

Lateral entry into general practice – an explorative analysis of general practice trainees in the competence centre for postgraduate medical education Baden-Württemberg

Abstract

Objective: To aid the shortage of general practitioners (GPs) in Germany, since 2011 medical specialists from other fields may switch specialisation by undergoing a slim-lined training programme (lateral entry) into general practice (GP). Available published qualitative and quantitative data on lateral entrants (LEs) is scarce. Aim of the study was an explorative analysis of LEs in the competence centre for postgraduate medical education Baden-Wuerttemberg (KWBW).

Methods: In 2016, a multicentric cohort study was initiated including all GP trainees entering the KWBW. Data from 2016 to 2022 was included (T0). A follow-up with graduates from the KWBW was performed once in 2023 (T1). Surveys at T0 and T1 were self-developed, piloted, and included questions on social demography, education, qualification, current training, working environment and professional plans. Dataset was analysed exploratively.

Results: At T0, 884 GP trainees participated (response 95.2%). 23.8% of participants were LEs (N=210). Most LEs were specialists from anaesthesiology (34.8%), internal medicine (28.5%) and surgery (20.6%). LEs had been working in their previous specialty for a median of 3 years before starting GP-training. At T0, LEs were seven years older than their colleagues ($p<0.001$). The proportion of men among LEs was higher (34.3% vs 25.1%, $p=0.009$). LEs were more decisive to open their own GP practice ($p=0.009$). At T1, 48 LEs participated of which 92% were practising GPs (N=36). 64.5% considered themselves rural GPs and work in communities <20.000 people (N=36). LEs mainly choose GP because of its specific way of working, job dissatisfaction and personal motives such as opportunity to start a practice. Most LEs strongly agreed that they would switch to GP again.

Discussion: LEs are a relevant party among GP trainees. Many LEs become self-employed and contribute essentially to providing primary care. Lateral entry attracts specialists, also from rural areas, seeking for professional satisfaction. This is why LEs should follow their new path within a regional competence centre providing GP specific courses, mentoring and a professional network.

Conclusions: LEs graduating from KWBW have become an important pillar of primary care in Baden-Wuerttemberg.

Keywords: general practice, family medicine, postgraduate medical education, lateral entry, competence centres

Jonathan Ko¹

Katja Krug¹

Christian Förster²

Tanja Jähnig³

Martina Bischoff⁴

Christine Becker¹

Simon Schwill¹

1 Heidelberg University Hospital, Department of General Medicine and Health Services Research, Heidelberg, Germany

2 University Hospital Tübingen, Institute for General Medicine and Interprofessional Care, Tübingen, Germany

3 University Hospital Ulm, Institute for General Medicine, Ulm, Germany

4 University Medical Center Freiburg, Institute of General Medicine, Freiburg, Germany

Introduction

In the past decades the predicted shortage of General Practitioners (GPs) in Germany has become increasingly evident [1], [2]. On the one hand this is due to a quantitative lack of GPs resulting from an insufficient number of newly qualified GPs in a system that allows junior doctors to freely choose the specialty they want to be trained in [3]. This is further driven by an aging GP workforce as in the next few years up to a third of GPs will enter retirement age [1], [4]. At the same time data has shown that more and more GPs are working part-time thereby reducing the overall care that can be provided [4], [5]. On the other hand, the German population is ageing and will therefore require more medical care due to the higher prevalence of multimorbidity [6].

To tackle the shortage of GPs in the midterm as well as establishing a standardised and coordinated postgraduate medical training programme, competence centres (*Kompetenzzentren*) for GP-training were established in the different states in Germany. The KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} in the state of Baden-Wuerttemberg is based on the Verbundweiterbildung^{plus®} Baden-Wuerttemberg founded in 2008 [7], [8].

To recruit GPs in the short term, the German Medical Association (*Bundesärztekammer*) has issued a letter of recommendation in 2011 which allows medical specialists from other fields to change to GP more easily by undergoing a slim-lined training programme called lateral entry (*Quereinstieg*) [9]. According to the most recent postgraduate training regulations of 2020, a regular GP trainee in Baden-Württemberg must complete 12 months in internal medicine in hospital, 24 months in a GP clinic, 6 months in a different specialty (e.g. surgery) and 18 months can be chosen ad libitum [10]. For lateral entrants (LEs) their previous specialist training is recognised as 36 months and they must further train for 24 months in GP. In the state of Baden-Württemberg lateral entry has been implemented in 2011 [11].

Since the introduction of lateral entry into family medicine there has only been little research in this matter. A qualitative study by Schwill et al. highlights the motives of LEs, which are mainly the wish to intensify the quality of patient contacts, self-employment opportunities as well as feelings of frustration over poor working conditions in hospitals [12]. Another study by Syrieyx et. al. with N=64 points out that the shortened training programme in lateral entry motivated specialists to switch into GP [13].

We aimed to describe physicians that choose lateral entry in comparison to regular GP trainees (NLEs). Additionally, we intended to explore the career development of LEs who have completed their postgraduate GP training.

Methods

Study design

This study incorporates a multicentric cross-sectional survey as a starting point of a cohort study with data from 2016-2022 (T0) and a cross-sectional follow-up survey with GP trainees in lateral entry in 2023 (T1).

Setting

The KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} is a voluntary postgraduate medical training programme provided by the General Practice Departments of the Universities of Freiburg, Heidelberg, Tübingen and Ulm and supported by the *Landesaerztekammer Baden-Wuerttemberg*, the *Kassenaerztliche Vereinigung Baden-Wuerttemberg* and the *Baden-Wuerttembergische Krankenhausgesellschaft*. It is a voluntary programme for junior doctors in GP training that consists of seminars, networking opportunities, mentoring and the possibility to participate in regional rotation programmes. Additionally, the KWBW offers train the trainer courses for GP trainers [14]. The KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} is also available to LEs.

Participation and recruitment

Prerequisite for participation in the survey upon entry was enrolment in the KWBW. Recruitment for T0 took place during the mandatory two-day introductory events (online or face-to-face). Prerequisite for participation in the follow-up at T1 is completion of the programme and successful board certification in GP.

Instrument development

A standardised German instrument for a comprehensive survey of new attendees of a postgraduate medical training programme or qualified GPs was not available. Therefore, an interprofessional, multicentric project team from the departments of General Practice of the Universities of Freiburg, Heidelberg, Tübingen and Ulm familiar with the target groups designed a survey based on literature review and assessment of content relevant to the target groups. Primary validation was performed using the think-aloud technique with five junior doctors (basic survey at T0) and two junior doctors and two GPs (Follow up at T1) familiar with the training programme. The basic survey at T0 has been slightly adapted several times since the beginning of the study (version 1: 28.01.2016; version 2: 03.03.2016-17.03.2016; version 3: 16.06.2016-15.03.2018; version 4: 15.03.2018; version 5: since 05.04.2018). Changes to the instrument included reduction of free-text-answers and reduction of items to support accelerated standardized analysis. The different motives of specialists that have previously been explored in a qualitative study by Schwill et al. in 2016 [12] were integrated for quantitative confirmation.

Instrument description

The basic survey at T0 consisted of a total of 62 questions. There were 7 subsections including social demographics, medical education, qualifications, postgraduate medical training, future planning for postgraduate medical training, future planning as a specialist and completed postgraduate training. The follow-up at T1 consists of a total of 109 questions, with varying number of questions shown to participants depending on professional background and current occupation. Both surveys are composed of binary response options, free text statements, multiple choice questions and preference statements on a seven or six-point Likert scale (1=not at all important, 6/7=very important).

