persönlicher und

niedrigschwelliger Formate (z. B. Mentoring, Peer-Ansätze, Hospitationen) zur Orientierung und den Abbau von Hemmschwellen beim Übergang in die Weiterbildung.

Insgesamt entfalten die Maßnahmen insbesondere auf der Ebene von Sichtbarkeit, Orientierung und beruflicher Identitätsbildung erkennbare Effekte, auch wenn kausale Wirkungszusammenhänge nicht nachweisbar sind.

Untersuchungsfrage 5: Ergänzung und Kooperation von KW und KoStA (§ 2 Abs. 4; § 4 Abs. 1)

Die KW und KoStA ergänzen sich bundesweit überwiegend **komplementär und arbeitsteilig**. Die KW ergänzen regionale Strukturen, **ohne doppelte bzw. parallele Angebotsstrukturen** aufzubauen. Die Kooperationen sind etabliert und funktional, häufig pragmatisch und hinsichtlich Intensität und Sichtbarkeit nach außen **regional unterschiedlich** ausgeprägt.

Die Ergebnisse aus der KW- und KoStA-Befragung zeigen ein weitgehend konsistentes Bild der **funktionalen Rollenverteilung**, wie sie in § 2 Abs. 4 vorgesehen ist. Die KW sehen ihren Auftrag vor allem in der **inhaltlich-didaktischen, qualifikatorischen und curricularen Ausgestaltung** der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Demgegenüber beschreiben die KoStA ihre Rolle primär als **regionale Koordinierungs-, Beratungs- und Schnittstelleninstanz**. Schwerpunkte liegen u. a. auf individueller Weiterbildungsberatung, der Unterstützung bei formalen und organisatorischen Fragen, der Stellen- und Verbundsuche sowie der Koordination verlässlicher Rotationen. Diese Arbeitsteilung wird jeweils ausdrücklich als funktional sinnvoll bewertet, insbesondere im Hinblick auf die **Vermeidung von Doppelstrukturen**.

Die Befragungen unterscheiden sich jedoch in der Einschätzung, wie eindeutig **Zuständigkeiten und Rollen nach außen** wahrgenommen werden: Während einige KW potenzielle Abgrenzungsprobleme eher implizit thematisieren, weisen KoStA tendenziell expliziter darauf hin, dass die Zuständigkeiten zwischen KW, KoStA und weiteren Akteuren für ÄiW und Weiterbildende **nicht immer hinreichend transparent** sind. Die interne Arbeitsteilung ist damit weitgehend etabliert, wird jedoch nicht durchgängig klar kommuniziert.

Hinsichtlich der **Kooperation** im Sinne von § 4 Absatz 1 beschreiben die KW die Zusammenarbeit überwiegend als **formal abgesichert, jedoch moderat intensiv**. Der Austausch erfolgt meist anlassbezogen und mit eher niedriger Frequenz; die Zusammenarbeit wird überwiegend als zufriedenstellend bewertet. Demgegenüber fällt die Bewertung aus der KoStA-Befragung insgesamt deutlich positiver aus. In mehreren KV-Bezirken wird **ein sehr enger, teils wöchentlicher Austausch** mit hoher Zufriedenheit berichtet. Diese Unterschiede deuten darauf hin, dass die subjektive Bewertung der Kooperationsqualität je nach institutioneller Perspektive variieren. Ein gemeinsamer Befund beider Befragungen ist, dass sich die Kooperation inhaltlich vor allem auf **Abstimmungen zu Weiterbildungswegen, Beratungs- und Informationsprozessen sowie Schnittstellenmanagement** konzentriert. Eine darüberhinausgehende gemeinsame strategische oder operative Steuerung wird nur selten beschrieben.

In diesem Sinne wird § 4 Absatz 1 primär als **pragmatische Koordinationsbeziehung** entlang klar abgegrenzter Zuständigkeiten umgesetzt.

KoStA übernehmen bundesweit eine zentrale Vermittlungsfunktion, indem sie aktiv über die Angebote der KW informieren. Über 90 % der KoStA geben an, ÄiW systematisch über KW-Angebote zu informieren; auch Weiterbildende werden mehrheitlich regelmäßig erreicht. Damit tragen die KoStA wesentlich zur Sichtbarkeit, Nutzung und Wirksamkeit der KW-Angebote bei – ein Aspekt, der in der KW-Befragung zwar implizit, aber weniger deutlich herausgestellt wird.

Unterforschungsfrage 6: Entwicklung der Qualifizierung und Auswahlkriterien vertragsärztlicher Dozierender

Die Qualifizierung vertragsärztlicher Dozierender in den KW hat sich seit der Anfangsphase **deutlich professionalisiert und systematisiert**. Ihre **Auswahl** erfolgt heute formatabhängig differenziert und verbindet **fachliche Qualifikation mit didaktischer Kompetenz, Zielgruppennähe und professioneller Haltung**.

Die Ergebnisse zeigen übereinstimmend, dass sich die Qualifizierung im Zeitverlauf weiterentwickelt hat. Während in der Anfangsphase der KW primär fachliche Expertise und praktische Berufserfahrung als ausreichend galten, ist inzwischen eine **ausgeprägte Kompetenzorientierung** zu beobachten, die fachliche, didaktische, reflexive und rollenspezifischen Anforderungen miteinander verknüpft. Diese Entwicklung wird sowohl in der KW-Befragung als auch in den Interviews konsistent beschrieben.

Zentrales Instrument der Professionalisierung sind **strukturierte TtT-Angebote** die in allen KW etabliert sind. Die Angebote sind überwiegend modularisiert und umfassen didaktische Basisschulungen, vertiefende Aufbauformate, Coaching-Elemente sowie begleitetes Lehrhandeln. Qualitative Befunde verdeutlichen, dass insbesondere die zweite Förderphase durch gezielte Anschubfinanzierungen den Ausbau und die qualitative Weiterentwicklung ermöglicht hat.

Ergänzend zur formalen Qualifizierung hat sich die **Co-Moderation** als wichtiges Element etabliert. In mehreren KW werden Seminare gemeinsam von externen Dozierenden und fest angestellten, didaktisch qualifizierten Mitarbeitenden durchgeführt, was sowohl der unmittelbaren Qualitätssicherung als auch der fortlaufenden Qualifizierung der Dozierenden durch Feedback- und Reflexionsprozesse dient. Weitere Instrumente wie Hospitationen, Supervisionen und strukturierte Reflexionsgespräche unterstreichen das Verständnis von Dozierenden-Qualifizierung als **kontinuierlichen Entwicklungsprozess**.

Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen spiegelt sich auch in der Perspektive der ÄiW wider. Die sehr hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden hinsichtlich Verständlichkeit, Praxisrelevanz und Struktur der Seminare weist auf eine hohe wahrgenommene Qualität der Lehrleistungen hin und kann als indirekter Indikator für die Wirksamkeit der Qualifizierungsmaßnahmen interpretiert werden.

Die **Auswahl von Dozierenden** erfolgt nach formatabhängig differenzierten Kriterien. Über alle Angebotsformate hinweg bildet die fachliche Qualifikation ein zentrales Basiskriterium. Für ÄiW-Begleitseminare wird in nahezu allen KW eine **abgeschlossene Facharztanerkennung** (meist Allgemeinmedizin) sowie mehrjährige Praxiserfahrung vorausgesetzt. Darüber hinaus spielt die **Zielgruppennähe** eine zentrale Rolle; eine eigene Weiterbildungserfahrung gilt als besonders relevant für die Anschlussfähigkeit an die Bedarfe der ÄiW. Die gezielte Rekrutierung Dozierender aus dem Kreis ehemaliger Teilnehmender, die schrittweise in eine Lehrrolle hineinwachsen, wird von mehreren KW als Strategie verfolgt (**Near-Peer-Ansatz**).

Für TtT-Angebote verschieben sich die Auswahlkriterien deutlich hin zu **didaktischer Kompetenz**, fundierten Kenntnissen der Weiterbildungsordnung und der organisatorischen Rahmenbedingungen der Weiterbildung. Empfehlungen und persönliche Netzwerke spielen weiterhin eine Rolle, werden jedoch zunehmend durch strukturierte Erprobungs- und Begleitphasen ergänzt.

Am anspruchsvollsten sind die **Auswahlkriterien bei Dozierenden-Qualifizierungen**. Hier werden fachliche Expertise, ausgewiesene medizindidaktische Kompetenz und Erfahrung in der Qualifizierung von Lehrenden nahezu ausnahmslos als sehr relevant bewertet. Die geringe Anzahl eingesetzter Dozierender und die häufig bundesweite oder institutionsübergreifende Rekrutierung unterstreichen den **hohen Spezialisierungsgrad** dieser Rolle. Ergänzend benennen die KW implizite Auswahlkriterien mit Bezug auf Haltung und Professionalität, insbesondere wertschätzendes, hierarchiearmes Auftreten, Reflexionsfähigkeit und Offenheit für Feedback.

Unterforschungsfrage 7: Regionale Reichweite und Eignung der Teilnahme- und Lernformate

Die regionale Reichweite und Eignung der KW-Angebote werden maßgeblich durch das gewählte Teilnahmeformat bestimmt. Es hat sich ein **funktional ausdifferenziertes Formatspektrum** etabliert, in dem Präsenz- und synchrone Online-Formate komplementäre Rollen einnehmen und unterschiedlich gut für Zielgruppen und Inhalte geeignet sind.

Die Ergebnisse der KW-Befragung zeigen, dass Präsenz und synchrone Online-Formate den Kern des Angebotsportfolios einnehmen. Präsenzformate dominieren insbesondere bei ÄiW-Begleitseminaren und im Gruppenmentoring. Ihre regionale Reichweite ist gezielt begrenzt und an dezentrale Standortstrukturen gekoppelt. Dies ermöglicht räumliche Nähe und fördert regionale Lern- und Vernetzungszusammenhänge. Gerade in Flächenländern bilden Präsenzangebote damit als wichtiges Instrument zur regionalen Verankerung der Weiterbildung.

Demgegenüber **entfalten synchrone Onlineformate eine deutlich größere räumliche Reichweite**. Sie werden vor allem in TtT-Formaten, Dozierendenqualifizierungen und im Einzelmentoring eingesetzt und ermöglichen eine überregionale Teilnahme. Die höhere Reichweite geht mit mehr zeitlicher Flexibilität einher und adressiert insbesondere Teilnahmehindernisse, die sowohl in der ÄiW- als auch der

Weiterbildenden-Befragung als zentral identifiziert wurden. Hybride und asynchrone Formate spiegeln demgegenüber eine bislang nur untergeordnete Rolle. Ihre geringe Nutzung deutet auf eine Präferenz für klar abgegrenzte synchrone Lernsettings hin.

In Bezug auf die **Passung der Formate für Teilnehmende und Inhalte** zeigt sich ein konsistentes Zuordnungsmuster. Aus Sicht der KW eignen sich **Präsenzformate** insbesondere für ÄiW, wenn komplexe fachliche Inhalte, praktische Übungen oder gruppendynamische Lernprozesse im Vordergrund stehen. Die positiven Bewertungen des Mentorings in der ÄiW-Befragung, insbesondere im Hinblick auf berufliche Orientierung und Handlungssicherheit, unterstreichen die Bedeutung persönlicher Präsenz für vertrauensbasierte und reflexive Lernformate. Qualitative Interviews und Rückmeldungen aus den Validierungsworkshops betonen den Mehrwert informellen Austauschs und persönlicher Vernetzung als zentrale Stärke von Präsenzformaten. **Synchron-online-Formate** werden hingegen als besonders geeignet für Weiterbildende und Dozierende eingeschätzt. Die Weiterbildenden-Befragung zeigt, dass TtT-Fortbildungen überwiegend online absolviert werden. Die höhere Akzeptanz digitaler Formate bei dieser Zielgruppe wird mit größerer zeitlicher Autonomie und der Art der vermittelten Inhalte begründet. Methodisch-didaktische Kompetenzen lassen sich gut digital vermitteln und reflektieren. Auch das Einzelmentoring profitiert von der Flexibilität synchroner Online-Settings, da individuelle Anliegen ohne Reiseaufwand bearbeitet werden können.

Hinsichtlich der **eingesetzten Lehr- und Lernformate** zeigt sich ein ausgeprägter methodischer Pluralismus. In ÄiW-Seminaren kommen insbesondere interaktive Vorträge, Fallarbeit, Kleingruppen- und Peer-Learning-Elemente zum Einsatz. In TtT- und Dozierendenqualifizierungen dominieren medizindidaktische Methoden wie Microteaching, Feedbacktraining, Lehrsimulationen und der Einsatz digitaler Tools. Interviews mit der Lenkungsgruppe und dem DNKW verdeutlichen, dass pandemiebedingte Digitalisierungsimpulse nachhaltig genutzt werden, jedoch gezielt dort begrenzt, wo Präsenzformate für Vernetzung und Gruppenprozesse zentral sind.

Unterforschungsfrage 8: Unterschiede zwischen den KW und deren Ursachen

Zwischen den einzelnen KW bestehen **strukturelle und konzeptionelle Unterschiede**, die überwiegend auf regionale Rahmenbedingungen, unterschiedliche Ausgangslagen und strategische Rahmenbedingungen zurückzuführen und **nicht als Leistungsunterschiede** zu interpretieren sind.

Die Evaluation zeigt, dass sich die KW bereits in **relevanten Strukturmerkmalen** unterscheiden. So variiert beispielsweise die Anzahl der (geförderten) ÄiW in den jeweiligen KV-Bezirken erheblich, was sich unmittelbar auf die Größe der KW, das Angebotsvolumen sowie auf die Höhe der leistungsorientierten Förderung der KW auswirkt. Zudem ist die **Berücksichtigung regionaler Besonderheiten** und der spezifischen Zielgruppenbedarfe ausdrücklich Bestandteil des gesetzlichen Auftrags (Anlage IV § 5 Abs. 1), so dass die KW ihre Angebote kontextgebunden ausgestalten (müssen).

Dies sich u. a. in unterschiedlichen curricularen Schwerpunktsetzungen, variierenden Angebotsumfängen und in zusätzlichen Formaten jenseits des Pflichtportfolios.

Unterschiede zwischen den KW wurden im Evaluationsprozess systematisch erfasst. Zur differenzierten Einordnung der jeweiligen Ausgangslagen, Stärken und Entwicklungsbedarfe wurde eigens eine SWOT-Analyse durchgeführt. Diese dient nicht als Grundlage eines performativen Vergleichs, sondern soll die Weiterentwicklung der KW unterstützen. Sie wird den einzelnen KW und der Lenkungsgruppe daher gesondert zur Verfügung gestellt.

5. Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse lassen sich aus der zusammenfassenden Beurteilung zentrale Entwicklungserfordernisse ableiten, die im Folgenden in Form von Handlungsempfehlungen formuliert werden.

Empfehlung 1: Freistellung strukturell stärken und verknüpfen

Prüfhinweis: Es sollte geprüft werden, inwieweit Fördermittel stärker an verlässliche Freistellungsregelungen für die Teilnahme an KW-Angeboten gekoppelt werden können.

Begründung: Die Ergebnisse zeigen, dass zwar die Mehrheit der ÄiW regelmäßig freigestellt wird, jedoch ein relevanter Anteil weiterhin nur eingeschränkt oder gar nicht während der Arbeitszeit an Angeboten der KW teilnehmen kann. Diese Defizite betreffen insbesondere den stationären Weiterbildungsteil sowie nicht curricular verpflichtende Formate. Eine stärkere Verknüpfung von Förderung und Freistellung würde die Weiterbildung als geschützte Lernzeit institutionell absichern.

Umsetzungsherausforderung: Freistellungsmöglichkeiten unterscheiden sich erheblich zwischen ambulantem und stationärem Bereich; eine zu starre Kopplung birgt Umsetzungsrisiken und sollte daher differenziert ausgestaltet werden.

Empfehlung 2: Monitoring des Weiterbildungsverlaufs ermöglichen

Prüfhinweis: Die Einführung einer anonymisierten, bundeseinheitlichen ÄiW-Nummer zur Verlaufs- und Wirkungsbeobachtung sollte geprüft werden.

Begründung: Die Evaluation macht deutlich, dass bislang ein systematisches Monitoring des Weiterbildungsverlaufs fehlt. Wirkungen der KW-Angebote können daher häufig nur plausibilisierend, nicht jedoch im zeitlichen Verlauf analysiert werden. Eine bundeseinheitliche ÄiW-Nummer könnte eine Verlaufsanalyse ermöglichen und die Evidenzbasis künftiger Evaluationen stärken.

Umsetzungsherausforderung: Datenschutzrechtliche, föderale und organisatorische Zuständigkeiten müssten eindeutig geklärt werden.

Empfehlung 3: Universitäre Präsenz systematischer verankern

Prüfhinweis: Die Präsenz der KW an Universitäten sollte systematischer und verlässlicher ausgestaltet werden.

Begründung: Zwar nutzen alle KW universitäre Kontexte, insbesondere im Praktischen Jahr, zur Vorstellung ihrer Angebote; Umfang und Kontinuität dieser Aktivitäten sind jedoch stark von individuellen Kontakten und Ressourcen abhängig. Eine frühere und verlässlichere Verankerung kann Orientierung und Kontinuität im Übergang zur Weiterbildung stärken.

Umsetzungsherausforderung: Universitäre Curricula sind stark reguliert, institutionelle Anbindungen variieren standortbezogen; ein Ausbau erfordert daher klare Vereinbarungen und Priorisierungen.

Empfehlung 4: Nicht-medizinische Inhalte koordinieren und sichtbar machen

Prüfhinweis: Nicht-medizinische und überfachliche Inhalte sollten stärker zwischen KW, KoStA, KVen und weiteren Akteuren abgestimmt und für ÄiW transparenter dargestellt werden.