Conducting the survey

The basic survey at T0 was presented to all participants at introductory seminars of the KWBW between 2016 and 2022. The survey was completed voluntarily and without time constraints. From 2016 to 2021 the survey was paper-based and since 3rd December 2021 it is being conducted online (Survey Monkey®, San Mateo, CA, USA). The follow-up at T1 was conducted online (Survey Monkey®, San Mateo, CA, USA) via email on 27th July 2023. The survey was completed voluntarily. Two email reminders were sent in August and September 2023, as well as a reminder letter by post on 8th September 2023. The survey was closed on 10th October 2023.

Data analysis

Data analysis was performed using IBM® SPSS® Statistics version 29.0 for Windows (IBM, Armonk, NY, USA). Dataset was described descriptively. If applicable, t-test, Mann-Whitney-U-test and Pearson-Chi-square-test were used for comparative analysis.

Ethics

All participants gave written consent to participate in the study and to the pseudonymised use of their data. Ethical approval by the ethics-commission in Heidelberg was granted (No. S-570/2015).

Results

Participation at T0

From 2016 to 2022 n=884/929 GP trainees that enrolled in the KWBW training programme participated in the basic survey at T0 (response rate: 95.2%), of which 23.8% (n=210) were LEs.

Social demographics at T0

An overview of the social demographics as well as comparison between NLEs and LEs at T0 can be found in attachment 1.

77.5% (n=138) of the LEs have partners with a university degree, 37.6% (n=67) of them are physicians as well, which is a significantly higher proportion than NLEs (p=0.02). On average LEs had taken 12 months of parental leave prior to lateral entry (Q1;Q3 2.5;27; Mean [SD]: 18 [1.54]). 26.8% (n=56) of LEs grew up in a city (population count >100.000), 23.4% (n=49) in a town (20.001-100.000), 41.7% (n=87) in a small town (5.000-20.000) and 8.1% (n=17) in a village (<5.000). For those that did not grow up in a city, 5.3% (n=11) lived less than 10km, 35.1% (n=73) lived 10-35km and 34.6% (n=72) lived >35km away from the next city. Compared to NLEs, LEs grew up in places further away from cities (p=0.044) but there was no significant difference in the population size of their hometowns. There were no significant differences between NLEs and LEs concerning their performances in education, such as the average grade in high school ("Abitur", German A-levels), their final grade in their medical education and publication records.

Postgraduate training at T0

Compared to NLEs (87.8%; n=589), less LEs have worked in internal medicine (45.7%; n=96; p<0.001) while having rotated more often to the department of anaesthesiology (40.5%; n=85; p<0.001) and surgery (26.7%; n=56; p=0.039). In relation to NLEs (5.2%; n=35) more LEs were additionally qualified in emergency medicine (39.5%; n=83; p<0.001).

Future plans concerning postgraduate training at T0

Compared with NLEs, LEs prefer to have less rotations and finish their postgraduate training at one post (p<0.001). There was no significant difference between NLEs (71.8%; n=475) and LEs (66.7%; n=136) concerning their preference to have a training post in a rural practice. More LEs preferred to work full-time (57.6%; n=118) compared to NLEs (47.9%; n=317; p=0.05). LEs stated (on a scale from 1-7; 1=not important at all; 7=very important) that the prospect of continuing to be employed by the same practice after qualifying as GP (mean: 4.46 (SD: 2.05); Md: 5 (Q1: 3; Q3: 6)) was more important to them as compared to NLEs (mean: 4.08 (SD: 1.92); Md: 4 (Q1: 2; Q3: 6); p=0.008). Similarly, it was more important to LEs (same scale as above; mean: 4.22 (SD:1.99); Md: 4 (Q1: 2; Q3: 6)) than NLEs (mean: 3.45 (SD: 1.97); Md: 4 (Q1: 2; Q3: 5)) to have the chance to become a partner of the practice (p<0.001).

Future plans as a qualified GP at T0

By comparison, LEs (45.2%; n=94) were more decisive to open their own GP practice and work self-employed than NLE (35.3%; n=234; p=0,009). Concerning the preferred size of the place of residence, distance of the place of residence to the next city, working in a rural practice or acquiring additional qualifications there were no significant differences between LEs and NLEs (see attachment 1).

Results at T1

An overview of the results at T1 in comparison to LEs at T0 are shown in table 1, further results on LEs are shown in table 2. LEs at T1 were more likely working in smaller communities: n=8 (2.8%) <5.000 inhabitants, n=15 (41.7%) 5.000-20.000 inhabitants, N=4 in cities with >100.000 inhabitants. 97.2% (n=35) were working in Baden-Wuerttemberg and 47.2% (n=17) were working more than 40 hrs/week.

Discussion

To the best of our knowledge this explorative analysis of LEs is the largest quantitative study on LEs, showing typical attributes of lateral entrants and highlighting their importance in the effort to acquire more GPs in Germany.

Typical attributes of lateral entrants

In comparison to NLEs the average LE is more likely to be older, married, to have more children and a Dr. med.-degree. After all, these findings are not surprising due to the very nature of LE taking place later in one's career and life. It is important to note that among LEs the proportion of men is significantly higher than the proportion of men among NLEs. Nevertheless, in both subgroups women make up the majority. This is in line with the general trend of more women going into medicine [15] and especially into GP [1], [16], [17], [18]. Most LEs who changed to GP are specialists in anaesthesiology, internal medicine and surgery (including orthopaedics and trauma surgery). Inferring from the motives of LEs as described by Schwill et al. [12] it appears that with some professional experience long-term patient-oriented care as well as self-employed work are becoming more attractive. Otherwise, working conditions and career prospects in various specialties are not attractive enough to retain colleagues slightly interested in GP. Recent studies in the fields of anaesthesiology, internal medicine and surgery share this observation and have shown a high degree of dissatisfaction among junior doctors concerning their working and training situation [19], [20], [21]. This has mainly been attributed to long working hours, a lack of compatibility of family and work and an increasing burden of administrative work. Analyses of LEs by the German

Medical Association (*Bundesärztekammer*) are not accessible.

Lateral entrants make up considerable amount of GP trainees

Currently nearly one quarter of all participants of the KWBW are LEs. They need to be acknowledged as a substantial and distinct subgroup among GP trainees. Therefore, postgraduate training programmes such as the KWBW should consider their needs and offer appropriate activities, such as LE-targeted mentoring sessions. As a pitfall reported by LEs (data not shown), LEs might get caught in a double role as qualified specialists while being GP trainees as well. For this reason, they might only be treated as medical specialists and not as trainees that require teaching and training. To prevent this, it is important to raise awareness both among GP trainers as well as LEs themselves. GP trainers could be sensitized in train-the-trainer courses that involve modules on the specific characteristics and needs of LEs. Up to date, competence centers have already been providing various networking opportunities for GP trainees (including LEs) which often prompt them to reflect about their (potentially conflicting) double roles as service providers and doctors in training. LEs that take part and engage in these networking opportunities including group-mentoring benefit especially due to their professional experience. From the KWBW experience, GP-trainers need support to reflect their own views on LEs and to accept their obligation to induce and accompany a sound change of specialty among LEs, even in the first years after training. At the same time, awareness among LEs should be induced: Every GP trainee (LEs as well as non-LEs) entering the KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} start with a compulsory two-day training day about the values and core principles of primary care and family medicine. In these courses the attendants reflect on their own views and presumptions of family medicine. From our experience not only the LEs do learn about the core principles the first time (data not published yet). This highlights the importance for LEs to participate in a training program such as the KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®}.

Lateral entrants – a pillar of family medicine

LEs are a current and future pillar of GP in Baden-Wuerttemberg/Germany. Currently there is a trend among young physicians (including GP trainees) towards working part-time and away from self-employment [22]. Our study reveals that the largest part of LEs end up working in family medicine. Moreover, many LEs are living in rural areas and consider themselves as rural GPs, thereby contributing to patient care in physician shortage areas. It needs to be noted, that there was no significant difference between NLEs and LEs in terms of their future plans to work in a rural practice. Most LEs do not regret having

Table 1: General practice trainees of the competence centre for postgraduate medical education Baden-Wuerttemberg (KWBW): Lateral entrants (LE) at T0 and T1

		Lateral entrants at T0 (n=210)	Lateral entrants at T1 (n=48)	p
Sex	n	n=210	n=48	0,673 (a)
	Female n (%)	138 (65.7%)	30 (62.5%)	
	Male n (%)	72 (34.3%)	18 (37.5%)	
Age	n	n=210	n=48	<0,001 (c)
	Md [Q1,Q3]	40 [36; 45]	46 [42; 52]	
	MW [SD]	40.98 [6.16]	47,25 [6,67]	
	Min-Max	31-62	37-63	
Population of place of residence	n	Intended size of future place of residence (n=190)	Size of current place of residence (n=48)	0,345 (c)
	>100.000 n (%)	39 (20,5%)	13 (27.1%)	
	20.001- 100.000	78 (41,1%)	11 (22.9%)	
	5.000- 20.000	49 (25,8%)	12 (25.0%)	
	<5.000	24 (12,6%)	12 (25%)	
Current scope of work	n	n=210	n=39	0,324 (c)
	100%-employment n (%)	119 (56.7%)	17 (43.6%)	
	75-99%-employment	41 (19.5%)	7 (17.9%)	
	51-74%-employment	3 (1.4%)	7 (17.9%)	
	50%-employment	31 (14.8%)	5 (12.8%)	
	Currently unemployed	16 (7.6%)	3 (7.7%)	
Former Specialty	n	n=204	n=47	0,267 (a)
	Anaesthesiology	72 (35.3%)	14 (29.8%)	
	Internale medicine	59 (28.9%)	14 (29.8%)	
	Surgery (incl. Orthopaedics and trauma surgery)	42 (20.6%)	15 (31.9%)	
	Other	31 (15.2%)	4 (8.5%)	
Working in a rural practice	Planned (n=209)	Yes: 61 (29.2%)		n.a.
	Would you call yourself a country GP? (n=36)		Yes: 23 (63.9%)	
Self-employment	n	n=208	n=36	n.a.
	Undecided n (%)	100 (48.1%)		
	Planning for a full KV-seat	71 (34.1%)		
	Planning for half a KV-seat	23 (11.1%)		
	Not planning any form of self-employment	14 (6.7%)		
	Self-employed with full KV-seat		15 (41,7%)	
	Self-employed with half a KV-seat		1 (2,8%)	
	Employed		20 (55,6%)	

GP=General Practice, T0=entering training program, T1=after graduation, (a) Pearson-Chi-square-Test, (b) Mann-Whitney-U-Test, Md=median, Q1=first quartile, Q3=third quartile, SD=standard deviation Min=Minimum, Max=Maximum

Table 2: General practice trainees of the competence centre for postgraduate medical education Baden-Wuerttemberg (KWBW): Further results of Lateral entrants T1 (after graduation)

		Lateral entrants (n=48)
Currently working as a General Practitioner (n=39)	Yes	36 (92,3%)
	No	3 (7,7%)
I would change to GP again (n=47) (1=disagree strongly; 6=fully agree)	Mean [SD] Min-Max	5,28 [1,08] 1-6
What was your reason to change to GP (Multiple selection allowed) (n=48)	Specific GP way of working (e.g. patient-oriented therapy approach, continuity in care, diversity).	29 (60,4%)
	Job dissatisfaction in the previous specialty (e.g. high workload, hierarchy, few career opportunities)	30 (62,5%)
	Economic motives (e.g. job security, financial support from the KV)	1 (2,1%)
	Other professional motives (e.g. opportunity to settle, age-compatible working conditions, professional satisfaction)	29 (60,4%)
	Private motives (e.g. compatibility of family and work, local ties)	25 (52,1%)
What is your advice to medical students/young doctors who want to become GPs (n=47)	Go straight into GP training	29 (61,7%)
	Finish specialty training in another area first before going into family medicine ("my way")	18 (38,3%)

GP=General Practice, SD=standard deviation Min=Minimum, Max=Maximum

changed to family medicine which indicates a high level of satisfaction and motivation to work as GPs. As an opportunity, with their previous expertise such as emergency medicine, LEs may help broaden the skills of GPs to provide comprehensive primary care. Finally, nearly half of the LEs become self-employed, while further surveys have yet to reveal the long-term trend in terms of self-employment. LEs - especially from hospital - are attracted by the working-profile and working-conditions of GP, "economic motives" do not seem to play a significant role in their decision. Regarding (future) problems of GP in Germany, LEs form a resource to deal with shortage of GPs. However, some regional medical association are discussing to cut down the duration of lateral entry from 2 to 1 year [23]. Perhaps, the beneficial 2-year experiences of LEs in the KWBW need to be promoted even more among physicians working in specialisation.

Limitations

Data about graduates of LE in neither Baden-Wuerttemberg nor Germany are accessible, which is why we are not sure how many LEs are considered in the study. However, 40% of GP trainees in Baden-Wuerttemberg enter the KWBW and the number of LEs is comparably high. Participants of the KWBW appear as a selected group among GP trainees, more likely with a higher motivation to participate in additional training (selection bi-

as). Finally, intraindividual follow-up from T0 to T1 was provided by pseudonym, but due to the low number of matches (n=15) we refrained from conducting further analyses with the matched pairs. Further reminders and continuous surveys are necessary to gain sufficient responses.

Conclusions

Our study is an important quantitative study on LEs in Germany because LEs among GP trainees are numerous. Most differences between LEs and NLEs might be due to their more advanced age. LE attracts specialists from the hospital sector. Many LEs become self-employed and provide primary care in rural areas. With their high degree of determination to continue working as GPs and unique background they have become an important pillar of primary care in Baden-Württemberg. Overall, lateral entry seems to be an effective way in easing the pressure on primary care by encouraging more physicians to change to GP. However, prerequisite for a successful LE is the duration of 2 years in GP as well as the enrolment in a competence centre providing core principles of GP and offering a strong collegial network to LEs.

Authors' ORCIDs

- Katja Krug: [0000-0002-9795-7954]
- Christian Förster: [0000-0001-7068-2084]
- Simon Schwill: [0000-0002-0954-2194]

Acknowledgements

We would like to thank Dr. Viviane Deugoué, Dr. Dorothee Reith, Dr. Sandra Stengel and Mr. Tobias Walter for their support. We would also like to thank the entire KWBW team, all seminar moderators, trainers, facilitators and participants of the KWBW Verbundweiterbildung^{plus®} for their inspiring joy in teaching as well as learning, commitment and willingness to further develop the programme. We would like to thank all our cooperation partners for their valuable support.