Begründung: Überfachliche Themen wie Führung, Praxisorganisation oder Niederlassung werden als relevant anerkannt, jedoch oft fragmentiert und mit unterschiedlicher didaktischer Wirksamkeit angeboten. Parallel existieren Angebote mehrerer Akteure, deren Zuständigkeiten aus Sicht der ÄiW nicht immer klar erkennbar sind. Ziel sollte daher primär die Koordination, Verknüpfung und transparente Darstellung der nicht-medizinischen Inhalte sein.

Umsetzungsherausforderung: Eine stärkere Abstimmung erfordert zusätzliche Koordinationsressourcen, die in bestehenden Förderlogiken bislang nur begrenzt abgebildet sind.

Empfehlung 5: Leistungsorientierte Finanzierung weiterentwickeln

Prüfhinweis: Es sollte geprüft werden, ob die leistungsorientierte Finanzierung der KW über die bisherige Kopplung an Teilnahmen von ÄiW an Begleitseminaren hinaus weiterentwickelt werden kann.

Begründung: Die Evaluation zeigt, dass ÄiW-Begleitseminare zwar das quantitativ am stärksten nachgefragte Kernangebot darstellen, andere vertraglich ebenfalls vorgesehene Formate – insbesondere Mentoring-Programme sowie TtT- und Dozierendenqualifizierungen – jedoch nicht in gleicher Weise leistungsbezogen refinanziert werden. Diese Formate weisen zwar geringere Teilnehmendenzahlen auf, sind jedoch für die Sicherung didaktischer Qualität, die Professionalisierung der Weiterbildung sowie die langfristige Attraktivität des Fachs Allgemeinmedizin von zentraler Bedeutung. Die derzeitige Förderlogik setzt damit strukturelle Anreize zugunsten quantitativ reichweitenstarker ÄiW-Angebote und bildet den vertraglichen Auftrag der Anlage IV nur teilweise förderlogisch ab.

Umsetzungsherausforderung: Die zentrale Umsetzungsherausforderung besteht darin, dass eine stärkere leistungsbezogene Berücksichtigung weiterer gesetzlich vorgesehener Formate voraussichtlich mit höheren Förderbedarfen verbunden wäre oder eine Umverteilung innerhalb des bestehenden Fördervolumens erfordern würde. Vor diesem Hintergrund wäre abzuwägen, ob und in welchem Umfang eine Weiterentwicklung der Förderlogik erfolgen soll, ohne die Finanzierbarkeit, Steuerbarkeit und Akzeptanz des bestehenden Systems zu gefährden.

6. Literaturverzeichnis

- Bortz, J., & Döring, N. (2009). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Medizin.
- Brown, M. G., & Svenson, R. A. (1988). Measuring R&D productivity. Research Technology Management, 41(6).
- Deutsches Netzwerk der Kompetenzzentren (DNKW). (2020). Von den KW im Delphi-Verfahren abgestimmte Evaluationsitems.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2004). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Greve, W., & Wentura, D. (1997). Wissenschaftliche Beobachtung: Eine Einführung. Psychologie Verlags Union.
- Häder, M. (2015). Empirische Sozialforschung: Eine Einführung (3. Aufl.). Springer VS.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022). Evaluationsbericht 2021 zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Foerderung-WB-Paragr75a/20221212_Evaluationsbericht_2021.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023). Evaluationsbericht 2022 zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Foerderung-WB-Paragr75a/Evaluationsbericht_2022_zur_Weiterbildungsfoerderung_gemaess_75a_SGB_V.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025a). Evaluationsbericht 2023 zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Foerderung-WB-Paragr75a/20251211_Evaluationsbericht_2023_V1.1.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025b). Evaluationsbericht 2024 zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V. <https://www.kbv.de/documents/infotehk/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-weiterbildung/weiterbildungsfoerderung-evaluationsbericht-2024.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2021). Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin (3. Version). https://www.degam.de/files/inhalt/sektionen/weiterbildung/2021_Kompetenzbasiertes_Curriculum.pdf
- Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung (5. Aufl.). Beltz.
- Marquardt, M. (2022). Ärztliche Weiterbildung effektiv gestalten: Psychologisches Know-how für Ärztinnen und Ärzte in Führungspositionen. Springer.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (11. Aufl.). Beltz.

Nolting, H.-D., Ochmann, R., & Zich, K. (2021). Gesundheitszentren für Deutschland: Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert Bosch Stiftung. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

Nuissl, E. (2013). Evaluation in der Erwachsenenbildung. <https://www.die-bonn.de/id/10989/about/html>

Pelz, W., & Döring, M. (2018). SWOT-Analyse. <https://www.lokale-demokratie.de/wpcontent/uploads/2014/11/SWOT-Analyse.pdf>

Schuchard-Ficher, C., Backhaus, K., Humme, U., Lohrberg, W., & Plinke, W. (2013). Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung (13. überarb. Aufl.). Springer.

Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (2011). Methoden der empirischen Sozialforschung (9. Aufl.). Oldenbourg.

Speck, A. (2023). Warum Weiterbildung viel zu wenig genutzt wird. <https://www.springerprofessional.de/aus--und-weiterbildung/e-learning/warum-weiterbildung-viel-zu-wenig-genutzt-wird/24614880>

Wehrich, H. (1982). The TOWS matrix—A tool for situational analysis. Long Range Planning, 15(2), 54–66. [https://doi.org/10.1016/0024-6301\(82\)90120-0](https://doi.org/10.1016/0024-6301(82)90120-0)

Zich, K., Nolting, H.-D., Nguyen, T., Tisch, T., & Rieckhof, S. (2022). Standortübergreifende, wissenschaftliche Evaluation der gemäß § 75a SGB V geförderten Kompetenzzentren Weiterbildung (SV 21-05): Abschlussbericht. https://www.iges.com/sites/iges-gruppe/iges/content/e2622/e2634/e7793/e8087/e8088/e8090/attr_objs17145/IGES_Abschlussbericht_GesamtevaluationderKW_2022-02-14-mitCover_ger.pdf

7. Anlagen

7.1. Ergänzende Angaben zu Methodik und Erhebungsdesign

Fallselektion ÄiW

Der Datensatz umfasste vollständig abgeschlossene Interviews, unvollständige Fragebögen, Abbruchfälle sowie systembedingte Missing-Werte. Als zentrales Einschlusskriterium wurde festgelegt, dass die Befragten mindestens den dritten Fragebogenblock erreicht haben mussten, der die zentralen inhaltlichen Fragestellungen zu Nutzung, Bewertung und Effekten der KW-Angebote umfasst. Fälle, die diese Mindestanforderung nicht erfüllten, wurden als nicht auswertbar klassifiziert und aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Zusätzlich wurden systembedingte Missing-Werte, technische Abbrüche sowie inhaltlich unplausible Antwortmuster geprüft und bereinigt. Ziel war die Sicherstellung einer belastbaren Datenbasis und die Minimierung durch unvollständige oder nicht valide Datensätze zu minimieren.

Bildung der Analysegruppen ÄiW

Zur differenzierten Analyse der Nutzung und Wirkung der KW-Angebote wurde der bereinigte Datensatz in analytisch relevante Gruppen unterteilt. Zentrale Unterscheidungsdimension war der Nutzungsstatus der Befragten in Bezug auf die KW-Angebote. Auf Basis entsprechender Filterfragen im Fragebogen wurden für die ÄiW-Befragung zwei Hauptgruppen gebildet:

- ÄiW mit Nutzung bzw. Einschreibung in ein KW (n = 744)
- ÄiW ohne Nutzung bzw. ohne Einschreibung in ein KW (n = 631)

Innerhalb der Gruppe der Nutzenden wurden darüber hinaus differenziertere Analysen vorgenommen, insbesondere zu Art und Umfang der Inanspruchnahme einzelner Angebotsformate (z. B. Seminare, Mentoring). Für die Gruppe der Nicht-Nutzenden wurde untersucht, inwieweit Kenntnisstand, Nutzungsabsicht und wahrgenommene Barrieren die mögliche Teilnahme beeinflussen.

Zur Einordnung der gebildeten Analysegruppen werden im Folgenden zentrale strukturelle Merkmale der Stichprobe differenziert nach Nutzungsstatus dargestellt.

Die Stichprobe ist insgesamt durch einen hohen Frauenanteil geprägt. In der Gruppe der ÄiW mit KW-Nutzung (n = 744) beträgt dieser 78,8 %, in der Vergleichsgruppe ohne Nutzung (n = 631) 72,9 %.

Die Altersstruktur unterscheidet sich zwischen den Gruppen nur geringfügig. In beiden Gruppen stellen die Altersgruppen zwischen 30 und 39 Jahren die größten Anteile (KW-Nutzende: 30–34 Jahre: 30,6 %, 35–39 Jahre: 29,6 %; Nicht-Nutzende: 25,8 % bzw. 30,7 %). Jüngere Befragte unter 30 Jahren (KW-Nutzende: 7,8 %; Nicht-Nutzende: 8,6 %) sowie ältere Altersgruppen ab 45 Jahren (14,0 % bzw. 15,1 %) sind ebenfalls vergleichbar vertreten.

ÄiW mit KW-Nutzung befinden sich häufiger in fortgeschrittenen Weiterbildungsjahren. Der Anteil im 5. Weiterbildungsjahr liegt bei den Nutzenden bei 28,9 % gegenüber 19,2 % unter den Nicht-Nutzenden. ÄiW in frühen Weiterbildungsphasen sind unter den Nutzenden hingegen seltener vertreten (1. Jahr: 6,5 %; 2. Jahr: 9,7 %).

Die Mehrheit der Befragten ist im ambulanten Bereich tätig. Der entsprechende Anteil beträgt 73,4 % bei den KW-Nutzenden und 70,2 % bei den Nicht-Nutzenden; die Unterschiede sind hier insgesamt gering.

Deutlichere Unterschiede zeigen sich bei der Einbindung in strukturierte Weiterbildungsformate: 41,8 % der KW-Nutzenden nehmen an einer Verbundweiterbildung teil, gegenüber 11,1 % der Nicht-Nutzenden. Auch beim Zugang zur Weiterbildung bestehen Unterschiede: ÄiW mit KW-Nutzung sind häufiger direkt nach dem Studium in die allgemeinmedizinische Weiterbildung eingestiegen (57,3 %) als Befragte ohne Nutzung (45,5 %).

Insgesamt fallen die Unterschiede zwischen Nutzenden und Nicht-Nutzenden in vielen strukturellen Merkmalen moderat aus. Auffällig sind insbesondere Unterschiede im Weiterbildungsverlauf sowie in der Einbindung in strukturierte Weiterbildungsformate, die bei der Interpretation der Analysen zu berücksichtigen sind.

Eine entsprechende Differenzierung für die Weiterbildenden wird im weiteren Verlauf ergänzt.

Datenaufbereitung, Fallselektion und Bildung der Analysegruppen Weiterbildende

Auch für die Weiterbildenden wurde der bereinigte Datensatz in Analysegruppen unterteilt. Analog der ÄiW-Befragung erfolgte die Gruppierung anhand des Nutzungsstatus der KW-Angebote.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Unter den Weiterbildenden mit KW-Nutzung sind 51,0 % weiblich und 48,0 % männlich. In der Gruppe ohne KW-Nutzung fällt der Frauenanteil mit 41,1 % deutlich geringer aus, während der Männeranteil bei 57,6 % liegt. Personen mit diverser Geschlechtsangabe sowie ohne Angabe sind in beiden Gruppen marginal vertreten (jeweils unter 1,5 %).

Beide Gruppen sind klar durch eine ältere Altersstruktur geprägt. Der überwiegende Teil der Weiterbildenden ist 45 Jahre oder älter (KW-Nutzung: 85,2 %; ohne KW-Nutzung: 81,4 %). Jüngere Altersgruppen unter 40 Jahren sind in beiden Gruppen nur sehr schwach vertreten (jeweils unter 3,5 %). Dies weist insgesamt auf eine Zielgruppe mit hoher beruflicher Erfahrung hin.

Nahezu alle Befragten verfügen über eine formale Weiterbildungsbefugnis. Der Anteil liegt bei den KW-Nutzenden bei 97,2 % und bei den Nicht-Nutzenden sogar bei 98,8%. Damit handelt es sich in beiden Gruppen weitgehend um strukturell etablierte Weiterbildende.

Der Arbeitskontext wird durch den ambulanten Bereich dominiert. 99,4 % der Weiterbildenden mit KW-Nutzung und 97,9 % ohne KW-Nutzung sind ambulant tätig. Stationäre Tätigkeiten spielen insgesamt eine untergeordnete Rolle und sind bei den KW-Nutzenden mit 0,6 % noch seltener als bei den Nicht-Nutzenden (2,1 %).

	Mit Nutzung KW	Ohne Nutzung KW
Nutzung KW	44,5%	55,5%
Geschlecht		
Männlich	48,0%	57,6%
Weiblich	51,0%	41,1%
Divers	0,4%	0,2%
Keine Angabe	0,6%	1,2%
Alter		
Unter 30 Jahre	0,0%	0,0%
30-34 Jahre	0,2%	2,0%
35-39 Jahre	2,6%	3,4%
40-44 Jahre	10,7%	14,1%
45 Jahre und älter	85,2%	81,4%
Keine Angabe	1,3%	0,9%
Weiterbildungsbefugnis		
Ja	97,2%	98,8%
Nein	2,8%	1,2%
Stationär/ambulant		
Stationär	0,6%	2,1%
ambulant	99,4%	97,9%

Tabelle 12: Soziodemographische Angaben der Weiterbildenden, eigene Darstellung. Fragen: Nehmen Sie Angebote eines Kompetenzzentrums Weiterbildung (KW) wahr? Was ist Ihr Geschlecht? Wie alt sind Sie? Haben Sie eine Weiterbildungsbefugnis? Arbeiten Sie stationär oder ambulant? n=1049

Auswertungsstrategie

Die quantitative Auswertung erfolgte überwiegend deskriptiv-statistisch. Berechnet wurden Häufigkeiten, Prozentwerte sowie gruppenspezifische Verteilungen. Für zentrale Fragestellungen wurden ergänzend gruppenvergleichende Analysen durchgeführt, insbesondere zwischen Nutzenden und Nicht-Nutzenden der KW-Angebote.

Zur besseren Interpretierbarkeit wurden Likert-Skalen teilweise zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst (z. B. Zustimmung, Neutralität, Ablehnung). Dieses Vorgehen ermöglicht eine klarere Darstellung zentraler Bewertungstendenzen.

Die Ergebnisse wurden tabellarisch und grafisch aufbereitet und im weiteren Bericht inhaltlich interpretiert. Ziel der Analyse war es, belastbare Aussagen zur Nutzung, Wahrnehmung und Wirkung der KW-Angebote abzuleiten sowie Ansatzpunkte für deren Weiterentwicklung zu identifizieren.

Ergänzend zur quantitativen Auswertung wurden die offenen Antworten der ÄiW inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Freitextangaben wurden zunächst systematisch gesichtet und anschließend induktiv thematischen Kategorien zugeordnet.

Die Kategorisierung erfolgte für die drei offenen Fragen: (1) Motivation für die Wahl der Allgemeinmedizin, (2) Verbesserungsvorschläge zu den KW-Angeboten sowie (3) ergänzende Hinweise zur Weiterbildung. Dabei wurden zentrale Themenfelder (z. B. Inhalte, Organisation, Zeit, Zugang) gebildet und die Antworten entsprechend zugeordnet. Die Codierung erfolgte binär (0/1) pro Kategorie, wobei Mehrfachzuordnungen möglich waren. Ergänzend wurden ausgewählte Zitate herangezogen, um zentrale Befunde exemplarisch zu illustrieren.

Durchführung der Befragung und Datenauswertung

Die Onlinebefragungen wurden mit dem Erhebungsprogramm LimeSurvey programmiert und nach Durchführung eines umfassenden Pretests an die Zielgruppen versendet. Zum Einsatz kamen überwiegend geschlossene, aber auch offene Fragen.

Die Befragungsdaten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet und aufbereitet. Zentrale Ergebnisse der Onlinebefragungen flossen in die Validierungsworkshops ein. Die Befunde werden in den entsprechenden Ergebniskapiteln tabellarisch und grafisch dargestellt. Zur Sicherstellung der Anschlussfähigkeit an vorangegangene Evaluationen wurden – soweit möglich – Skalen und Items verwendet, die bereits in Erhebungen der Gemeinsamen Einrichtung (GE), der KBV sowie in der standortübergreifenden Evaluation durch IGES zur Anwendung kamen.

Darüber hinaus wurden zur Erfassung von Kompetenzentwicklungen der ÄiW ausgewählte Kompetenzbereiche berücksichtigt, die sich an etablierten kompetenzbasierten Standards orientieren (u. a. CanMEDS-Modell, DEGAM, Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)).

Methodische Einschränkungen

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf Selbstauskünften der Befragten und bilden deren Einschätzungen ab. Insbesondere bei der Bewertung von Kompetenzzuwächsen und Wirkungen ist daher zu berücksichtigen, dass es sich um subjektiv wahrgenommene Effekte handelt.

Zudem ist zu beachten, dass die Nutzung der KW-Angebote im vorliegenden Datensatz über die Einschreibung in ein Kompetenzzentrum operationalisiert wird. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine klare Abgrenzung zwischen Nutzenden und Nicht-Nutzenden, bildet jedoch nicht alle Formen informeller oder punktueller Nutzung vollständig ab.

Die Analyse orientiert sich methodisch an den Auswertungsansätzen der vorherigen standortübergreifenden Evaluation (Zich et al. 2022). Aufgrund unterschiedlicher Fragebogengestaltung besteht jedoch keine vollständige Vergleichbarkeit aller Einzeldikatoren.

7.2. Onlinebefragung der Kompetenzzentren Weiterbildung

Stichprobenbeschreibung

Der überwiegende Teil der KW nahm die Förderung bereits im Jahr 2016 (Schleswig-Holstein) bzw. 2017 (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Thüringen) auf, also unmittelbar nach Etablierung der entsprechenden Förderstruktur. Weitere KW folgten in den Jahren 2018 (Berlin, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Westfalen-Lippe) oder 2019 (Brandenburg).