It was challenging to find an appropriate English term for “Quereinstieg” (German). To our knowledge there is no equivalent training-programme in other countries, only very few publications on this topic in general and no established terminology in English. After considering other alternatives (such as “short-track” or “cross-entry”) we favoured “lateral entry” since in our opinion it captures the meaning of “Quereinstieg” the best. Furthermore, it has been used in the same context in another recent publication (2022 Syrieyx).

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001706>

1. Attachment_1.pdf (176 KB)
General Practice Trainees of the competence centre for postgraduate medical education
Baden-Wuerttemberg (KWBW): Comparison at programme start between non-lateral-entrants and lateral entrants (2016–2022)

References

1. Dorbath M, Frien E, Kiunke G, Lupo L, Larosa R, Portenhaus F, Sonntag K, Tröscher M, Vogginger C, Wiedli W. Die ambulante medizinische Versorgung 2022 - Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Stuttgart: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg; 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht>
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsdaten. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>
3. Sierocinski E, Mathias L, Martins Pereira JF, Chenot JF. Postgraduate medical training in Germany: A narrative review. *GMS J Med Educ.* 2022;39(5):Doc49. DOI: 10.3205/zma001570
4. Nolting H, Ochmann R, Zich K. Gesundheitszentren für Deutschland. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2021.
5. Van Den Bussche H, Boczor S, Siebert S, Nehls S, Selch S, Kocalevent RD, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). *ZFA (Stuttgart).* 2019;95(1):9-13. DOI: 10.3238/zfa.2019.0009-0013
6. Saß A, Lampert T, Prütz F, Seeling S, Starker A, Kroll LE, Rommel A, Ryl L, Ziese T. Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung?. Berlin: Robert Koch-Institut; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.html
7. Steinhäuser J, Roos M, Haberer K, Ledig T, Peters-Klimm F, Szecsenyi J, Joos S. Bericht aus der Praxis: Das Programm Verbundweiterbildungplus des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg - Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven [Report from general practice: the composite graduate education(plus) program of the Baden-Württemberg General Practice Competence Center - development, implementation and prospects]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2011;105(2):105-109. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.02.002
8. Schwill S, Magez J, Joos S, Steinhäuser J, Ledig T, Rubik A, Niebling W, Szecsenyi J, Flum E. New paths in post-graduate medical training in general practice - 8 years of experience with the pilot project Verbundweiterbildung(plus) Baden-Württemberg. *GMS J Med Educ.* 2017;34(5):Doc62. DOI: 10.3205/zma001139
9. Vorstand der Bundesärztekammer. Empfehlung der Bundesärztekammer für den „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin“. Berlin: Bundesärztekammer; 2011. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/2011-10-21_Quereinstieg-AllgMed.pdf
10. Landesärztekammer Baden-Württemberg. Neue Weiterbildungsordnung 2020. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerztekammer-bw.de/wbo2020>
11. Erens O. Vertreterversammlung der Landesärztekammer - Präsidenten-Bericht: Öffentlichkeitsarbeit, Ärztemangel, Patientenrechte, GOÄ, etc. *Ärztebl Baden-Württemberg.* 2011;12:612-613.
12. Schwill S, Magez J, Jäger C, von Meißner WC, Szecsenyi J, Flum E. Liebe auf den zweiten Blick - qualitative Erhebung von Motiven für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin [Changing to a career in general practice - a qualitative study reveals motives of specialists]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2016;118-119:73-79. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.10.003
13. Syrieyx O, Stiel S, Afshar K, Schneider N, Engel B. QUERAN – Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. Eine Online-Befragung in Niedersachsen [QUERAN – Lateral Entry into Family Medicine. An Online Survey in Lower Saxony]. *ZFA (Stuttgart).* 2022;98(9):288-293. DOI: 10.53180/zfa.2022.0288-0293
14. Ledig T, Flum E, Magez J, Eicher C, Engeser P, Joos S, Schwill S, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Fünf Jahre Train the Trainer-Kurs für weiterbildungsbefugte Hausärzte - qualitativ-quantitative Analyse der Begleitevaluation [Five-year experience with Train-the-Trainer courses for general practice trainers - a qualitative and quantitative analysis]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2016;117:65-70. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.10.001
15. Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31.12.2021. Berlin: Bundesärztekammer; 2021. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2021>

16. Van den Bussche H, Siegert S, Nehls S, Boczor S, Kocalevent RD, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Teil 1 [The Results of Six Years Postgraduate Vocational Training for Primary Medical Care in Germany – Part 1]. ZFA (Stuttgart). 2018;94:362-366. DOI: 10.3238/zfa.2018.0362-0366
17. Van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, Siegert S, Nehls S, Selch S, Kocalevent RD, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2) [The Results of Six Years Postgraduate Vocational Training for Primary Medical Care in Germany – Results of the KarMed-study (Part 2)]. ZFA (Stuttgart). 2019;95(1):9-13. DOI: 10.3238/zfa.2019.0009-0013
18. Ko J, Krug K, Förster C, Jähnig T, Bischoff M, Becker C, Schwill M. Die nächste Generation der Allgemeinmedizin - Beschreibung der Ärzt*innen in Weiterbildung von 2016–2022 [The next generation in general practice - A descriptive study of GP trainees from 2016–2022]. ZFA (Stuttgart). 2023;99:357-364. DOI: 10.1007/s44266-023-00114-3
19. Bitzinger D, Raspe M, Schulte K, Larmann J. Evaluation der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen im Fachgebiet Anästhesiologie in Deutschland. Anästhesie Intensivmed. 2017;58:429-440.
20. Raspe M, Vogelgesang A, Fendel J, Weiß C, Schulte K, Rolling T. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung: eine zweite bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppen von DGIM und BDI [Work and Training Conditions of Young German Physicians in Internal Medicine - Results of a Second Nationwide Survey by Young Internists from the German Society of Internal Medicine and the German Professional Association of Internists]. Dtsch Med Wochenschr. 2018;143(7):e42-e50. DOI: 10.1055/a-0543-4544
21. Fritze-Büttner F, Kunze C, Mille M. Zufriedenheit und Arbeits(zeit)gestaltung von Chirurg:innen in Deutschland – wo stehen wir aktuell? Passion Chir. 2022;12(07/08):Artikel 04_02.
22. Van den Bussche H. The future problems of general practice in Germany: current trends and necessary measures. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019;62(9):1129-1137. DOI: 10.1007/s00103-019-02997-9
23. Kötter J. Quereinstieg: Kompetenz darf nicht unterlaufen werden. ZFA (Stuttgart). 2018;94(10):431. DOI: 10.1007/BF03652259

Corresponding author:

Dr. med. Simon Schwill, MME
Heidelberg University Hospital, Department of General Medicine and Health Services Research, Im Neuenheimer Feld 130.3, D-69120 Heidelberg, Germany, Phone: +49 (0)6221/56-39379
simon.schwill@med.uni-heidelberg.de

Please cite as

Ko J, Krug K, Förster C, Jähnig T, Bischoff M, Becker C, Schwill S. Lateral entry into general practice – an explorative analysis of general practice trainees in the competence centre for postgraduate medical education Baden-Württemberg. GMS J Med Educ. 2024;41(5):Doc51. DOI: 10.3205/zma001706, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017060

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001706>

Received: 2023-10-16

Revised: 2024-03-28

Accepted: 2024-05-14

Published: 2024-11-15

Copyright

©2024 Ko et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Quereinstieg in die Allgemeinmedizin – eine explorative Analyse von Ärzt*innen in Weiterbildung im Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW)

Zusammenfassung

Zielsetzung: Um dem Mangel an Hausärzt*innen in Deutschland entgegenzuwirken, können seit 2011 Gebiets spezialisten durch eine verkürzte Weiterbildung in die Allgemeinmedizin wechseln (=Quereinstieg). Bisher gibt es nur wenige veröffentlichte qualitative und quantitative Daten zu Quereinsteiger*innen (QE). Ziel der Studie war eine explorative Analyse von QE im Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW) durchzuführen.