Insgesamt verdeutlichen die Daten eine frühe und bundesweit breite Inanspruchnahme der Förderung gemäß § 75a SGB V, was auf eine hohe strukturelle Relevanz dieses Instruments für den Aufbau der Kompetenzzentren schließen lässt. Eine Unterbrechung der Förderung wird ausschließlich für das Kompetenzzentrum Brandenburg berichtet. Als Grund für die Unterbrechung wird eine zu geringe Zahl erreichter Teilnehmender angegeben; die Förderung war dort im Zeitraum 30. September 2020 bis 1. Januar 2023 ausgesetzt. Brandenburg stellt damit einen singulären Sonderfall innerhalb der Stichprobe dar.

7.3. Anlagen zu den Ergebnissen der Erhebung der Ärzt*innen in Weiterbildung

Informationskanäle zu KW-Angeboten

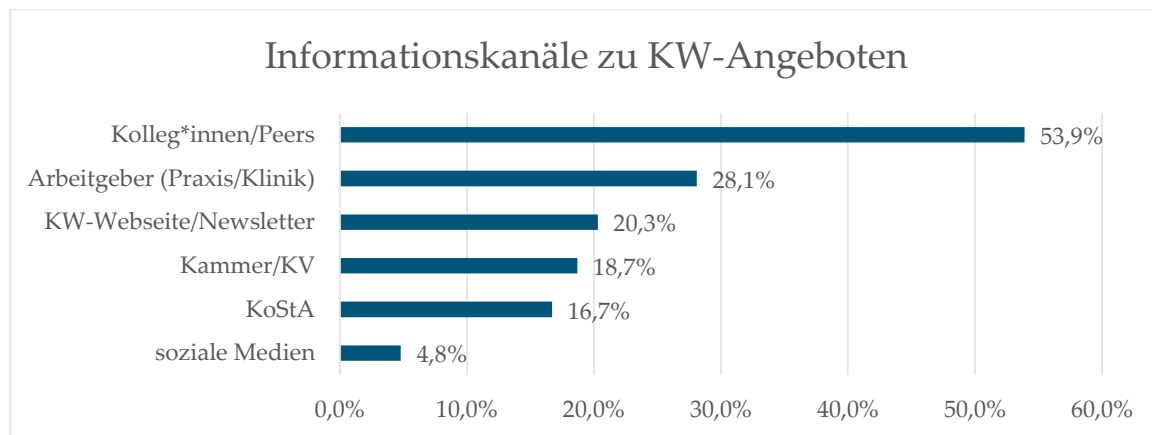


Abbildung 18: Informationskanäle über KW-Angebote, eigene Darstellung. Frage: Über welche Kanäle haben Sie von den KW-Angeboten erfahren? ÄiW mit Kenntnis des KW ($n = 918$), Mehrfachnennungen möglich

Weiterbildungskontext von von ÄiW mit und ohne KW-Nutzung

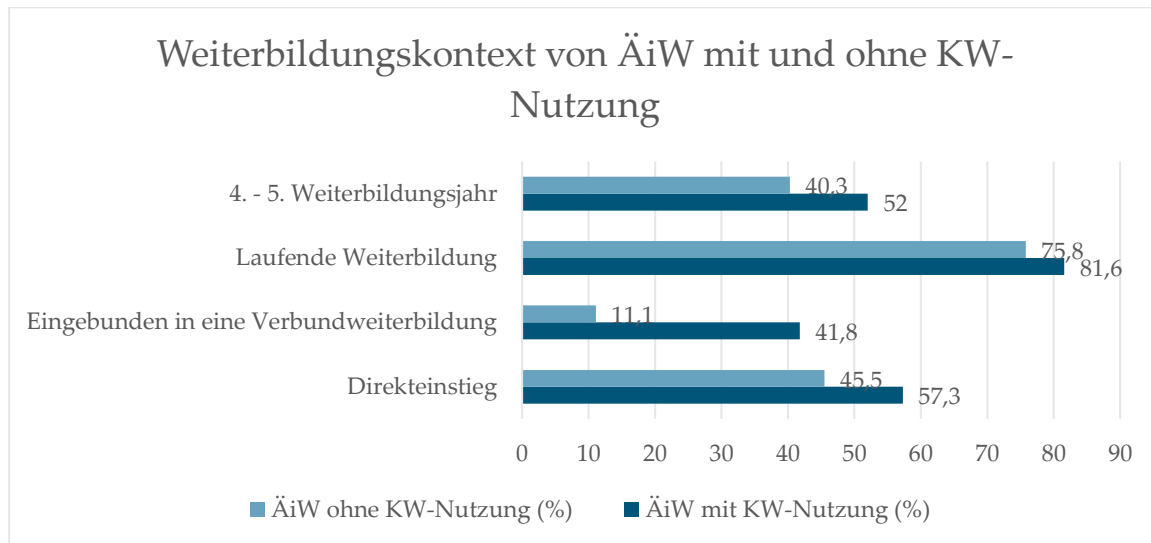


Abbildung 19: Weiterbildungskontext von ÄiW mit und ohne Nutzung von KW-Angeboten, eigene Darstellung. Fragen: In welchem Jahr Ihrer allgemeinmedizinischen Weiterbildung befinden Sie sich derzeit? Nehmen Sie an einer Verbundweiterbildung teil? In welchem Status befindet sich Ihre allgemeinmedizinische Weiterbildung aktuell? Sind Sie direkt nach dem Studium in die allgemeinmedizinische Weiterbildung eingestiegen oder über einen Quereinstieg? n = 744 (mit KW-Nutzung), 631 ohne KW-Nutzung)

Kompetenzzuwachs durch KW-Angebote aus Sicht der ÄiW

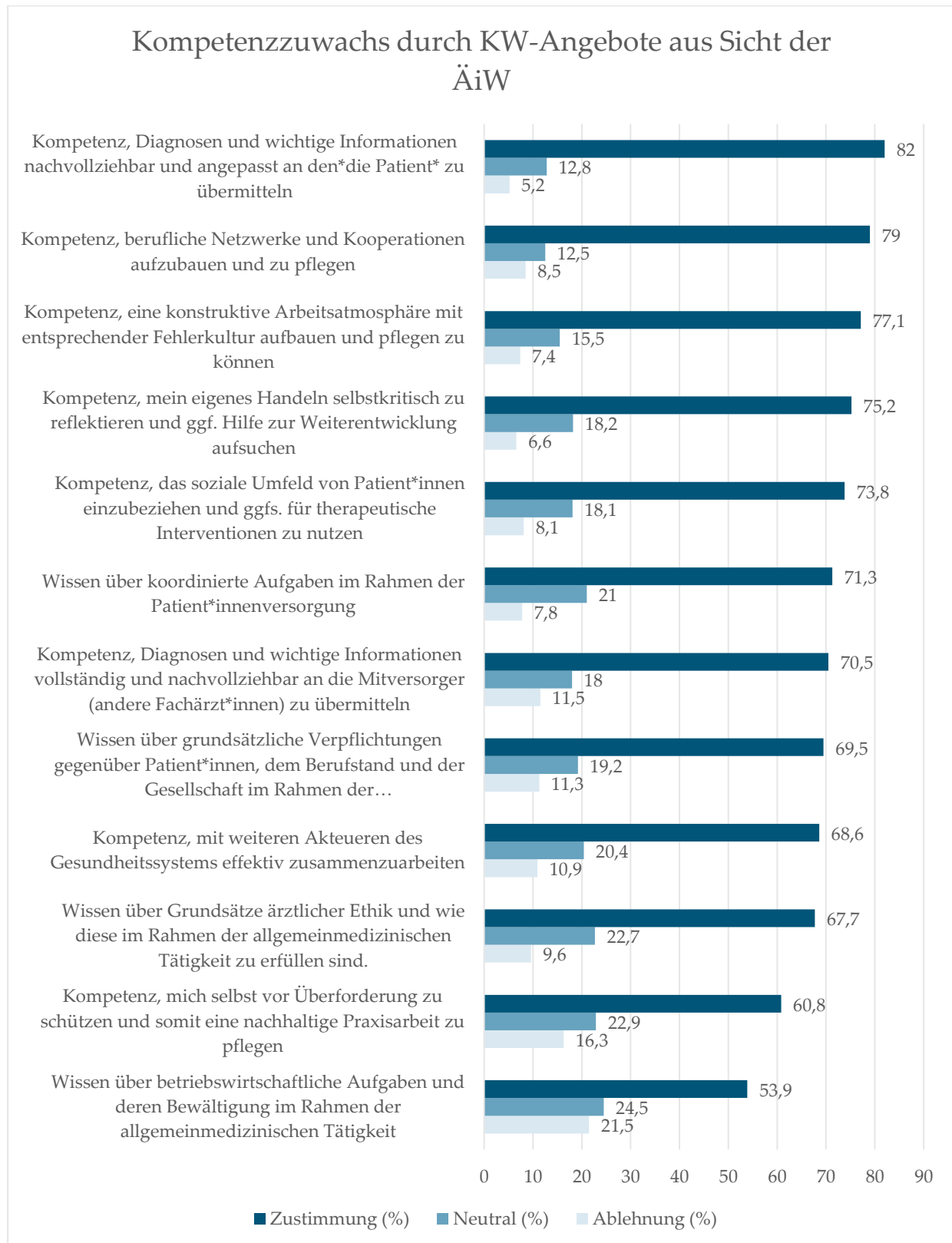


Abbildung 20: Kompetenzzuwachs durch KW-Angebote aus Sicht der ÄiW, eigene Darstellung. Frage: Inwieweit haben die Angebote der KW Ihre Kompetenzen in den folgenden Bereichen erweitert? ÄiW mit KW-Einschreibung (n=744); gültige Antworten je Item variieren (n = 599–616)

Psychosoziale und persönliche Kompetenzgewinne durch KW-Angebote

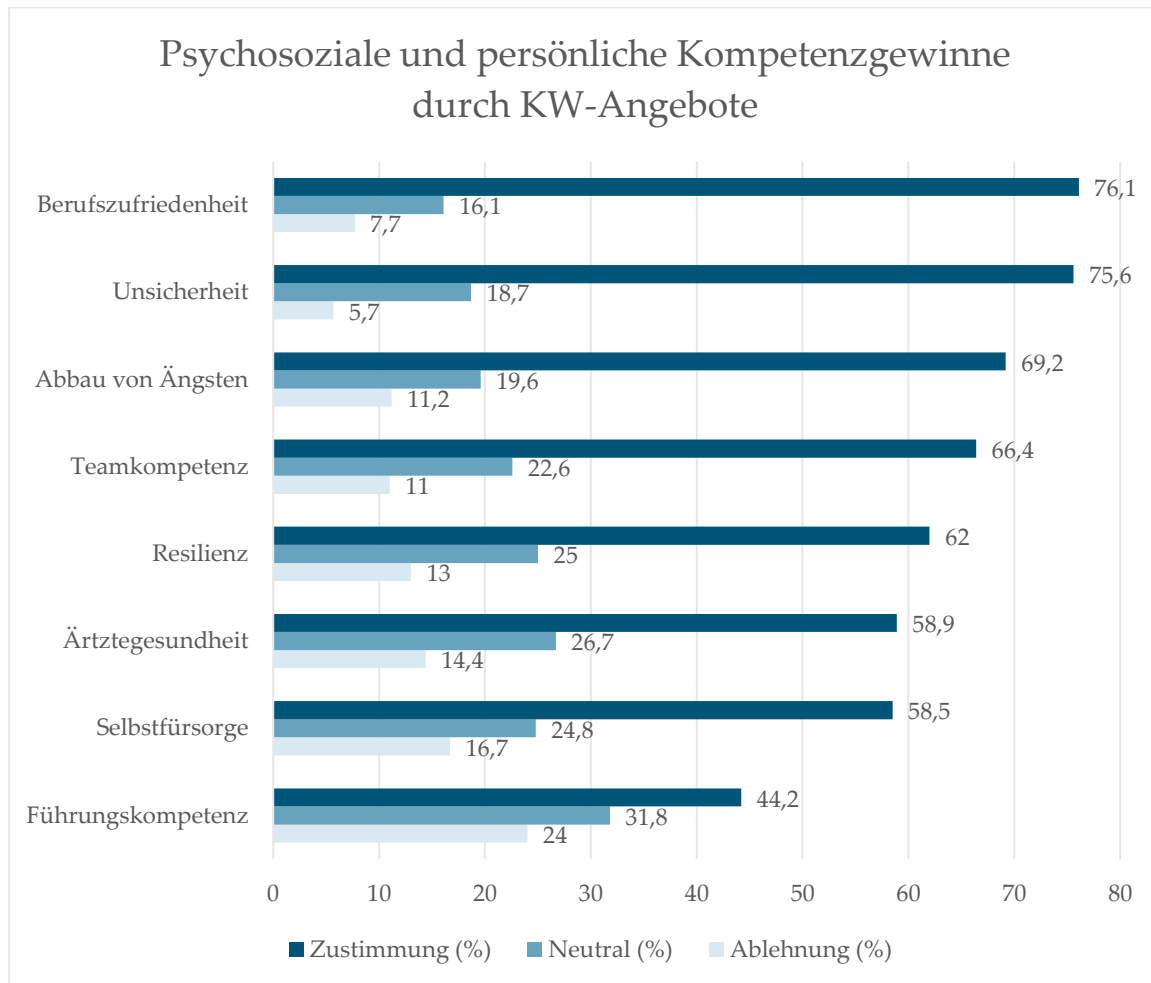


Abbildung 21: Psychosoziale und persönliche Kompetenzgewinne durch KW-Angebote, eigene Darstellung. Frage: Wie sehr stimmen Sie zu, dass die KW-Angebote Ihren Umgang mit den folgenden Themen verbessert haben. ÄiW mit KW-Einschreibung (n=744); gültige Antworten je Item variieren (n = 595-610)

7.4. Anlagen zu den Ergebnissen der Erhebung der Weiterbildenden

Zuordnung KW der Weiterbildende mit KW-Nutzung

KW	Weiterbildende mit KW-Nutzung
Baden-Württemberg	55,5%
Bayern	12,9%
Berlin	5,0%
Brandenburg	0,6%
Bremen	0,7%
Hessen	3,6%
Mecklenburg-Vorpommern	0,6%
Niedersachsen	3,5%
Nordrhein	5,8%
Rheinland-Pfalz	1,0%
Saarland	1,2%
Sachsen	1,6%
Schleswig-Holstein	4,1%
Thüringen	0,2%
Westfalen-Lippe	2,3%

Tabelle 13: Zuordnung KW der Weiterbildende mit Nutzung, eigene Darstellung. Frage: Auf welches Kompetenzzentrum beziehen Sie Ihre Antworten in diesem Fragebogen? n = 467

KV-Bezirk der Weiterbildende ohne Nutzung der KW

	Weiterbildende ohne KW-Nutzung
Baden-Württemberg	9,3%
Bayern	20,1%
Berlin	5,7%
Brandenburg	0,9%
Bremen	0,3%
Hamburg	0,3%
Hessen	7,9%
Mecklenburg-Vorpommern	0,9%
Niedersachsen	12,7%
Nordrhein	14,4%
Rheinland-Pfalz	1,5%
Saarland	1,2%
Sachsen	4,5%
Sachsen-Anhalt	0,0%
Schleswig-Holstein	7,0%
Thüringen	1,0%
Westfalen-Lippe	9,8%
keine Angaben	2,4%

Tabelle 14: KV-Bezirk der Weiterbildende ohne Nutzung der KW, eigene Darstellung. Frage: In welcher KV-Region sind Sie als WB tätig? n = 582

Anzahl besuchte TtT-Fortbildungen

Anzahl	Gesamt (in %)	Mit KW-Nutzung (in %)	Ohne KW-Nutzung (in %)
1	51,8%	53,7%	48,7%
2	28,4%	31,7%	23,0%
3	9,3%	6,9%	13,2%
4	5,0%	5,7%	3,9%
5	1,5%	0,8%	2,6%
6	1,0%	0,4%	2,0%
10	1,3%	0,4%	2,6%
11	0,3%	0,0%	0,7%
12	0,5%	0,0%	1,3%
20	0,5%	0,0%	1,3%
25	0,3%	0,4%	0,0%
30	0,3%	0,0%	0,7%
N	398	246	152

Tabelle 15: Anzahl der besuchten TtT-Fortbildungen der Weiterbildenden, eigene Darstellung. Frage: Wie viele TtT-Fortbildungen haben Sie in den letzten 12 Monaten besucht?