Methoden: 2016 wurde eine multizentrische Kohortenstudie mit Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) Allgemeinmedizin im KWBW initiiert. Es wurden Daten von 2016 bis 2022 einbezogen (T0). Ein Follow-up mit Absolventen des KWBW wurde im Jahr 2023 durchgeführt (T1). Die Fragebögen zu T0 und T1 wurden selbst entwickelt und pilotiert und enthielten Fragen zur Soziodemographie, Ausbildung, Qualifikation, aktuellen Weiterbildung, zum Arbeitsumfeld und zu beruflichen Plänen. Der Datensatz wurde explorativ ausgewertet.

Ergebnisse: Zu T0 nahmen 884 ÄiW an der Studie teil (Rücklauf 95,2%). 23,8% der Teilnehmenden waren QE (n=210). Die meisten QE waren Fachärzt*innen für Anästhesiologie (34,8%), Innere Medizin (28,5%) und Chirurgie (20,6%). QE hatten im Durchschnitt 3 Jahre in ihrem vorherigen Fachgebiet gearbeitet, bevor sie die Weiterbildung Allgemeinmedizin begannen. Zum Zeitpunkt T0 waren QE sieben Jahre älter als ihre Kolleg*innen ($p<0,001$). Der Anteil der Männer unter den QE war höher (34,3% gegenüber 25,1%, $p=0,009$). QE waren eher entschlossen, eine eigene Hausarztpraxis zu eröffnen ($p=0,009$). An T1 nahmen 48 QE teil, von denen 92% hausärztlich tätig waren (n=36). 64,5% betrachteten sich als Landärzt*in und arbeiteten in Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern (n=36). QE entschieden sich hauptsächlich für die Allgemeinmedizin aufgrund der spezifischen Arbeitsweise, beruflicher Unzufriedenheit und aus persönlichen Gründen, wie z. B. der Möglichkeit, sich niederzulassen. Die meisten QE stimmten nachdrücklich zu, dass sie wieder in die Allgemeinmedizin wechseln würden.

Diskussion: QE sind eine wichtige Gruppe unter den ÄiW in der Allgemeinmedizin. Viele QE machen sich selbstständig und tragen wesentlich zur Primärversorgung bei. Der Quereinstieg zieht Gebiets spezialisten an, auch aus ländlichen Gebieten, die nach beruflicher Erfüllung suchen. Deshalb sollten QE auf ihrem neuen Weg von einem Kompetenzzentrum vor Ort unterstützt werden, das hausarztspezifische Kurse, Mentoring und ein berufliches Netzwerk anbietet.

Schlussfolgerung: QE, die das KWBW durchlaufen haben, sind zu einer wichtigen Säule der Primärversorgung in Baden-Württemberg geworden.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin, Familienmedizin, Facharztweiterbildung, Quereinstieg, Kompetenzzentren

Jonathan Ko¹
Katja Krug¹
Christian Förster²
Tanja Jähnig³
Martina Bischoff⁴
Christine Becker¹
Simon Schwill¹

1 Universitätsklinikum
Heidelberg, Abteilung
Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung,
Heidelberg, Deutschland

2 Universitätsklinikum
Tübingen, Institut für
Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle
Versorgung, Tübingen,
Deutschland

3 Universitätsklinikum Ulm,
Institut für Allgemeinmedizin,
Ulm, Deutschland

4 Universitätsklinikum
Freiburg, Institut für
Allgemeinmedizin, Freiburg,
Deutschland

Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich der prognostizierte Mangel an Hausärzt*innen (HÄ) in Deutschland immer deutlicher abgezeichnet [1], [2]. Dies ist einerseits auf einen quantitativen Mangel zurückzuführen, der aus dem unzureichenden hausärztlichen Nachwuchs resultiert. Zum Teil ist dies auch dem System geschuldet, das jungen Ärzt*innen die freie Wahl des Fachgebiets ermöglicht [3]. Hinzu kommt die Überalterung der aktuellen HÄ-Generation, was dadurch deutlich wird, dass in den nächsten Jahren bis zu ein Drittel von ihnen in den Ruhestand gehen wird [1], [4]. Gleichzeitig zeigen Daten, dass immer mehr HÄ in Teilzeit arbeiten, wodurch weniger Versorgungsarbeit geleistet werden kann [4], [5]. Andererseits altert die gesamtdeutsche Bevölkerung und wird aufgrund der höheren Prävalenz von Multimorbidität mehr medizinische Versorgung benötigen [6].

Um dem Mangel an HÄ mittelfristig entgegenzuwirken und eine einheitliche und koordinierte Weiterbildung zu etablieren, wurden in den Bundesländern Kompetenzzentren für die allgemeinmedizinische Weiterbildung eingerichtet. Die KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} in Baden-Württemberg basiert auf der 2008 gegründeten Verbundweiterbildung^{plus®} Baden-Württemberg [7], [8].

Um kurzfristig HÄ zu rekrutieren, hat die Bundesärztekammer 2011 eine Empfehlung veröffentlicht, das Fachärzt*innen aus anderen Fachrichtungen den Wechsel in die Allgemeinmedizin durch ein verkürztes Weiterbildungsprogramm, dem sogenannten Quereinstieg, erleichtert [9]. Nach der aktuellen Weiterbildungsordnung von 2020 müssen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg 12 Monate Innere Medizin im Krankenhaus, 24 Monate in einer hausärztlichen Praxis, 6 Monate in einem anderen Fachgebiet (z.B. Chirurgie) und 18 Monate in einem frei wählbaren Fachgebiet absolviert werden [10]. Für Quereinsteiger*innen (QE) wird die vorige Facharztausbildung mit 36 Monaten angerechnet, sodass sie nur 24 Monate Weiterbildung in einer hausärztlichen Praxis benötigen. In Baden-Württemberg wurde der Quereinstieg im Jahr 2011 eingeführt [11].

Seit der Einführung des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin wurde wenig zu diesem Thema geforscht. Eine qualitative Studie von Schwill et. al. beleuchtet die Motive von QE, die vor allem in dem Wunsch nach einer Verbesserung der Qualität der Patientenkontakte, der Möglichkeit der Selbstständigkeit sowie der Frustration über schlechte Arbeitsbedingungen im Krankenhaus liegen [12]. Eine weitere Studie von Syrieyx et. al. mit n=64 weist darauf hin, dass die verkürzte Weiterbildungszeit im Quereinstieg Fachärzt*innen motiviert, in die Allgemeinmedizin zu wechseln [13].

Unser Ziel war es, QE zu beschreiben und mit regulären Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) Allgemeinmedizin (Nicht-Quereinsteiger*innen, NQE) zu vergleichen. Darüber hinaus wollten wir die Karriereentwicklung von QE nach Abschluss ihrer Weiterbildung Allgemeinmedizin untersuchen.