Gründe für Nicht-Teilnahme an TtT-Fortbildungen

Gründe	Mit KW-Nutzung (in %)	Ohne KW-Nutzung (in %)
keine Zeit	70,3%	62,8%
Carearbeit	7,4%	9,1%
zu weit entfernt	9,7%	13,6%
keine passenden Angebote	32,6%	42,6%
Sonstige		62,8%
N	175	331

Tabelle 16: Gründe für die Nicht-Teilnahme an TtT-Fortbildungen der Weiterbildenden, eigene Darstellung. Frage: Warum nehmen Sie nicht an TtT-Fortbildungen teil? Mehrfachantworten möglich

Bewertung der TtT-Angebote durch Weiterbildenden ohne KW-Nutzung

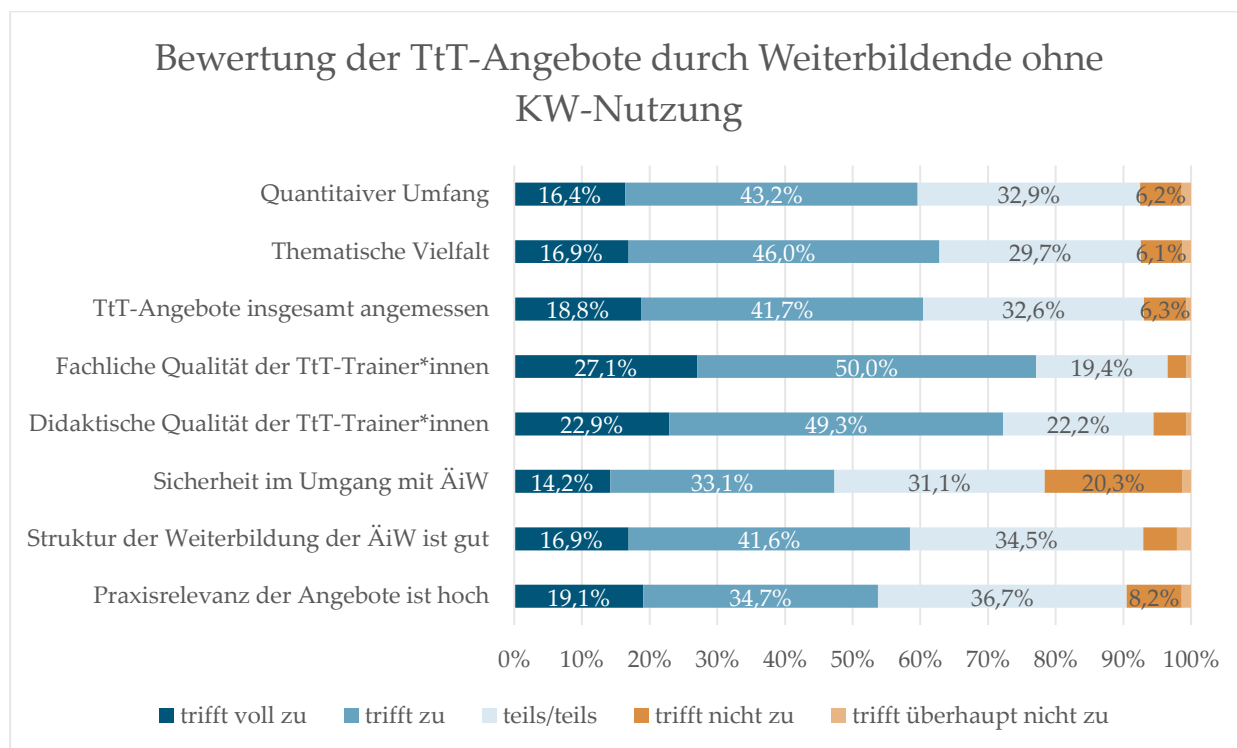


Abbildung 22: Bewertung der TtT-Angebote durch Weiterbildenden ohne KW-Nutzung, eigene Darstellung. Frage: Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen.⁵¹ n = 144-148

Anzahl der betreuten ÄiW

Kategorie	Gesamt n	Gesamt %	Ohne KW-Nutzung n	Ohne KW-Nutzung %	Mit KW-Nutzung n	Mit KW-Nutzung %
0	95	9,1%	53	9,1%	42	9,0%
1	690	65,8%	395	67,9%	295	62,2%
2	175	16,7%	91	15,8%	84	18,0%
3	45	4,3%	18	3,1%	27	5,8%
4	13	1,2%	5	0,9%	8	1,7%
5	9	0,9%	6	1,0%	3	0,6%
6	1	0,1%	1	0,2%	0	0,0%
7	2	0,2%	2	0,3%	0	0,0%
8	2	0,2%	0	0,0%	2	0,4%
9	2	0,2%	2	0,3%	0	0,0%
10	3	0,3%	2	0,3%	1	0,2%
15	2	0,2%	1	0,2%	1	0,2%
Gesamt	1039	99,0%	576	99,0%	463	99,1%
fehlend	10	1,0%	6	1,0%	4	0,9%

Tabelle 17: Anzahl der betreuten ÄiW durch die Weiterbildenden, eigene Darstellung. Frage: Wie viele ÄiW betreuen Sie?

⁵¹ Werte unter 5,0 % werden aufgrund der Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

Betreute ÄiW in KW eingeschrieben

Kategorie	Gesamt n	Gesamt %	Ohne n	Ohne %	Mit n	%
ja	434	41,8%	150	26,0%	284	61,3%
nein	239	23,0%	174	30,2%	65	14,0%
teils/teils	67	6,4%	22	3,8%	45	9,7%
ich weiß es nicht	299	28,8%	230	39,9%	69	14,9%
fehlend	10	/	6	/	4	/

Tabelle 18: Betreute ÄiW der Weiterbildenden mit oder ohne Nutzung der KW, eigene Darstellung. Frage: Sind die von Ihnen betreuten ÄiW in ein KW eingeschrieben? n = 1.049

Angemessenheit Betreuungsverhältnis

Kategorie	Gesamt n	Gesamt %	Ohne KW-Nutzung n	Ohne %	Mit KW-Nutzung n	%
sehr angemessen	250	33,9%	117	33,8%	133	33,9%
angemessen	379	51,4%	175	50,6%	204	52,0%
teils/teils	91	12,3%	40	11,6%	51	13,0%
nicht angemessen	8	1,1%	6	1,7%	2	0,5%
überhaupt nicht angemessen	10	1,4%	8	2,3%	2	0,5%
fehlend	311	/	236	/	75	/

Tabelle 19: Angemessenheit Betreuungsverhältnis Weiterbilder*in – ÄiW, eigene Darstellung. Frage: Wie angemessen finden Sie das quantitative Betreuungsverhältnis? n = 1.049

Anzahl der Mentee

Kategorie	Gesamt n	gültige Prozente
1	40	53,3%
2	8	10,7%
3	7	9,3%
4	1	1,3%
5	4	5,3%
6	1	1,3%
8	4	5,3%
10	4	5,3%
12	2	2,7%
17	1	1,3%
20	2	2,7%
26	1	1,3%
Gesamt	75	100,0%

Tabelle 20: Anzahl der Mentee, eigene Darstellung. Frage: Wie viele ÄiW haben Sie als Mentee?

Freistellung der ÄiW durch Weiterbildende

Kategorie	Gesamt n	Gesamt %	Ohne n	Ohne %	Mit n	%
1	79	9,9%	45	11,2%	34	8,6%
1,5	2	0,3%	1	0,2%	1	0,3%
2	101	12,7%	49	12,2%	52	13,2%
2,5	2	0,3%	2	0,5%	0	0,0%
3	61	7,7%	37	7,7%	30	7,6%
3,3	1	0,1%	1	0,2%	0	0,0%
4	137	17,2%	63	15,7%	74	18,7%
5	98	12,3%	56	13,9%	42	10,6%
6	27	3,4%	6	1,5%	21	5,3%
7	2	0,3%	2	0,5%	0	0,0%
8	146	18,3%	74	18,4%	72	18,2%
10	49	6,1%	29	7,2%	20	5,1%
12	15	1,9%	4	1,0%	11	2,8%
13	1	0,1%	0	0,0%	1	0,3%
15	13	1,6%	9	2,2%	4	1,0%
16	22	2,8%	10	2,5%	12	3,0%
20	23	2,9%	12	3,0%	11	2,8%
24	5	0,6%	1	0,2%	4	1,0%
28	2	0,3%	2	0,5%	0	0,0%
30	3	0,4%	3	0,7%	0	0,0%
32	3	0,4%	0	0,0%	3	0,8%
40	2	0,3%	2	0,5%	0	0,0%
80	3	0,4%	0	0,0%	3	0,8%

Tabelle 21: Stunden der Freistellung der ÄiW durch Weiterbildende, eigene Darstellung. Frage: Werden die ÄiW bei Ihnen freigestellt? Wenn ja, wie viele Stunden im Monat? n = 797

Einschätzung Kompetenzzuwachs der ÄiW mit KW-Nutzung

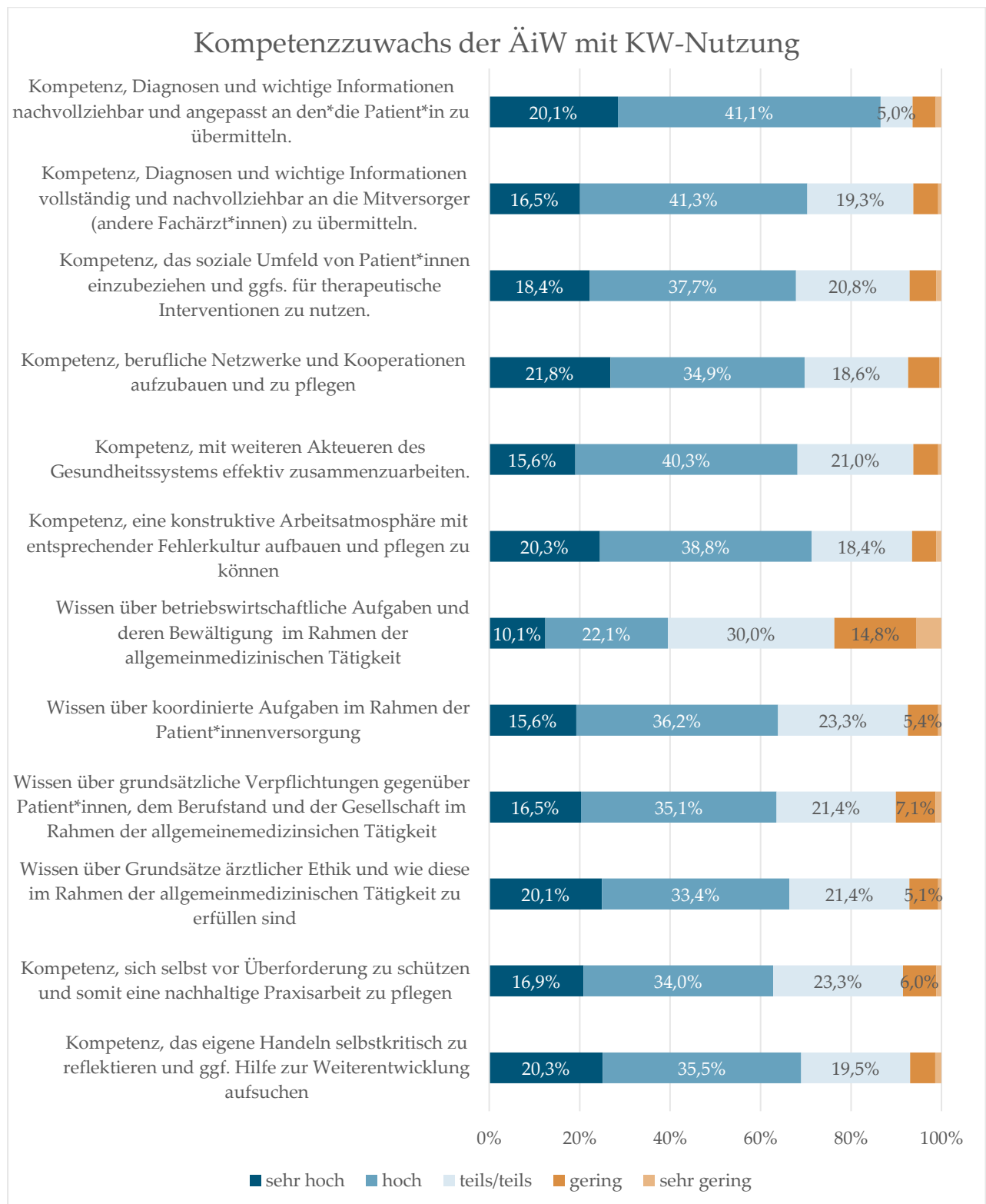


Abbildung 23: Kompetenzzuwachs der ÄiW mit KW-Nutzung, eigene Darstellung. Frage: Wie schätzen Sie den Kompetenzzuwachs bei den ÄiW ein?⁵² n = 379-392

⁵² Werte unter 5,0 % werden aufgrund der Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

Einschätzung Kompetenzzuwachs der ÄiW ohne KW-Nutzung

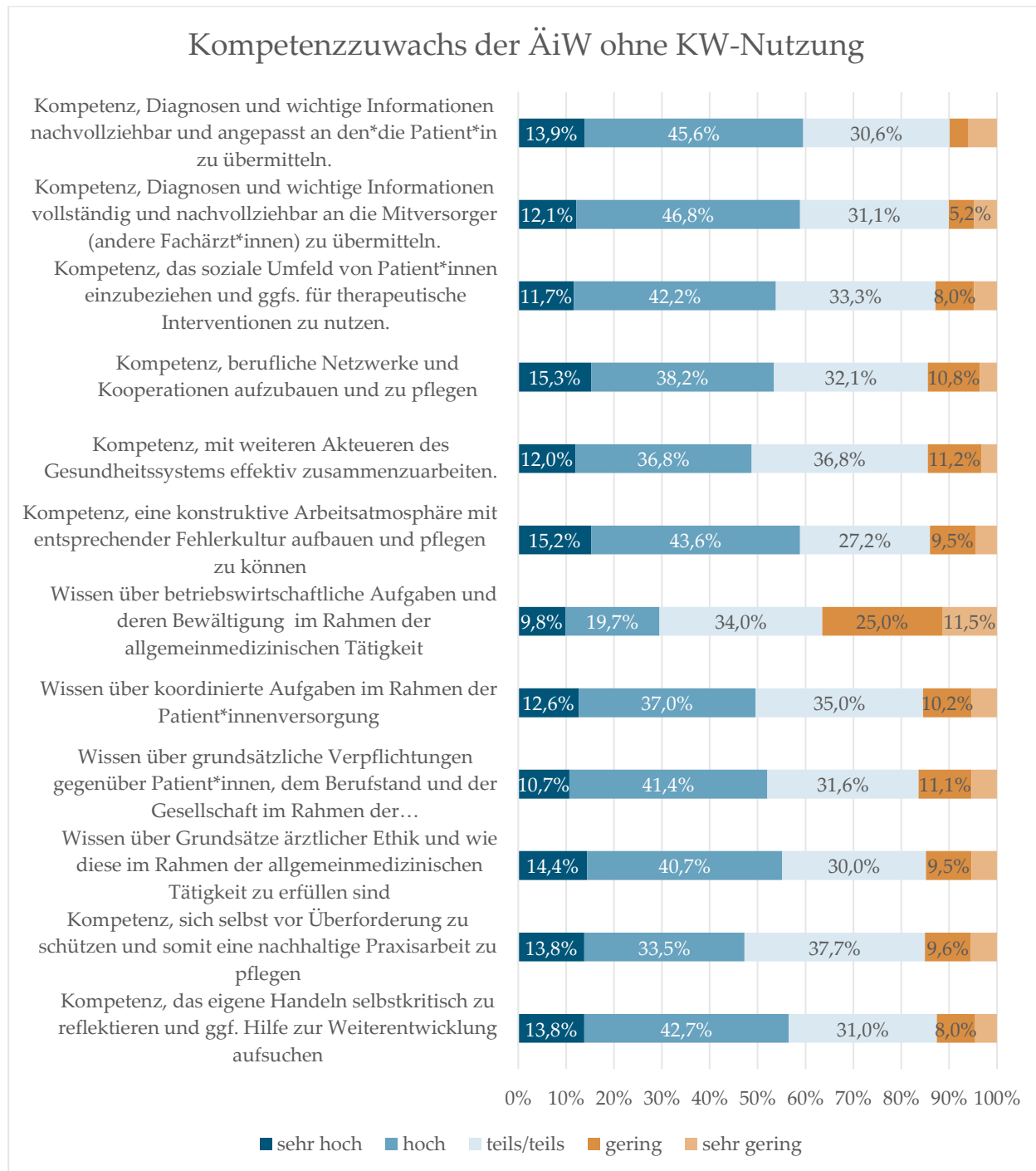


Abbildung 24: Kompetenzzuwachs der ÄiW ohne KW-Nutzung, eigene Darstellung. Frage: Wie schätzen Sie den Kompetenzzuwachs bei den ÄiW ein?⁵³ n = 239-252

⁵³ Werte unter 6,0 % werden aufgrund der Lesbarkeit nicht ausgewiesen.

7.5. Anlagen zu den Ergebnissen der Erhebung der Kompetenzzentren Weiterbildung

Curriculum

KW	Angaben zum zugrundeliegenden Curriculum
BW	Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM sowie eigenes KWBW Curriculum (Stengel S, Förster C, Fuchs M, Bischoff M, Ledig T, Streitlein-Böhme I, Gulich M, Haumann H, Valentini J, Kohlhaas A, Graf von Luckner A, Reith D, Fehr F, Magez J, Eismann-Schweimler J, Szecsenyi J, Joos S, Schwill S. Developing a seminar curriculum for the Competence Center for General Practice in Baden-Wuerttemberg - a progress report. GMS J Med Educ. 2021 Feb 15;38(2):Doc36. doi: 10.3205/zma001432. PMID: 33763521; PMCID: PMC7958914.)
BY	kompetenzbasiertes Curriculum der DEGAM
BE	"Seminarprogramm: kompetenzbasiertes Curriculum der DEGAM und eigenes Curriculum des KW Berlin
BB	Train the Trainerprogramm: Checkliste der DEGAM"
HH	DEGAM Curriculum
HE	5-jähriges Modellcurriculum mit Themen zu Praxisorganisation, evidenzbasiertem medizinischen Wissen, praktischen Fertigkeiten und allgemeinmedizinischer Haltung (DEGAM-basiert)
MV	"Die inhaltliche Ausgestaltung der KW-Angebote orientiert sich am Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin, dem das CanMEDS-Modell zugrunde liegt, dabei aber speziell die Besonderheiten der Weiterbildung Allgemeinmedizin berücksichtigt bzw. in Orientierung am Paedcompenda für die Kinder- und Jugendmedizin sowie am Modell der sechs Kernkompetenzen für Lehrende in der Medizin der Gesellschaft für medizinischen Ausbildung. Für die Konzeption des Mentoringprogramms wurde im Rahmen einer Dissertation eine eigene
NI	hessenspezifische Bedarfsentwicklung, Implementierung und Evaluation durchgeführt. Der Gestaltung der Mentoringtreffen liegt das Konzept zur Gruppenleitung der Themenzentrierten Interaktion (TZI) zugrunde."
NR	Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM
RP	Das Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin (KCA) der DEGAM, ergänzt durch einige dort fehlende Elemente aus der Weiterbildungsordnung in Niedersachsen
SL	"Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) / eLogbuch
SN	Ergänzend: Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin"
SH	Eigenes und DEGAM
TH	Unser Curriculum orientiert sich an: Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin, CanMEDS, Weiterbildungskatalog Facharzt Allgemeinmedizin der LÄK des Saarlandes, Leitlinien der DEGAM und der nat. Versorgungsleitlinien.
WL	Zentrale Grundlage der Angebote des KW ist das SGAM-Curriculum, das in Anlehnung an das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin der DEGAM, das CanMEDS-Modell sowie die ICPC-3 entwickelt wurde. Die geltende Weiterbildungsordnung (WBO) der SLÄK bildet den formalen Rahmen.