Methoden

Studiendesign

Diese Studie besteht aus einer multizentrischen Querschnittsbefragung als Ausgangspunkt einer Kohortenstudie mit Daten aus den Jahren 2016-2022 (T0) und eine Querschnitts-Follow-up-Befragung mit ÄiW der Allgemeinmedizin im Quereinstieg im Jahr 2023 (T1).

Setting

Die KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} ist ein Weiterbildungsprogramm, das gemeinsam von den allgemeinmedizinischen Instituten und Abteilungen für Allgemeinmedizin der Universitäten Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm sowie von der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft durchgeführt wird. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot für ÄiW Allgemeinmedizin, das Seminare, Vernetzungsmöglichkeiten, Mentoring und die Möglichkeit zur Teilnahme an regionalen Rotationsprogrammen umfasst. Zusätzlich bietet das KWBW Train-the-Trainer-Kurse für Weiterbildende in der Allgemeinmedizin an [14]. Die KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} steht auch für QE zur Verfügung.

Teilnahme und Rekrutierung

Voraussetzung für die Teilnahme an der Umfrage war die Einschreibung im KWBW. Die Rekrutierung für T0 erfolgte im Rahmen der obligatorischen zweitägigen Einführungsveranstaltung (online oder in Präsenz). Voraussetzung für die Teilnahme an der Nachbefragung zu T1 war der Abschluss am KWBW-Programm und die erfolgreich abgelegte Facharztprüfung Allgemeinmedizin.

Entwicklung des Instruments

Ein standardisiertes deutschsprachiges Instrument für eine umfassende Befragung von neuen Teilnehmenden an einem medizinischen Weiterbildungsprogramm oder von FÄ Allgemeinmedizin war nicht verfügbar. Daher hat ein interprofessionelles, multizentrisches Projektteam aus den Instituten und Abteilungen für Allgemeinmedizin der Universitäten Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm, das mit den Zielgruppen vertraut ist, einen Fragebogen entwickelt, der auf einer Literaturrecherche und einer Bewertung der für die Zielgruppen relevanten Inhalte basiert. Die primäre Validierung erfolgte mittels der Think-Aloud-Technik mit fünf ÄiW (Basisbefragung zu T0) sowie zwei ÄiW und zwei FÄ für Allgemeinmedizin (Follow-up zu T1), die mit dem Weiterbildungsprogramm vertraut sind. Der Umfragebogen zu T0 wurde seit Beginn der Studie mehrfach leicht angepasst (Version 1: 28.01.2016; Version 2: 03.03.2016-17.03.2016; Version 3: 16.06.2016-15.03.2018; Version 4: 15.03.2018; Version 5: seit

05.04.2018). Zu den Änderungen gehörten die Reduzierung der Freitext-Antworten und die Reduzierung der Items für eine schnellere standardisierte Auswertung. Die unterschiedlichen Motive von QE, die zuvor in einer qualitativen Studie von Schwill et al. 2016 [12] untersucht wurden, wurden als quantitatives Item im T1-Fragebogen integriert.

Beschreibung des Instruments

Der Fragebogen zu T0 bestand aus insgesamt 62 Fragen mit 7 Unterabschnitten, darunter Soziodemographie, medizinische Ausbildung, Qualifikationen, medizinische Weiterbildung, Zukunftsplanung für die medizinische Weiterbildung, Zukunftsplanung als Facharzt*in nach abgeschlossener Weiterbildung. Die Nachbefragung zu T1 bestand aus insgesamt 109 Fragen, wobei Teilnehmende je nach beruflichem Hintergrund und aktueller Tätigkeit unterschiedlich viele Fragen gestellt bekamen. Beide Umfragen bestehen aus binären Antwortmöglichkeiten, Freitextaussagen, Multiple-Choice-Fragen und Präferenzaussagen auf einer sieben- oder sechsstufigen Likert-Skala (1=überhaupt nicht wichtig, 6/7=sehr wichtig).

Durchführung der Umfrage

Die Basisbefragung zu T0 wurde allen Teilnehmenden der Einführungsseminare des KWBW zwischen 2016 und 2022 vorgelegt. Das Ausfüllen der Umfrage war freiwillig und ohne zeitliche Begrenzung. Von 2016 bis 2021 wurde die Umfrage in Papierform durchgeführt, seit dem 3. Dezember 2021 wird sie online durchgeführt (Survey Monkey®, San Mateo, CA, USA).

Die Nachbefragung zu T1 wurde online (Survey Monkey®, San Mateo, CA, USA) per E-Mail am 27. Juli 2023 durchgeführt. Das Ausfüllen der Umfrage war freiwillig. Im August und September 2023 wurden zwei Erinnerungs-E-Mails sowie am 8. September 2023 ein Erinnerungsschreiben per Post verschickt. Die Umfrage wurde am 10. Oktober 2023 geschlossen.

Auswertung der Daten

Die Datenanalyse wurde mit IBM® SPSS® Statistics Version 29.0 für Windows (IBM, Armonk, NY, USA) durchgeführt. Der Datensatz wurde deskriptiv beschrieben. Falls zutreffend, wurden t-Tests, Mann-Whitney-U-Tests und Pearson-Chi-Quadrat-Tests für die vergleichende Analyse verwendet.

Ethik

Alle Teilnehmende gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur pseudonymisierten Verwendung ihrer Daten. Die Ethik-Kommission in Heidelberg hat die Studie genehmigt (Nr. S-570/2015).

Ergebnisse

Teilnahme zu T0

Von 2016 bis 2022 nahmen n=884/929 ÄiW Allgemeinmedizin, die sich in das KWBW-Weiterbildungsprogramm eingeschrieben hatten, an der Basiserhebung zu T0 teil (Rücklaufquote: 95,2%), von denen 23,8% (n=210) QE waren.

Soziodemographie zu T0

Ein Überblick über die Soziodemographie sowie ein Vergleich zwischen NQE und QE zu T0 findet sich in Anhang 1.

77,5% (n=138) der QE haben Partner mit Hochschulabschluss, 37,6% (n=67) von ihnen sind auch Ärzt*innen, was ein deutlich höherer Anteil als bei NQE ist ($p=0,02$). Im Durchschnitt hatten QE vor dem Quereinstieg 12 Monate Elternzeit genommen (Q1:Q3 2,5;27; Mittelwert [SD]: 18 [1,54]). 26,8% (n=56) der QE wuchsen in einer Großstadt auf (Einwohnerzahl >100.000), 23,4% (n=49) in einer Stadt (20.001-100.000), 41,7% (n=87) in einer Kleinstadt (5.000-20.000) und 8,1% (n=17) in einem Dorf (<5.000). Von denjenigen, die nicht in einer Stadt aufgewachsen sind, lebten 5,3% (n=11) weniger als 10 km, 35,1% (n=73) lebten 10-35 km und 34,6% (n=72) lebten >35 km von der nächsten Stadt entfernt. Im Vergleich zu NQE wuchsen QE in Orten auf, die weiter von Städten entfernt waren ($p=0,044$), aber es gab keinen signifikanten Unterschied in der Bevölkerungsgröße ihrer Heimatstädte. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen NQE und QE in Bezug auf ihre Leistungen in der Ausbildung, wie z. B. Durchschnittsnote im Abitur, Abschlussnote des Medizinstudiums oder Anzahl an Publikationen.

Weiterbildung zu T0

Im Vergleich zu NQE (87,8%; n=589) haben weniger QE in der Inneren Medizin gearbeitet (45,7%; n=96; $p<0,001$), während sie häufiger in die Anästhesie (40,5%; n=85; $p<0,001$) und Chirurgie (26,7%; n=56; $p=0,039$) rotiert sind. Im Vergleich zu NQE (5,2%; n=35) haben mehr QE die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin (39,5%; n=83; $p<0,001$).