Tabelle 22: zugrundeliegendes Curriculum, eigene Darstellung. Frage: Welches Curriculum liegt den Angeboten des KW zugrunde?

Leistungsorientierte Finanzierung

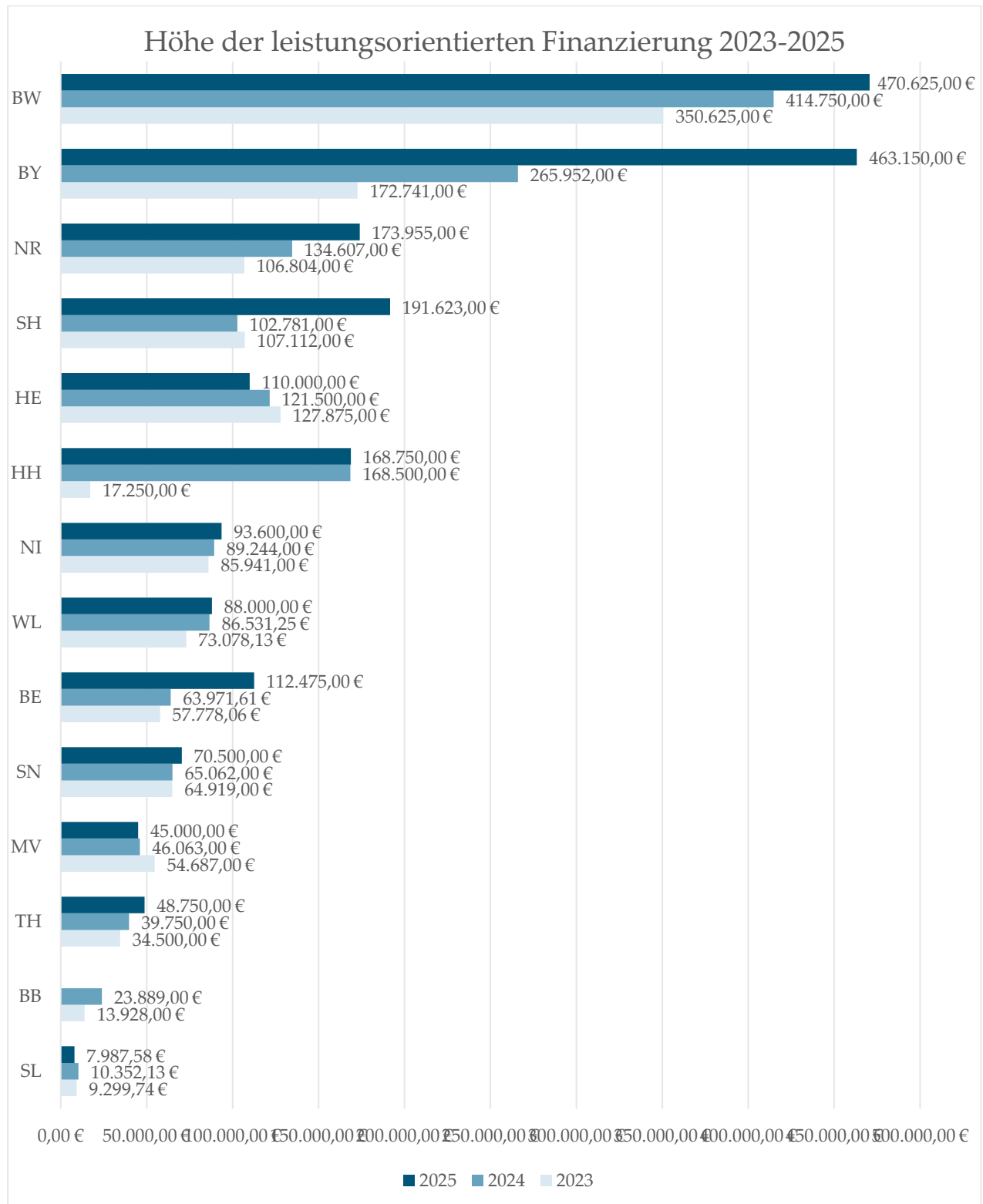


Abbildung 25: Leistungsorientierte Finanzierung der KW 2023-2025 – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Wie hoch fiel die leistungsorientierte Finanzierung Ihres KW in den letzten drei Jahren aus?⁵⁴ n = 14

⁵⁴ Keine Angaben zur Frage vom KW Rheinland-Pfalz.

Jahr	N	Minimum	Median	Mittelwert	Maximum	SD
2023	14	9.299,74 €	68.998,56 €	91.181,28 €	350.625,00 €	87.990,85 €
2024	14	10.352,13 €	87.887,63 €	116.639,50 €	414.750,00 €	108.229,09 €
2025	13	7.987,58 €	110.000,00 €	157.262,74 €	470.625,00 €	147.375,06 €

Tabelle 23: Leistungsorientierte Finanzierung der KW 2023-2025 - Gesamt, eigene Darstellung. Frage: Wie hoch fiel die leistungsorientierte Finanzierung Ihres KW in den letzten drei Jahren aus?

Basisfinanzierung für Standortausbau

Kompetenzzentrum	2023	2024	2025
Bayern ⁵⁵	250 €	250 €	250 €
Hessen	20.000 €	20.000 €	20.000 €
Niedersachsen	47.711 € Aufbaufinanzierung /14.708 € Ausbaufinanzierung (zzgl. 20% Infrastrukturpauschale)	20.542 € nur Ausbau 4. Standort (zzgl. 20% Infrastrukturpauschale)	27.470 € Ausbau 4. Standort (zzgl. 20% Infrastrukturpauschale)
Sachsen	15.000 €	20.000 €	20.000 €
Thüringen	20.000 €	20.000 €	20.000 €
Westfalen-Lippe	41.813,11 €		

Tabelle 24: Erhöhung der Basisfinanzierung – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Hat Ihr KW in den letzten drei Jahren eine Erhöhung der Basisfinanzierung für den Auf- oder Ausbau einer dezentralen Angebotsstruktur mit mindestens einem weiteren Standort erhalten?⁵⁶ n = 6

⁵⁵ Angaben des KW Bayern nicht nachvollziehbar, daher wurden diese Angaben in der vertiefenden Analyse nicht berücksichtigt.

⁵⁶ Die KW Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein haben angegeben, in den Jahren 2023-2025 keine Basisfinanzierung für den Standortausbau erhalten zu haben.

Selbsteinschätzung der KW zur personellen und finanziellen Ausstattung

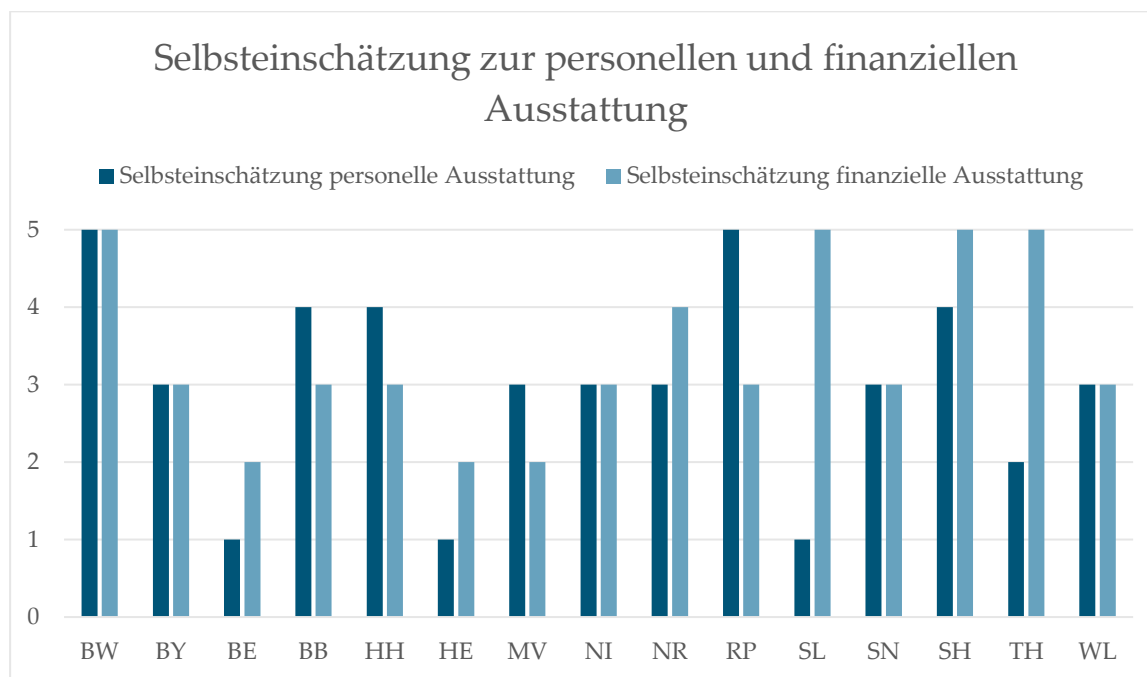


Abbildung 26: Selbsteinschätzung zur personellen und finanziellen Ausstattung – nach KW, eigene Darstellung. Fragen: Bitte schätzen Sie die personelle Ausstattung Ihres KW ein. Bitte schätzen Sie die finanzielle Ausstattung Ihres KW ein. 1=sehr schlecht, 2=schlecht, 3=ausreichend, 4=gut, 5=sehr gut.

Kostenbeiträge für Train-the-Trainer-Fortbildungen

Kompetenzzentrum	Höhe Kostenbeitrag
Baden-Württemberg	160 €
Bayern	50€
Hamburg	35€
Niedersachsen	je nach Umfang der Fortbildung: aktuell 70 € für 8 UE, After Work Online ist kostenfrei
Rheinland-Pfalz	20 Euro (Verpflegungsgeld)
Saarland	40 €
Schleswig-Holstein	25 €
Thüringen	75-150 €

Tabelle 25: Kostenbeiträge für Train-the-Trainer-Fortbildungen – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Welche Höhe hat der von Ihnen erhobene Kostenbeitrag an TtT-Fortbildungen?⁵⁷ n = 8

⁵⁷ Die Kompetenzzentren Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Sachsen und Westfalen-Lippe haben angegeben, keine Kostenbeiträge für TtT-Fortbildungen zu erheben.

Angebote der Kompetenzzentren Weiterbildung

KW	ÄiW-Begleit-seminar	Einzel-mentoring	Gruppen-mentoring	Train-the-Trainer-Fortbildungen	Dozierenden-qualifizierung	Sonstiges
BW	✓	✓	✓	✓	✓	Infotage, Alumnitreffen
BY	✓	✓	X	✓	✓	Niederlasungskurs
BE	✓	✓	✓	✓	✓	PJ-Mentoring und Informationsveranstaltungen für Studierende und Mentor*innenschulungen
BB	✓	✓	✓	✓	✓	Lerngruppen/ Prüfungsvorbereitung
HH	✓	✓	✓	✓	✓	
HE	✓	✓	✓	✓	✓	Fallkonferenzen als Bestandteil des Seminarprogramms
MV	✓	✓	✓	✓	✓	Beratungsgespräche für frische ÄiW
NI	✓	✓	✓	✓	✓	Mentor*innenschulung
NR	✓	✓	✓	✓	✓	Train-the-Team
RP	✓	✓	✓	✓	✓	
SL	✓	✓	✓	✓	✓	Prüfungstraining
SN	✓	X	✓	✓	✓	
SH	✓	✓	✓	✓	✓	
TH	✓	✓	✓	✓	✓	
WL	✓	✓	✓	✓	✓	Offenes Mentoring

Tabelle 26: Angebote der Kompetenzzentren Weiterbildung – nach KW, eigene Darstellung; Frage: Welche Angebote macht Ihr KW den ÄiW und WB nach § 5 der Anlage IV zur Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V?

Anzahl der Angebote – ÄiW-Begleitseminare

KW	2023 ⁵⁸	2024 ⁵⁹	2025
Baden-Württemberg	336	352	360
Bayern	53	55	50
Berlin	86	88	86
Brandenburg	33	85	98
Hamburg	73	81	81
Hessen	207	162	145
Mecklenburg-Vorpommern	53	54	64
Niedersachsen	125	108	102
Nordrhein	57	56	55
Rheinland-Pfalz	4	4	4
Saarland	32	32	30
Sachsen	15	23	15
Schleswig-Holstein	8	8	8
Thüringen	11	12	13
Westfalen-Lippe	110	102	112
Gesamt	867	1.222	1.223

Tabelle 27: Anzahl der ÄiW-Begleitseminare – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Angebote haben Sie pro Jahr umgesetzt? [ÄiW-Begleitseminare]

⁵⁸ Im Abgleich zum Bericht der GE (KBV 2025a) wurden folgende Abweichungen identifiziert: Mecklenburg-Vorpommern: 49 (+4), Nordrhein: 228 (-171), Rheinland-Pfalz: 42 (-38), Schleswig-Holstein: 160 (-152).

⁵⁹ Im Abgleich zum Bericht der GE (2025b) wurden folgende Abweichungen identifiziert: Mecklenburg-Vorpommern: 49 (+5), Niedersachsen: 89 (+19), Nordrhein: 224 (-168), Rheinland-Pfalz: 41 (-37), Schleswig-Holstein: 208 (-200).

Anzahl der Angebote – Train-the-Trainer-Angebote

KW	2023 ⁶⁰	2024 ⁶¹	2025
Baden-Württemberg	10	10	8
Bayern	2	4	3
Berlin	4	5	6
Brandenburg	9	12	12
Hamburg	3	5	5
Hessen	6	7	14
Mecklenburg-Vorpommern	2	5	3
Niedersachsen	11	7	7
Nordrhein	5	4	2
Rheinland-Pfalz	3	3	3
Saarland	3	3	2
Sachsen	3	4	9
Schleswig-Holstein	2	2	2
Thüringen	4	3	1
Westfalen-Lippe	5	3	3
Gesamt	72	77	80

Tabelle 28: Anzahl der Train-the-Trainer-Angebote – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Angebote haben Sie pro Jahr umgesetzt? [Train-the-Trainer Angebote]

⁶⁰ Im Abgleich zum Bericht der GE (KBV 2025a) wurden folgende Abweichungen identifiziert: Rheinland-Pfalz: 4 (-1).

⁶¹ Im Abgleich zum Bericht der GE (KBV 2025b) wurden folgende Abweichungen identifiziert: Mecklenburg-Vorpommern: 2 (+3), Nordrhein: 5 (-1).

Anzahl der Angebote – Dozierenden-Qualifizierungen

KW	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	2	3	2
Bayern	1	16	9
Berlin	1	2	2
Brandenburg	7	10	4
Hamburg	0	1	0
Hessen	1	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	4
Niedersachsen	3	5	4
Nordrhein	9	2	8
Rheinland-Pfalz	1	1	1
Saarland	4	4	4
Sachsen	1	2	2
Schleswig-Holstein	0	1	1
Thüringen	1	1	1
Westfalen-Lippe	2	1	1
Gesamt	33	51	43

Tabelle 29: Anzahl der Dozierenden-Qualifizierungen – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Angebote haben Sie pro Jahr umgesetzt? [Dozierenden-Qualifizierungen]

Anzahl der Angebote – Einzelmentoring

KW	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	7	8	2
Bayern	11	5	10
Berlin	7	4	10
Brandenburg	12	20	15
Hamburg	4	5	2
Hessen	15	17	9
Mecklenburg-Vorpommern	14	17	12
Niedersachsen	2	18	15
Nordrhein	32	34	39
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	7	7	12
Sachsen	0	0	0
Schleswig-Holstein	20	75	75
Thüringen	0	1	0
Westfalen-Lippe	13	2	5
Gesamt	144	213	206

Tabelle 30: Anzahl der Einzelmentoring-Angebote – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Angebote haben Sie pro Jahr umgesetzt? [Einzelmentoring]

Anzahl der Angebote – Gruppenmentoring

KW	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	39	42	43
Bayern	0	0	0
Berlin	40	40	40
Brandenburg	25	18	29
Hamburg	20	20	20
Hessen	65	44	40
Mecklenburg-Vorpommern	5	6	7
Niedersachsen	58	56	48
Nordrhein	3	5	5
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	12	12	11
Sachsen	43	36	36
Schleswig-Holstein	28	24	24
Thüringen	15	18	13
Westfalen-Lippe	35	29	23
	388	350	339

Tabelle 31: Anzahl der Gruppenmentoring-Angebote – nach KW, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Angebote haben Sie pro Jahr umgesetzt? [Gruppenmentoring]

Formate der Angebote – Baden-Württemberg

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (synchron/ gleichzeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	40	0	60	0
2024	50	0	50	0
2025	50	0	50	0
Train-the-Trainer Angebote				
2023	80	0	20	0
2024	80	0	20	0
2025	80	0	20	0
Dozierenden-Qualifizierung				
2023			100	
2024			100	
2025			100	
Einzelmentoring				
2023	40	0	60	0
2024	40	0	60	0
2025	40	0	60	0
Gruppenmentoring				
2023	50	0	50	0
2024	50	0	50	0
2025	50	0	50	0

Tabelle 32: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Baden-Württemberg, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote - Bayern

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn- chron/ gleich- zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	74			26
2024	65			35
2025	70			30
Train-the-Trainer Angebote				
2023	100			
2024	95			5
2025	75	25		
Dozierenden-Qualifizierung				
2023	100			
2024	40			60
2025	40			60
Einzelmentoring				
2023	100			
2024				100
2025	-	-	-	-
Gruppenmentoring				
2023	-	-	-	-
2024	-	-	-	-
2025	-	-	-	-

Tabelle 33: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Bayern, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote - Berlin

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (synchron/ gleichzeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	44	0	56	0
2024	41	0	59	0
2025	33	0	67	0
Train-the-Trainer Angebote				
2023	62	0	38	0
2024	72	0	28	0
2025	73	0	27	0
Dozierenden-Qualifizierung				
2023	100			
2024	100			
2025	50	0	50	0
Einzelmentoring				
2023	14	0	86	0
2024			100	
2025			100	
Gruppenmentoring				
2023	84	0	13	0
2024	95	0	5	0
2025	90	5	5	0

Tabelle 34: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Berlin, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Brandenburg

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn- chron/ gleich- zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	33	0	66	0
2024	39	0	61	0
2025	38	0	62	0
Train-the-Trainer Angebote				
2023			100	
2024			100	
2025	10	0	90	0
Dozierenden-Qualifizierung				
2023	50	0	50	0
2024	30	0	70	0
2025	50	0	50	0
Einzelmentoring				
2023	10	0	90	0
2024	10	0	90	0
2025	10	0	90	0
Gruppenmentoring				
2023			100	
2024			100	
2025	40	0	60	0

Tabelle 35: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Brandenburg, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Hamburg

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (synchron/ gleichzeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	76	0	24	0
2024	100			
2025	100			
Train-the-Trainer Angebote				
2023	64	0	36	0
2024	100			
2025	100			
Dozierenden-Qualifizierung				
2023	0	0	0	0
2024	0	0	0	0
2025	0	0	0	0
Einzelmentoring				
2023	100			
2024	100			
2025	100			
Gruppenmentoring				
2023	83	0	17	0
2024	83	0	17	0
2025	83	0	17	0

Tabelle 36: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Hamburg, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote - Hessen

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn- chron/ gleich- zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	63	7	30	0
2024	45	10	45	0
2025	39	10	51	0
Train-the-Trainer Angebote				
2023	89	0	11	0
2024	82	0	18	0
2025	41	0	59	0
Dozierenden-Qua- lifizierung				
2023	100			
2024	100			
2025	0	0	0	0
Einzelmentoring				
2023	88	0	12	0
2024	67	0	33	0
2025	55	0	45	0
Gruppenmentoring				
2023	61	0	39	0
2024	61	2	37	0
2025	51	14	35	0

Tabelle 37: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Hessen, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Mecklenburg-Vorpommern

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (synchron/ gleichzeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	80		20	
2024	80		20	
2025	75	5	20	
Train-the-Trainer Angebote				
2023	90		10	
2024	90		10	
2025	80		10	10
Dozierenden-Qualifizierung				
2023	0		0	
2024	100			
2025	75		25	
Einzelmentoring				
2023	100			
2024	100			
2025	95		5	
Gruppenmentoring				
2023	100			
2024	100			
2025	95		5	

Tabelle 38: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Mecklenburg-Vorpommern, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Niedersachsen

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn- chron/ gleich- zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	70	0	30	0
2024	53	0	47	0
2025	53	0	47	0
Train-the-Trainer Angebote				
2023	73	0	27	0
2024	67	0	33	0
2025	67	0	33	0
Dozierenden-Qualifizierung				
2023			100	
2024			100	
2025				100
Einzelmentoring				
2023	60	0	40	0
2024	60	0	40	0
2025	60	0	40	0
Gruppenmentoring				
2023	93	0	7	0
2024	93	0	7	0
2025	90	0	10	0

Tabelle 39: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Niedersachsen, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Nordrhein

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn- chron/ gleich- zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	22,8	0	77,2	0
2024	25	0	75	0
2025	14,5	0	85,5	0
Train-the-Trainer Angebote				
2023			100	
2024			100	
2025			100	
Dozierenden-Qualifizierung				
2023			100	
2024			100	
2025			100	
Einzelmentoring				
2023			100	
2024			100	
2025			100	
Gruppenmentoring				
2023			100	
2024			100	
2025			100	

Tabelle 40: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Nordrhein, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Rheinland-Pfalz

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (synchron/ gleichzeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	100			
2024	100			
2025	100			
Train-the-Trainer Angebote				
2023	75			25
2024	75		25	
2025	75			25
Dozierenden-Qualifizierung				
2023	100			
2024	100			
2025	100			
Einzelmentoring				
2023	-	-	-	-
2024	-	-	-	-
2025	-	-	-	-
Gruppenmentoring				
2023	-	-	-	-
2024	-	-	-	-
2025	-	-	-	-

Tabelle 41: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Rheinland-Pfalz, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Saarland

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn- chron/ gleich- zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	50	50		
2024	50	43,75	6,25	0
2025	-	-	-	-
Train-the-Trainer Angebote				
2023	100			
2024	-	-	-	-
2025	-	-	-	-
Dozierenden-Qualifizierung				
2023	60	0	40	0
2024	-	-	-	-
2025	-	-	-	-
Einzelmentoring				
2023	43	0	57	0
2024	62,5	0	37,5	0
2025	83	0	17	0
Gruppenmentoring				
2023	100			
2024	100			
2025	100			

Tabelle 42: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Saarland, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Sachsen

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn- chron/ gleich- zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	78	12	10	0
2024	82	7	11	0
2025	95	0	5	0
Train-the-Trainer Angebote				
2023	78	0	22	0
2024	93	0	7	0
2025	72	0	28	0
Dozierenden-Qualifizierung				
2023			100	
2024	0	0	23	77
2025	36	0	0	64
Einzelmentoring				
2023	0	0	0	0
2024	0	0	0	0
2025	0	0	0	0
Gruppenmentoring				
2023	80	0	20	0
2024	80	0	20	0
2025	80	0	20	0

Tabelle 43: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Sachsen, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Schleswig-Holstein

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn- chron/ gleich- zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	100			
2024	100			
2025	100			
Train-the-Trainer Angebote				
2023	100			
2024	100			
2025	100			
Dozierenden-Qualifizierung				
2023	100			
2024	100			
2025	100			
Einzelmentoring				
2023		100		
2024		100		
2025		100		
Gruppenmentoring				
2023	100			
2024	100			
2025	100			

Tabelle 44: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Schleswig-Holstein, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Thüringen

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (synchron/ gleichzeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	100			
2024	92		8	
2025	92		8	
Train-the-Trainer Angebote				
2023	80		20	
2024	69		31	
2025			100	
Dozierenden-Qualifizierung				
2023			100	
2024			100	
2025			100	
Einzelmentoring				
2023	-	-	-	-
2024	100			
2025	-	-	-	-
Gruppenmentoring				
2023	100			
2024	83		17	
2025	92		8	

Tabelle 45: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Thüringen, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Formate der Angebote – Westfalen-Lippe

ÄiW-Begleitseminare	Präsenz	Hybrid (teilweise Präsenz/ teilweise Online)	Online (syn-chron/ gleich-zeitig)	Online (asynchron/ zeitversetzt)
2023	72,5	0	27,3	0
2024	69,7	7,8	22,5	0
2025	67	0	33	0
Train-the-Trainer Angebote				
2023	37,5	0	33	0
2024	33,3	0	66,6	0
2025	77,7	0	22,2	0
Dozierenden-Qualifizierung				
2023			100	
2024			100	
2025			100	
Einzelmentoring				
2023			100	
2024			100	
2025			100	
Gruppenmentoring				
2023	80	0	20	0
2024	89,7	0	10,3	0
2025	74,1	0	25,9	0

Tabelle 46: Anteil der Angebotsformate in Prozent – Westfalen-Lippe, eigene Darstellung. Frage: Welchen Anteil hatten/haben die verschiedenen Formate der unterschiedlichen Angebote in den Jahren 2023, 2024 und 2025? (Angabe in Prozent)

Anzahl der angemeldeten Weiterbildenden

Kompetenzzentrum	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	k. A.	k. A.	k. A.
Bayern	22	19	26
Berlin	89	103	79
Brandenburg	54	41	61
Hamburg	43	47	47
Hessen	45	56	55
Mecklenburg-Vorpommern	80	84	88
Niedersachsen	82	62	40
Nordrhein	57	31	33
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	20	15	7
Sachsen	36	28	60
Schleswig-Holstein	50	50	33
Thüringen	47	13	5
Westfalen-Lippe	179	185	203
Gesamt	804	734	737

Tabelle 47: Anzahl der angemeldeten Weiterbildenden, eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der angemeldeten Weiterbildenden.

Jahr	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabw.
2023	20	179	61,85	41,12
2024	13	185	56,46	46,83
2025	5	203	56,69	50,41

Tabelle 48: Anzahl der angemeldeten Weiterbildenden, eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der angemeldeten Weiterbildenden. $n = 13$

Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (absolut)

Kompetenzzentrum	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	527	652	730
Bayern	516	625	616
Berlin	284	295	316
Brandenburg	85	117	151
Hamburg	250	228	229
Hessen	258	236	224
Mecklenburg-Vorpommern	154	119	115
Niedersachsen	295	314	449
Nordrhein	453	584	685
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	41	44	35
Sachsen	126	130	142
Schleswig-Holstein	376	415	455
Thüringen	48	63	79
Westfalen-Lippe	220	242	243
Gesamt	3.633	4.064	4.469

Tabelle 49: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (absolut), eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (absolut). n = 14

Anzahl der eingeschriebenen ÄiW im Verhältnis zu geförderten ÄiW

Kompetenzzentrum	Anzahl geförderte ÄiW (2023)	Anzahl eingeschriebene ÄiW (2023)	Anteil eingeschriebene ÄiW an geförderten ÄiW (2023)	Anzahl geförderte ÄiW (2024)	Anzahl eingeschriebene ÄiW (2024)	Anteil eingeschriebene ÄiW an geförderten ÄiW (2024)
Baden-Württemberg	1433	527	36,78%	1499	652	43,50%
Bayern	1947	516	26,50%	2058	625	30,37%
Berlin	743	284	38,22%	759	295	38,87%
Brandenburg	258	85	32,95%	287	117	40,77%
Hamburg	336	250	74,40%	357	228	63,87%
Hessen	722	258	35,73%	745	236	31,68%
Mecklenburg-Vorpommern	186	154	82,80%	192	119	61,98%
Niedersachsen	807	295	36,56%	849	314	36,98%
Nordrhein	977	453	46,37%	1089	584	53,63%
Rheinland-Pfalz	464	k. A.		466	k. A.	
Saarland	137	41	29,93%	139	44	31,65%
Sachsen	514	126	24,51%	528	130	24,62%
Schleswig-Holstein	381	376	98,69%	425	415	97,65%
Thüringen	211	48	22,75%	212	63	29,72%
Westfalen-Lippe	771	220	28,53%	820	242	29,51%
Gesamt	9.887	3.633	36,75%	10.425	4.064	38,98%

Tabelle 50: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW im Verhältnis zu geförderten ÄiW, eigene Darstellung. Anzahl geförderte ÄiW 2023 (KBV 2025a), Anzahl geförderter ÄiW 2024 (KBV 2025b). Anzahl eingeschriebene ÄiW – Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (absolut). n = 14

Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (VZÄ)

Kompetenzzentrum	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	382	469	520
Bayern	265	333	337
Berlin	220	236	249
Brandenburg	k. A.	k. A.	k. A.
Hamburg	207,4	153,7	147,6
Hessen	197 (geschätzt über erhobene WAZ)	183 (geschätzt über erhobene WAZ)	165 (geschätzt über erhobene WAZ)
Mecklenburg-Vorpommern	154	119	115
Niedersachsen	76,9 ?	78,5 ?	74,6 ?
Nordrhein	420	514	610
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	34	36	29
Sachsen	110	115	122
Schleswig-Holstein	ca. 320	ca. 360	ca. 390
Thüringen	44	33	50
Westfalen-Lippe	184,45	204,62	207,27
Gesamt	2.614,75	2.834,82	3.016,47

Tabelle 51: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (VZÄ), eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (VZÄ).

Anzahl der geförderten ÄiW (VZÄ)

Jahr	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabw.
2023	34	420	201,13	121,83
2024	33	514	218,06	157,34
2025	29	610	232,04	182,40

Tabelle 52: Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (VZÄ), eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW (VZÄ). n = 13

Nutzung der KW-Angebote in der stationären Weiterbildungsphase

Kompetenzzentrum	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	160	171	160
Bayern	109	149	109
Berlin	23	17	23
Brandenburg	k. A.	k. A.	k. A.
Hamburg	k. A.	k. A.	k. A.
Hessen	ca 10	ca 10	ca 10
Mecklenburg-Vorpommern	20	20	20
Niedersachsen	56	56	56
Nordrhein	113	146	113
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	8	5	8
Sachsen	26	30	26
Schleswig-Holstein	ca. 30%	ca. 30%	ca. 30%
Thüringen	5	6	5
Westfalen-Lippe	k. A.	k. A.	k. A.

Tabelle 53: Nutzung der KW-Angebote in der stationären Weiterbildungsphase, eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. [Anzahl der eingeschriebenen ÄiW, die das KW-Angebot während der stationären Weiterbildungsphase in Anspruch nehmen]

Jahr	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabw.
2023	5	160	53,0	54,86
2024	5	171	61,0	67,03
2025	5	160	53,0	54,86

Tabelle 54: ÄiW mit Nutzung des KW-Angebots (stationäre Phase), eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW, die das KW-Angebot während der stationären Weiterbildungsphase in Anspruch nehmen. n = 10

Nutzung der KW-Angebote in der ambulanten Weiterbildungsphase

Kompetenzzentrum	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	357	481	591
Bayern	325	404	423
Berlin	200	220	237
Brandenburg	k. A.	k. A.	k. A.
Hamburg	k. A.	k. A.	k. A.
Hessen	ca 248	ca 226	ca 214
Mecklenburg-Vorpommern	70	70	70
Niedersachsen	239	258	347
Nordrhein	340	438	514
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	33	39	32
Sachsen	100	100	107
Schleswig-Holstein	ca. 70%	ca. 70%	ca. 70%
Thüringen	43	57	71
Westfalen-Lippe	357	481	591

Tabelle 55: Nutzung der KW-Angebote in der ambulanten Weiterbildungsphase, eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW, die das KW-Angebot während der ambulanten Weiterbildungsphase in Anspruch nehmen.

Jahr	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabw.
2023	33	357	210,18	129,09
2024	39	481	252,18	174,34
2025	32	591	290,64	213,85

Tabelle 56: ÄiW mit Nutzung des KW-Angebots (ambulante Phase), eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der eingeschriebenen ÄiW, die das KW-Angebot während der ambulanten Weiterbildungsphase in Anspruch nehmen. n = 11

Anzahl der ÄiW mit bestandener Facharztprüfung

Kompetenzzentrum	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	100	140	130
Bayern	52	63	62
Berlin	46	52	70
Brandenburg	k. A.	k. A.	19
Hamburg	k. A.	k. A.	k. A.
Hessen	ca 44	ca 44	ca 36
Mecklenburg-Vorpommern	43	35	40
Niedersachsen	20%	20%	20%
Nordrhein	k. A.	k. A.	k. A.
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	9	9	8
Sachsen	10	10	10
Schleswig-Holstein	67	104	78
Thüringen	30	20	10
Westfalen-Lippe	51	47	43

Tabelle 57: Anzahl der ÄiW mit bestandener Facharztprüfung, eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der ÄiW, die ihre Facharztprüfung absolviert haben.

Jahr	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
2023	9	100	45,2	26,55
2024	9	140	52,4	41,61
2025	8	130	48,7	38,04

Tabelle 58: Anzahl der ÄiW mit bestandener Facharztprüfung, eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anzahl der ÄiW, die ihre Facharztprüfung absolviert haben. $n = 10$

Anteil der Direkteinsteigenden nach dem Studium (%)

Kompetenzzentrum	2023	2024	2025
Baden-Württemberg	25	25	25
Bayern	10	10	10
Berlin	k. A.	k. A.	k. A.
Brandenburg	k. A.	k. A.	k. A.
Hamburg	k. A.	k. A.	k. A.
Hessen	unklar	unklar	unklar
Mecklenburg-Vorpommern	66	66	66
Niedersachsen	5%	5%	5%
Nordrhein	k. A.	k. A.	k. A.
Rheinland-Pfalz	k. A.	k. A.	k. A.
Saarland	95	90	85
Sachsen	15	15	15
Schleswig-Holstein	ca. 6%	ca. 8%	ca. 10%
Thüringen	42	55	69
Westfalen-Lippe	67,27	66,94	69,01

Tabelle 59: Anteil der Direkteinsteiger*innen nach dem Studium (%), eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anteil der ÄiW, die direkt nach dem Studium in die Weiterbildung Allgemeinmedizin eingestiegen sind (Angaben in Prozent).