Zukunftspläne bezüglich der Weiterbildung zu T0

Im Vergleich zu den NQE ziehen es QE vor, weniger Rotationen zu absolvieren und ihre Facharztweiterbildung an einer Arbeitsstelle zu beenden ($p<0,001$). Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen NQE (71,8%; n=475) und QE (66,7%; n=136) in Bezug auf ihre Präferenz für eine Weiterbildungsstelle in einer Landarztpraxis. Mehr QE bevorzugten eine Vollzeitstelle (57,6%; n=118) im Vergleich zu NQE (47,9%; n=317; $p=0,05$). QE gaben an

(auf einer Skala von 1-7; 1=überhaupt nicht wichtig; 7=sehr wichtig), dass die Aussicht auf eine Weiterbeschäftigung in der gleichen Praxis nach der Facharztprüfung für Allgemeinmedizin (Mittelwert: 4,46 (SD: 2,05); Md: 5 (Q1: 3; Q3: 6)) für sie wichtiger war als für NQE (Mittelwert: 4,08 (SD: 1,92); Md: 4 (Q1: 2; Q3: 6); $p=0,008$). In ähnlicher Weise war die Möglichkeit zukünftig in die Praxis mit einzusteigen für QE wichtiger (gleiche Skala wie oben; Mittelwert: 4,22 (SD: 1,99); Md: 4 (Q1: 2; Q3: 6)) als für NQE (Mittelwert: 3,45 (SD: 1,97); Md: 4 (Q1: 2; Q3: 5)) ($p<0,001$).

Zukunftspläne nach Erlangung des Facharztes zu T0

Im Vergleich zu NQE (35,3%; $n=234$) waren QE (45,2%; $n=94$) ($p=0,009$) entschlossener, eine eigene Hausarztpraxis zu eröffnen und selbständig zu arbeiten. Hinsichtlich der bevorzugten Größe des Wohnortes, der Entfernung des Wohnortes zur nächsten Stadt, der Arbeit in einer Landarztpraxis oder dem Erwerb von Zusatzbezeichnungen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen QE und NQE (siehe Anhang 1).

Ergebnisse zu T1

Ein Überblick über die Ergebnisse der QE zu T1 im Vergleich zu T0 ist in Tabelle 1 dargestellt, weitere Ergebnisse der QE sind in Tabelle 2 aufgeführt. QE waren zu T1 eher in kleineren Gemeinden tätig: $n=8$ (2,8%) <5.000 Einwohner, $n=15$ (41,7%) 5.000-20.000 Einwohner, $n=4$ in Städten mit >100.000 Einwohnern. 97,2% ($n=35$) arbeiteten in Baden-Württemberg und 47,2% ($n=17$) arbeiteten mehr als 40 Stunden/Woche.

Diskussion

Nach unserer Kenntnis ist diese explorative Analyse die größte quantitative Studie zu QE, die typischen Merkmale von QE aufzeigt und deren Bedeutung für die Primärversorgung in Deutschland hervorhebt.

Merkmale von Quereinsteiger*innen

Im Vergleich zu NQE sind QE im Durchschnitt älter, verheiratet, haben mehr Kinder und einen medizinischen Dokortitel. Letztendlich sind diese Ergebnisse nicht überraschend, da der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt der Karriere und im Leben stattfindet. Es ist wichtig hervorzuheben, dass der Anteil der Männer unter QE deutlich höher ist als der Anteil der Männer unter NQE. Dennoch stellen Frauen in beiden Gruppen die Mehrheit dar. Dies entspricht dem allgemeinen Trend, dass mehr Frauen sich für die Medizin [15] und insbesondere die Allgemeinmedizin entscheiden [1], [16], [17], [18]. Die meisten QE, die in die Allgemeinmedizin wechselten, kommen aus der Anästhesiologie, Inneren Medizin und Chirurgie (einschließlich Orthopädie

und Unfallchirurgie). Aus den von Schwill et al. [12] beschriebenen Motiven der QE lässt sich ableiten, dass mit zunehmender Berufserfahrung eine langfristige, patientenorientierte Versorgung sowie eine selbständige Tätigkeit an Attraktivität gewinnen. Wird dies nicht geboten, so sind die Arbeitsbedingungen und Karriereperspektiven in den entsprechenden Fachgebieten nicht attraktiv genug, um ärztliches Personal, das ein wenig Interesse an der Allgemeinmedizin zeigt, zu halten. Neuere Studien aus den Bereichen Anästhesie, Innere Medizin und Chirurgie teilen diese Beobachtung und zeigen eine hohe Unzufriedenheit der ÄiW mit ihrer Arbeits- und Ausbildungssituation [19], [20], [21]. Dies wird vor allem auf lange Arbeitszeiten, mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf und eine zunehmende Belastung durch administrative Tätigkeiten zurückgeführt. Auswertungen der Bundesärztekammer zu QE sind nicht zugänglich.

Quereinsteiger*innen machen einen bedeutenden Anteil des hausärztlichen Nachwuchses aus

Derzeit sind fast ein Viertel aller Teilnehmenden des KWBW QE. Sie sollten als eine bedeutende und eigene Untergruppe unter den ÄiW der Allgemeinmedizin anerkannt werden. Daher sollten Weiterbildungsprogramme wie das KWBW ihre Bedürfnisse berücksichtigen und geeignete Angebote bereitstellen, wie z. B. auf QE zugeschnittene Mentoring-Sitzungen. Ein Fallstrick, über den QE berichteten (Daten nicht gezeigt), besteht darin, dass QE in eine Doppelrolle geraten können, als fertige FÄ und gleichzeitig noch in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin. Aus diesem Grund werden sie unter Umständen nur als FÄ behandelt und nicht als Weiterzubildende, die unterrichtet und weitergebildet werden sollten. Um dies zu verhindern, ist es wichtig, sowohl bei Weiterbildenden als auch QE ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Weiterbildende könnten in Train-the-Trainer-Kursen, die Module zu den spezifischen Merkmalen und Bedürfnissen von QE beinhalten, sensibilisiert werden. Schon jetzt bieten Kompetenzzentren bereits verschiedene Vernetzungsmöglichkeiten für ÄiW Allgemeinmedizin (einschließlich QE) an, die sie dazu veranlassen, über ihre (potenziell widersprüchlichen) Doppelrollen als Leistungserbringende und Weiterzubildende nachzudenken. QE, die an diesen Vernetzungsangeboten einschließlich Gruppen-Mentoring teilnehmen und sich engagieren, profitieren vor allem aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung.