Jahr	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
2023	5	95	36,81	32,57
2024	5	90	37,88	31,79
2025	5	85	39,33	32,12

Tabelle 60: Anteil der ÄiW mit Direkteinstieg nach dem Studium, eigene Darstellung. Frage: Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Kennzahlen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. Sollten Sie keine konkreten Angaben machen können, schätzen Sie bitte. Anteil der ÄiW, die direkt nach dem Studium in die Weiterbildung Allgemeinmedizin eingestiegen sind (Angaben in Prozent). n = 9

Anzahl Teilnehmende an Angeboten

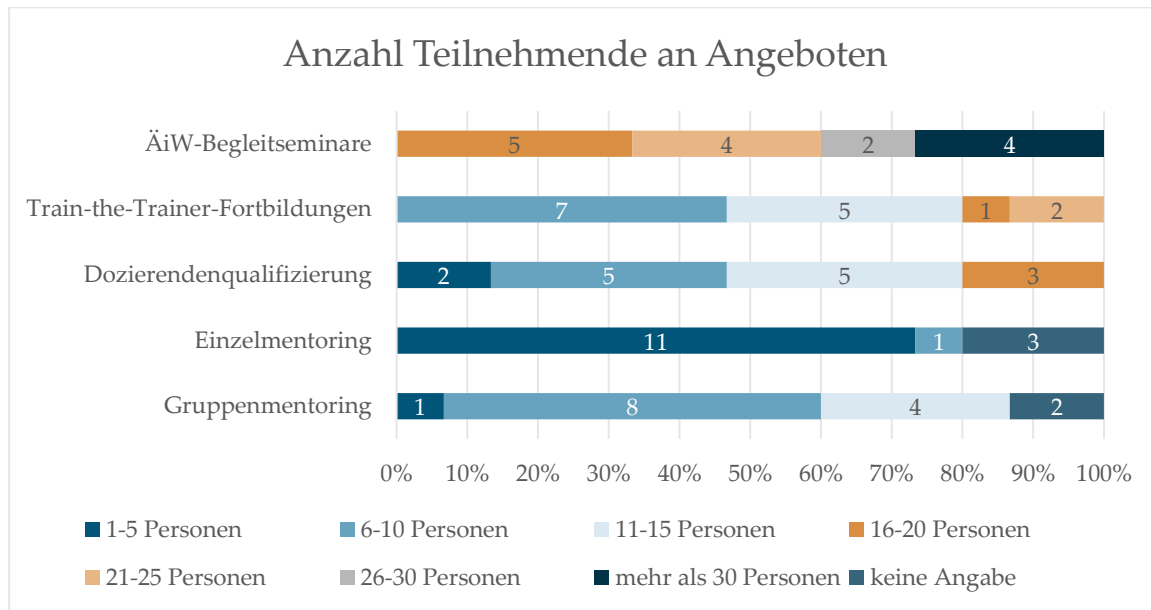


Abbildung 27: Anzahl Teilnehmende an Angeboten, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Teilnehmende nehmen durchschnittlich an den Angeboten teil? $n = 14-15$

Anzahl der Standorte der Angebote

	ÄiW-Begleitseminare	Train-the-Trainer-Angebote	Dozieren- den-Qualifizierungen	Einzelmentoring	Gruppenmentoring
Baden-Württemberg	7	1	0	k. A.	7
Bayern	5	2	1	5	k. A.
Berlin	1	1	1	1	1
Brandenburg	4	2	1	10	2
Hamburg	1	1	1	1	1
Hessen	5	3	1	5	7
Mecklenburg-Vorpommern	7	3	3	8	6
Niedersachsen	6	4	1	6	10
Nordrhein	5	2	1	1	1
Rheinland-Pfalz	1	1	1	k. A.	k. A.
Saarland	2	2	1	5	5
Sachsen	4	3	1	0	5
Schleswig-Holstein	2	1	1	6	6
Thüringen	3	1	1	7	7
Westfalen-Lippe	5	4	1	1	9
Gesamt	58	31	16	56	67

Tabelle 61: Anzahl der Standorte der KW, eigene Darstellung. Frage: An wie vielen Standorten im KV-Bezirk finden die Angebote statt? n = 14-15

Angebotsart	Mindestangabe	Maximalangabe	Durchschnitt	SD
ÄiW-Begleitseminare	1	7	3,2	3,2
Train-the-Trainer-Angebote	1	3	2,0	0,8
Dozieren- den-Qualifizierung	0	1	0,8	0,4
Einzelmentoring	1	10	4,0	3,7
Gruppenmentoring	1	7	2,8	2,4

Tabelle 62: Anzahl der Standorte der Angebote – gesamt, eigene Darstellung. Frage: An wie vielen Standorten im KV-Bezirk finden die Angebote statt? n = 14-15

Durchschnittliche Gewichtung der Auswahlkriterien für Standorte der Angebotsarten

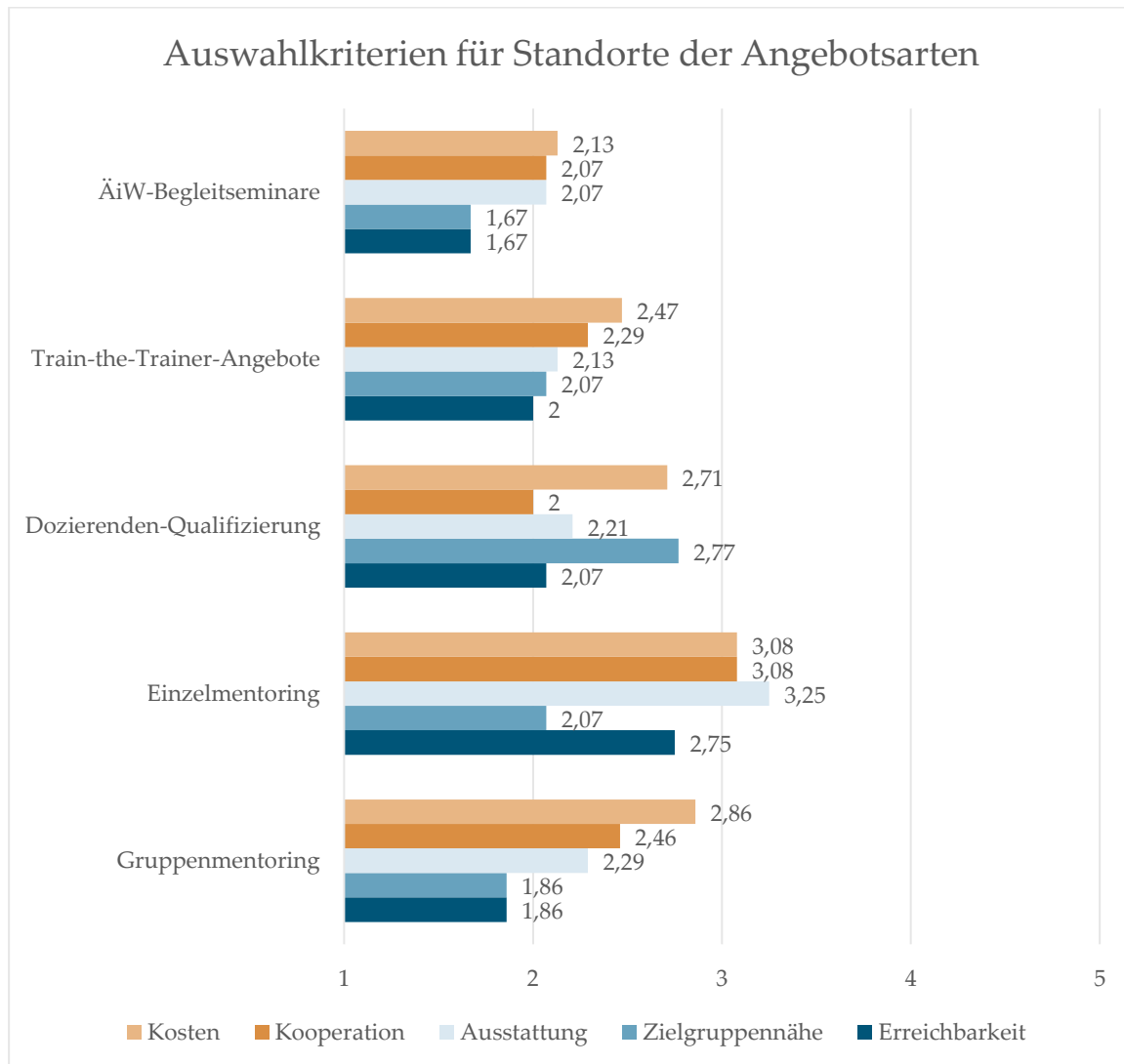


Abbildung 28: Durchschnittliche Gewichtung der Auswahlkriterien für Standorte der Angebotsarten, eigene Darstellung.
Frage: Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Kriterien für die Festlegung/Auswahl der Standorte, an denen die Angebote stattfinden (1 - sehr relevant bis 5 - nicht relevant)? n = 12-15

Anzahl der eingesetzten Dozierenden nach Kompetenzzentrum und Angebotsformat

Kompetenzzentrum	Dozierende ÄiW-Begleitseminare	Dozierende TtT-Angebote	Dozierende Dozierenden-Qualifizierung
Baden-Württemberg	130	7	7
Bayern	40	6	4
Berlin	61	7	4
Brandenburg	20	3	2
Hamburg	47	8	0
Hessen	50	8	3
Mecklenburg-Vorpommern	60	15	1
Niedersachsen	60	7	2
Nordrhein	51	4	3
Rheinland-Pfalz	21	2	2
Saarland	22	6	2
Sachsen	60	15	2
Schleswig-Holstein	45	5	4
Thüringen	27	5	3
Westfalen-Lippe	50	6	5

Tabelle 63: Anzahl der eingesetzten Dozierenden nach Kompetenzzentrum und Angebotsformat, eigene Darstellung: Frage: Wie viele Dozent*innen setzen Sie aktuell ein?

Anzahl eingesetzter Dozierender

Variable	Minimum	Maximum	Durchschnitt	N
Dozierende ÄiW-Begleitseminare	20	130	49,6	15
Dozierende TtT-Angebote	2	15	6,9	15
Dozierende Dozierenden-Qualifizierung	0	7	2,9	15

Tabelle 64: Deskriptive Kennwerte zur Anzahl eingesetzter Dozierender, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Dozent*innen setzen Sie aktuell ein?

Kriterien für die Auswahl der Dozierenden – ÄiW-Begleitseminar

	Fachliche Qualifikation	Erfahrung mit der Zielgruppe	Didaktische Kompetenz	Verfügbarkeit	Regionale Nähe	Empfehlungen
Baden-Württemberg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	sehr relevant
Bayern	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher nicht relevant	teils, teils	sehr relevant
Berlin	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	sehr relevant	eher nicht relevant	sehr relevant
Brandenburg	sehr relevant	eher relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	sehr relevant
Hamburg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant
Hessen	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	teils, teils	eher relevant	eher relevant
Mecklenburg-Vorpommern	eher relevant	eher relevant	teils, teils	teils, teils	teils, teils	sehr relevant
Niedersachsen	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	sehr relevant	eher nicht relevant	eher relevant
Nordrhein	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils
Rheinland-Pfalz	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	eher relevant
Saarland	gar nicht relevant	teils, teils	eher nicht relevant	gar nicht relevant	sehr relevant	teils, teils
Sachsen	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant
Schleswig-Holstein	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	sehr relevant
Thüringen	sehr relevant	teils, teils	teils, teils	eher relevant	eher nicht relevant	sehr relevant
Westfalen-Lippe	sehr relevant	eher relevant	sehr relevant	eher relevant	eher nicht relevant	eher relevant

Tabelle 65: Kriterien für die Auswahl der Dozierenden – ÄiW-Begleitseminar, eigene Darstellung. Frage: Bitte geben Sie an, welche Kriterien für die Auswahl der Dozierenden relevant sind (1 - sehr relevant bis 5 - gar nicht relevant).

Kriterien für die Auswahl der Dozierende – TtT-Angebote

	Fachliche Qualifikation	Erfahrung mit der Zielgruppe	Didaktische Kompetenz	Verfügbarkeit	Regionale Nähe	Empfehlungen
Baden-Württemberg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	sehr relevant
Bayern	teils, teils	eher relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	gar nicht relevant
Berlin	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant
Brandenburg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	sehr relevant	sehr relevant
Hamburg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant
Hessen	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	gar nicht relevant	
Mecklenburg-Vorpommern	teils, teils	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	teils, teils	eher relevant
Niedersachsen	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	sehr relevant	eher relevant	eher relevant
Nordrhein	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	teils, teils
Rheinland-Pfalz	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant
Saarland	gar nicht relevant	teils, teils	teils, teils	gar nicht relevant	gar nicht relevant	teils, teils
Sachsen	sehr relevant	teils, teils	eher relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant
Schleswig-Holstein	sehr relevant	eher relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant
Thüringen	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	eher relevant	teils, teils	eher nicht relevant
Westfalen-Lippe	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher nicht relevant	eher relevant

Tabelle 66: Kriterien für die Auswahl der Dozierenden – TtT-Angebote, eigene Darstellung. Frage: Bitte geben Sie an, welche Kriterien für die Auswahl der Dozierenden relevant sind (1 - sehr relevant bis 5 - gar nicht relevant).

Kriterien für die Auswahl der Dozierenden – Dozierendenqualifizierung

	Fachliche Qualifikation	Erfahrung mit der Zielgruppe	Didaktische Kompetenz	Verfügbarkeit	Regionale Nähe	Empfehlungen
Baden-Württemberg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	sehr relevant
Bayern	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	gar nicht relevant	gar nicht relevant
Berlin	sehr relevant	eher relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher nicht relevant	sehr relevant
Brandenburg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	sehr relevant
Hamburg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant
Hessen	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	gar nicht relevant	
Mecklenburg-Vorpommern	sehr relevant	eher relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant	sehr relevant
Niedersachsen	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher nicht relevant	eher relevant
Nordrhein	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher nicht relevant	teils, teils
Rheinland-Pfalz			sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant
Saarland	gar nicht relevant	gar nicht relevant	gar nicht relevant	gar nicht relevant	sehr relevant	sehr relevant
Sachsen	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant
Schleswig-Holstein	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant
Thüringen	sehr relevant	teils, teils	sehr relevant	eher nicht relevant	gar nicht relevant	gar nicht relevant
Westfalen-Lippe	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher nicht relevant	eher relevant

Tabelle 67: Kriterien für die Auswahl der Dozierenden – Dozierendenqualifizierung, eigene Darstellung. Frage: Bitte geben Sie an, welche Kriterien für die Auswahl der Dozent*innen relevant sind (1 - sehr relevant bis 5 - gar nicht relevant).

Anzahl der eingesetzten Mentor*innen nach Kompetenzzentrum und Angebotsformat

Kompetenzzentrum	Mentor*innen Einzelmen- toring	Mentor*innen Gruppenmen- toring
Baden-Württemberg	4	35
Bayern	10	8
Berlin	14	14
Brandenburg	8	8
Hamburg	6	6
Hessen	4	19
Mecklenburg-Vorpom- mern	14	14
Niedersachsen	8	20
Nordrhein	3	6
Rheinland-Pfalz ⁶²	k. A.	k. A.
Saarland	5	3
Sachsen	0	10
Schleswig-Holstein	6	6
Thüringen	7	7
Westfalen-Lippe	44	11
Gesamt	133	167

Tabelle 68: Anzahl der eingesetzten Mentor*innen nach Kompetenzzentrum und Angebotsformat, eigene Darstellung.
Frage: Wie viele Mentor*innen setzen Sie aktuell ein?

⁶² Für Rheinland-Pfalz liegen keine verwertbaren Angaben zur Zahl der Mentor*innen vor.

Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen – Einzelmentoring

	Fachliche Qualifikation	Erfahrung mit der Zielgruppe	Didaktische Kompetenz	Verfügbarkeit	Regionale Nähe	Empfehlungen
Baden-Württemberg	sehr relevant	sehr relevant	eher nicht relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant
Bayern	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	eher relevant	teils, teils	gar nicht relevant
Berlin	eher relevant	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	sehr relevant	sehr relevant
Brandenburg	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	teils, teils	eher relevant
Hamburg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant
Hessen	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	teils, teils	gar nicht relevant	teils, teils
Mecklenburg-Vorpommern	eher relevant	eher relevant	eher nicht relevant	teils, teils	sehr relevant	eher relevant
Niedersachsen	sehr relevant	sehr relevant	teils, teils	eher relevant	eher relevant	teils, teils
Nordrhein	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	teils, teils
Rheinland-Pfalz	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe
Saarland	eher nicht relevant	teils, teils	teils, teils	gar nicht relevant	sehr relevant	sehr relevant
Sachsen	Kein Einzelmentoring	Kein Einzelmentoring	Kein Einzelmentoring	Kein Einzelmentoring	Kein Einzelmentoring	Kein Einzelmentoring
Schleswig-Holstein	sehr relevant	sehr relevant	eher nicht relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils
Thüringen	sehr relevant	eher nicht relevant	eher nicht relevant	teils, teils	eher nicht relevant	eher relevant
Westfalen-Lippe	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	eher relevant

Tabelle 69: Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen – Einzelmentoring, eigene Darstellung. Frage: Bitte geben Sie an, welche Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen relevant sind (1 - sehr relevant bis 5 - gar nicht relevant).

Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen – Gruppenmentoring

	Fachliche Qualifikation	Erfahrung mit der Zielgruppe	Didaktische Kompetenz	Verfügbarkeit	Regionale Nähe	Empfehlungen
Baden-Württemberg	sehr relevant	sehr relevant	eher nicht relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant
Bayern	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	gar nicht relevant
Berlin	eher relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant
Brandenburg	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	teils, teils	eher relevant
Hamburg	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant
Hessen	sehr relevant	teils, teils	sehr relevant	teils, teils	eher relevant	teils, teils
Mecklenburg-Vorpommern	eher relevant	eher relevant	eher nicht relevant	teils, teils	sehr relevant	eher relevant
Niedersachsen	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	sehr relevant	eher relevant
Nordrhein	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	teils, teils
Rheinland-Pfalz	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe
Saarland	gar nicht relevant	teils, teils	teils, teils	gar nicht relevant	gar nicht relevant	sehr relevant
Sachsen	sehr relevant	eher relevant	teils, teils	eher relevant	teils, teils	eher relevant
Schleswig-Holstein	sehr relevant	sehr relevant	eher nicht relevant	sehr relevant	eher relevant	teils, teils
Thüringen	sehr relevant	eher relevant	eher relevant	teils, teils	sehr relevant	eher relevant
Westfalen-Lippe	sehr relevant	sehr relevant	sehr relevant	eher relevant	sehr relevant	eher relevant

Tabelle 70: Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen – Gruppenmentoring, eigene Darstellung. Frage: Bitte geben Sie an, welche Kriterien für die Auswahl der Mentor*innen relevant sind (1 - sehr relevant bis 5 - gar nicht relevant).

Anzahl eingesetzter Mentor*innen

Variable	Minimum	Maximum	Durchschnitt	N
Mentor*innen Einzelmentoring	0	44	9,5	14
Mentor*innen Gruppenmentoring	3	35	11,9	14

Tabelle 71: Deskriptive Kennwerte zur Anzahl eingesetzter Mentor*innen, eigene Darstellung. Frage: Wie viele Mentor*innen setzen Sie aktuell ein?

Auslastung der Angebote

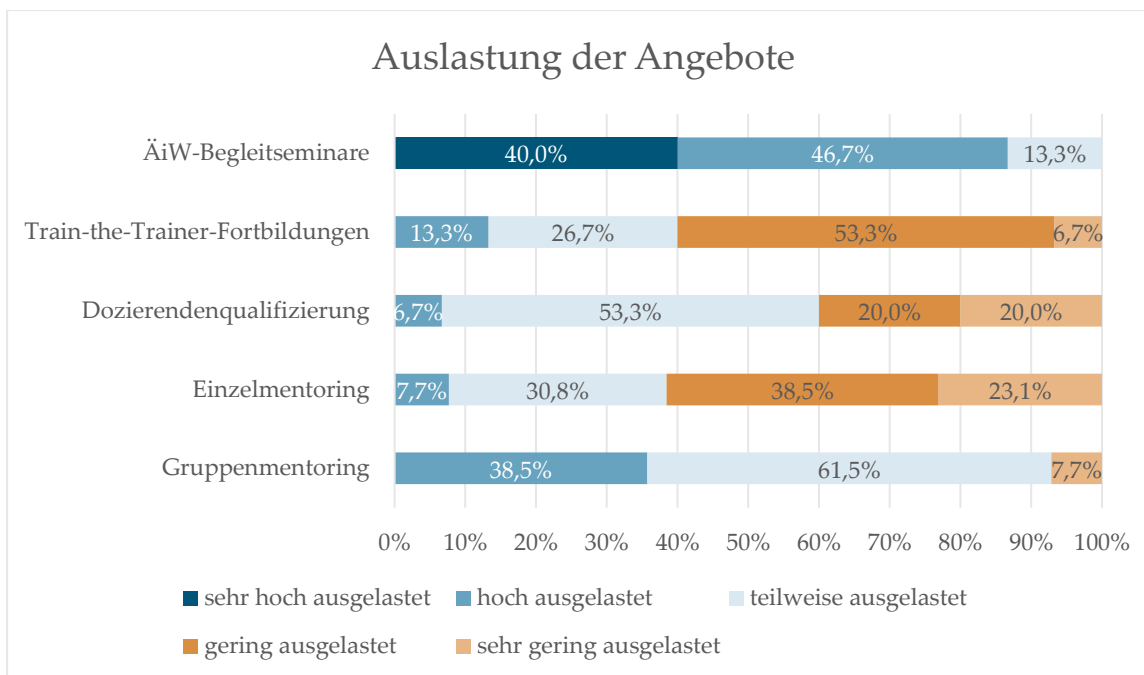


Abbildung 29: Auslastung der Angebote, eigene Darstellung. Frage: Wie sind die Angebote ausgelastet? n = 14-15

Schwierigkeiten Teilnehmende für Angebote zu finden

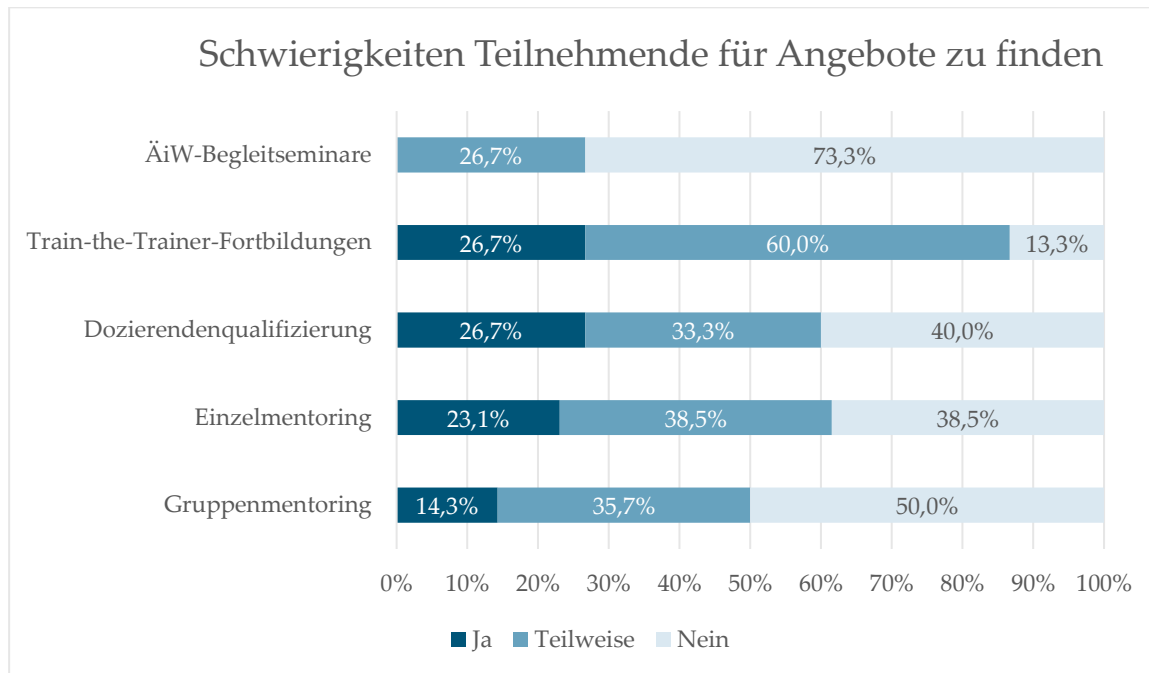


Abbildung 30: Schwierigkeiten Teilnehmende für Angebote zu finden, eigene Darstellung. Frage: Haben Sie Schwierigkeiten Teilnehmende für Ihre Angebote zu finden? n = 14-15

Anteil der Abbrechenden nach Angebotsarten

Angebotsart	Mindestwert	Maximalwert	Mittelwert	Standardabweichung	N
ÄiW-Begleitseminare	0 %	20 %	ca. 6 %	ca. 6 %	12
Train-the-Trainer-Angebote	0 %	10 %	ca. 2 %	ca. 3 %	13
Dozierenden-Qualifizierungen	0 %	20 %	ca. 3 %	ca. 6 %	13
Einzelmentoring	0 %	20 %	ca. 1 %	ca. 5 %	11
Gruppenmentoring	0 %	20 %	ca. 4 %	ca. 6 %	11

Tabelle 72: Anteil der Abbrechenden nach Angebotsarten (in %), eigene Darstellung. Frage: Wie hoch ist der Anteil der Abbrechenden unter den Nutzer*innen der KW-Angebote (Angaben in Prozent)? Bitte schätzen Sie, falls nötig.⁶³

⁶³ Die Werte basieren auf Selbstauskünften der Kompetenzzentren und beinhalten sowohl beobachtete Werte als auch Schätzungen, da nicht alle Zentren systematisch Abbruchquoten erfassen.

Bestehende Kooperationsvereinbarungen der KW

Kompetenz- zentrum	Allge- meinmedi- zinischer Lehrstuhl / Institut	KoStA / Auf- gabenträger (§ 7 Abs. 3)	Zu- stän- dige KV	Zu- stän- dige LÄK	Zu- stän- dige LKG	Universi- täre medi- zindidak- tische Einrich- tung	Sons- tiges
Baden- Württem- berg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Bayern	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Berlin	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Branden- burg	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
Hamburg	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hessen	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Mecklen- burg-Vor- pommern	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Niedersach- sen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Nordrhein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Rhein- land-Pfalz	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Saarland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sachsen	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja
Schles- wig-Hol- stein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Thüringen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Westfa- len-Lippe	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein

Tabelle 73: Bestehende Kooperationsvereinbarung der Kompetenzzentren Weiterbildung, eigene Darstellung. Frage: Mit welchen Akteuren wurden über eine Kooperationsvereinbarung die Aufgabenverteilung und Zuständigkeit geregelt?

Häufigkeit der Kooperationen

	1x Woche	1x Monat	1x Quartal	1x Jahr	Keine Ko- operation	Keine Angabe
Universitäre all- gemeinmedizi- nische Einrich- tungen	66,7%	26,7%			6,7%	
KoStA	13,3%	13,3%	40,0%	26,7%		6,7%
KV	13,3%	20,0%	66,7%			
LÄK		20,0%	60,0%	20,0%		
LKG			6,7%	80,0%	13,3%	
Universitäre medizin-didak- tische Einrich- tungen	6,7%		33,3%	20,0%	40,0%	
Bildungs- und Versorgungs- forschung in der Medizin	13,3%	6,7%	6,7%	13,3%	60,0%	
Weiterbil- dungsverbünde		6,7%	20,0%	60,0%	13,3%	
MVZ		6,7%	20,0%	6,7%	66,7%	
Arztpraxen	6,7%	6,7%	33,3%	20,0%	33,3%	
Kliniken		13,3%	13,3%	26,7%	46,7%	

Tabelle 74: Häufigkeit der Kooperation mit anderen Akteuren, eigene Darstellung. Frage: Wie häufig kooperieren Sie mit folgenden Akteuren und wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation? n = 14-15

	Sehr zu- frieden	zufrie- den	Teils/teils	unzu- frieden	Sehr un- zufrieden	Keine An- gabe
Universitäre allge- meinmedizinische Einrichtungen	73,3%	20,0%	6,7%			
KoStA⁶⁴	46,7%	13,3%	26,7%			13,3%
KV⁶⁵	53,3%	26,7%	20,0%			
LÄK⁶⁶	26,7%	46,7%	26,7%			
LKG⁶⁷	6,7%	26,7%	26,7%	26,7%	6,7%	6,7%
Universitäre medi- zin-didaktische Ein- richtungen	33,3%	20,0%	20,0%	6,7%		20,0%
Bildungs- und Ver- sorgungsforschung in der Medizin	26,7%	20,0%	13,3%			40,0%
Weiterbildungsver- bünde		33,3%	53,3%			13,3%
MVZ	6,7%	20,0%	20,0%	6,7%		46,7%
Arztpraxen	20,0%	33,3%	20,0%			26,7%
Kliniken	20,0%	13,3%	26,7%	6,7%		33,3%

Tabelle 75: Zufriedenheit mit der Kooperation mit anderen Akteuren, eigene Darstellung. Frage: Wie häufig kooperieren Sie mit folgenden Akteuren und wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation? n = 14-15

⁶⁴ Zich et al. 2022: 50,0% zufrieden, 28,6 % teils/teils, 7,1 % unzufrieden, 7,1 % keine Angabe

⁶⁵ Zich et al. 2022: 64,3 % zufrieden, 35,7 % teils/teils

⁶⁶ Zich et al. 2022: 50,0 % zufrieden, 42,9 % teils/teils, 7,1 % nicht zufrieden

⁶⁷ Zich et al. 2022: 21,4 % zufrieden, 35,7 % teils/teils, 21,4 % nicht zufrieden, 7,1 % keine Angabe, 14,3 % keine Kooperation.

Einbezug verschiedener Akteure in die Arbeit der KW

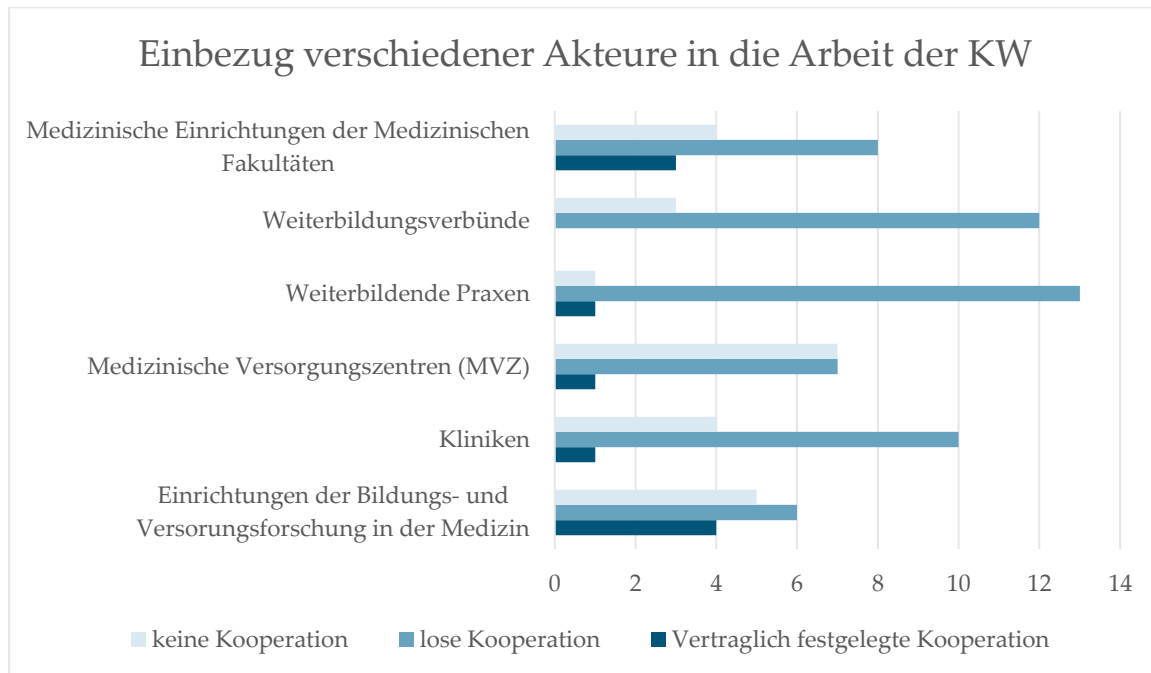


Abbildung 31: Einbezug verschiedener Akteure in die Arbeit der KW, eigene Darstellung. Frage: Wie sind folgende Akteure in die Arbeit des KW einbezogen? n = 15

Anzahl der Hospitation der KW-Mitarbeitenden an anderen KW

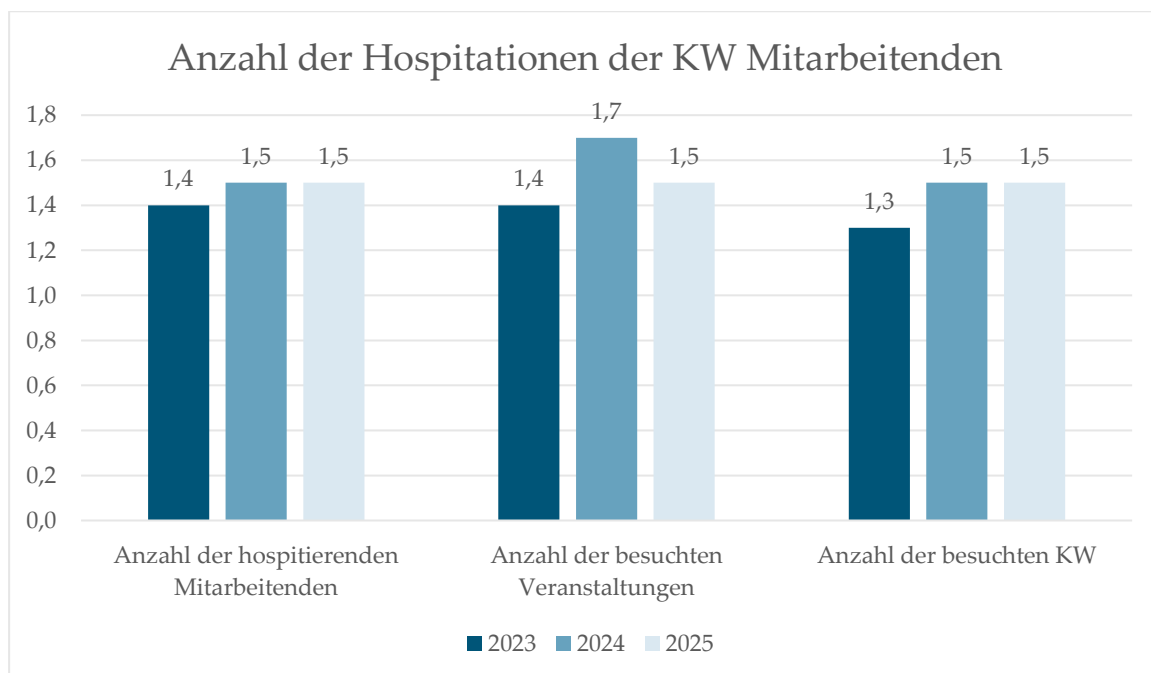


Abbildung 32: Durchschnittliche Hospitationen der KW-Mitarbeitenden an anderen KW, eigene Darstellung. Frage: Bei wie vielen Veranstaltungen anderer KW haben Mitarbeitende Ihres KW 2023, 2024 und 2025 hospitiert? Anzahl der hospitierenden Mitarbeitenden, Anzahl der besuchten Veranstaltungen, Anzahl der besuchten KW. n = 14-15

7.6. Anlage zu den Ergebnissen der Erhebung der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin

Kooperation der KoStA mit KW

	Mind. 1x Woche	Mind. 1x Monat	Mind. 1x Quartal	Mind. 1x Jahr	Keine Kooperation
Baden-Württemberg			Eher zufrieden		
Bayern	Sehr zufrieden				
Berlin		Sehr zufrieden			
Hamburg			Sehr zufrieden		
Hessen		Sehr zufrieden			
Niedersachsen		Sehr zufrieden			
Rheinland-Pfalz			Eher zufrieden		
Saarland		Sehr zufrieden			
Sachsen			Eher zufrieden		
Schleswig-Holstein	Sehr zufrieden				
Thüringen	Sehr zufrieden				
Westfalen-Lippe		Teils/teils zufrieden			

Tabelle 76: Häufigkeit der Kooperation KoStA – Kompetenzzentrum Weiterbildung, eigene Darstellung. Frage: Wie häufig kooperieren Sie mit dem Kompetenzzentrum Weiterbildung und wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation?