Die Erfahrung des KWBW zeigt, dass Weiterbilder Unterstützung benötigen, um ihre eigene Sichtweise auf QE zu reflektieren und Verantwortung für den Prozess des Facharztwechsels von QE zu übernehmen, indem sie ihn mit anstoßen und begleiten (auch in den ersten Jahren nach der Weiterbildung). Gleichzeitig sollte das Bewusstsein der QE geschärft werden: Alle ÄiW (QE und NQE zugleich), die in die KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} eintreten, beginnen mit einem verpflichtenden zweitägigen Seminartag über die Werte und Grundprinzipien der Primärversorgung und der Familienmedizin. In den Seminaren reflektieren die Teilnehmenden ihre eigenen Ansichten und Vorstellungen von der Allgemeinmedizin. Unserer

Tabelle 1: Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) für Allgemeinmedizin am Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW): Quereinsteiger*innen (QE) zu T0 und T1

		QE zu T0 (n=210)	QE zu T1 (n=48)	p
Geschlecht	n	n=210	n=48	0,673 (a)
	Weiblich n (%)	138 (65,7%)	30 (62,5%)	
	Männlich n (%)	72 (34,3%)	18 (37,5%)	
Alter	n	n=210	n=48	<0,001 (c)
	Md [Q1, Q3]	40 [36; 45]	46 [42; 52]	
	MW [SD]	40,98 [6,16]	47,25 [6,67]	
	Min-Max	31-62	37-63	
Größe Wohnort	n	Gewünschte Wohnortgröße in der Zukunft (n=190)	Einwohner aktueller Wohnsitz (n=48)	0,345 (c)
	>100,000 n (%)	39 (20,5%)	13 (27,1%)	
	20,001- 100,000	78 (41,1%)	11 (22,9%)	
	5,000- 20,000	49 (25,8%)	12 (25,0%)	
	<5,000	24 (12,6%)	12 (25%)	
Aktueller Arbeitsumfang	n	n=210	n=39	0,324 (c)
	100%-Anstellung n (%)	119 (56,7%)	17 (43,6%)	
	75-99%-Anstellung	41 (19,5%)	7 (17,9%)	
	51-74%-Anstellung	3 (1,4%)	7 (17,9%)	
	50%-Anstellung	31 (14,8%)	5 (12,8%)	
	Ich arbeite zurzeit nicht	16 (7,6%)	3 (7,7%)	
Facharztbezeichnung	n	n=204	n=47	0,267 (a)
	Anästhesie	72 (35,3%)	14 (29,8%)	
	Innere Medizin	59 (28,9%)	14 (29,8%)	
	Chirurgie (inkl. Orthopädie und Unfallchirurgie)	42 (20,6%)	15 (31,9%)	
	Andere	31 (15,2%)	4 (8,5%)	
Tätigkeit in einer Landarztpraxis	Geplant (n=209)	Yes: 61 (29,2%)		n.a.
	Würdest du dich als Landarzt/Landärztin bezeichnen? (n=36)		Yes: 23 (63,9%)	
Selbstständigkeit	n	n=208	n=36	n.a.
	Unentschieden n (%)	100 (48,1%)		
	Voller KV-Sitz geplant	71 (34,1%)		
	Halber KV-Sitz geplant	23 (11,1%)		
	Selbstständigkeit wird ausgeschlossen	14 (6,7%)		
	Selbstständig mit vollem KV-Sitz		15 (41,7%)	
	Selbstständig mit halbem KV-Sitz		1 (2,8%)	
	Angestellt		20 (55,6%)	

T0=Einschreibung in das KWBW, T1=nach Abschluss des KWBW, KV = kassenärztliche Vereinigung, (a) Pearson-Chi-square-Test, (b) Mann-Whitney-U-Test, Md=Median, Q1=erstes Quartil, Q3=drittes Quartil, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum

Tabelle 2: Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) für Allgemeinmedizin am Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW): Weitere Ergebnisse der Quereinsteiger*innen T1 (nach KWBW-Abschluss)

		QuereinsteigerInnen (n=48)
Aktuell hausärztlich tätig (n=39)	Ja	36 (92,3%)
	Nein	3 (7,7%)
Ich würde jederzeit wieder in die Allgemeinmedizin wechseln (n=47) (1=Stimme überhaupt nicht zu; 6=Stimme voll und ganz zu)	Mittelwert [SD] Min-Max	5,28 [1,08] 1-6
Was war für dich der Grund zum Wechsel in die Allgemeinmedizin? (Mehrfachauswahl möglich) (n=48)	Spezifisch-hausärztliche Arbeitsweise (z.B. patientenorientierter Therapieansatz, Begleitung, Vielseitigkeit)	29 (60,4%)
	Arbeitsunzufriedenheit im vorherigen Fachgebiet (z.B. hohe Arbeitsbelastung, Hierarchie, wenige Karrierechancen)	30 (62,5%)
	Wirtschaftliche Motive (z.B. Arbeitsplatzsicherheit, finanzielle Förderung durch die KV)	1 (2,1%)
	Sonstige berufliche Motive (z.B. Niederlassungsmöglichkeit, alterskompatible Arbeitsbedingungen, berufliche Zufriedenheit)	29 (60,4%)
	Private Motive (z.B. Vereinbarkeit von Familie und Beruf, örtliche Bindung)	25 (52,1%)
Was rätst du Studierenden/ Berufsanfänger*innen mit Berufsziel Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin? (n=47)	Empfehlung, direkt die Weiterbildung Allgemeinmedizin zu beginnen	29 (61,7%)
	Empfehlung, erst einen anderen Facharzt vor der Allgemeinmedizin abzuschließen („mein Weg“)	18 (38,3%)

SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum

Erfahrung nach hören nicht nur QE die Grundprinzipien der Allgemeinmedizin zum ersten Mal (Daten noch nicht veröffentlicht). Dies unterstreicht, wie wichtig es für QE ist, an einem Fortbildungsprogramm wie der KWBW-Verbundweiterbildung^{plus®} teilzunehmen.

Quereinsteiger*innen – eine Säule der Hausarztmedizin

QE sind schon jetzt und auch in der Zukunft eine Säule der Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg/Deutschland. Gegenwärtig geht der Trend bei jungen Ärzt*innen (einschließlich der ÄiW Allgemeinmedizin) in Richtung Teilzeitarbeit und weg von der Selbstständigkeit [22]. Unsere Studie zeigt, dass der größte Teil der QE schließlich in der Allgemeinmedizin arbeitet. Darüber hinaus leben viele QE in ländlichen Gebieten und betrachten sich selbst als Landärzt*innen, wodurch sie zur Patientenversorgung in Gebieten mit Ärzt*innenmangel beitragen. Es ist anzumerken, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen NQE und QE in Bezug auf ihre zukünftigen Plä-

ne, in einer Landarztpraxis zu arbeiten, gab. Die meisten QE bereuen es nicht, in die Allgemeinmedizin gewechselt zu haben, was auf ein hohes Maß an Zufriedenheit und Motivation für die Arbeit als Hausärzt*in schließen lässt. Mit ihren früher erworbenen Fachkenntnissen, z. B. in der Notfallmedizin, können QE dazu beitragen, das Kompetenzspektrum in der Allgemeinmedizin zu erweitern und so eine noch umfassendere Primärversorgung zu gewährleisten. Schließlich macht sich fast die Hälfte der QE selbstständig, wobei weitere Erhebungen den langfristigen Trend zur Selbstständigkeit noch aufzeigen müssen. QE – vor allem aus dem Krankenhaus – werden vom Arbeitsprofil und den Arbeitsbedingungen in der Allgemeinmedizin angezogen, „wirtschaftliche Motive“ scheinen bei ihrer Entscheidung keine große Rolle zu spielen. Im Hinblick auf die (zukünftigen) Herausforderungen der Allgemeinmedizin in Deutschland stellen QE eine Ressource dar, um dem Mangel an Hausärzt*innen zu begegnen. Einige Landesärztekammern diskutieren jedoch, die Dauer des Quereinstiegs von zwei auf ein Jahr zu verkürzen [23]. Vielleicht sollten die positiven zwei-Jahres-Erfah-

rungen von QE im KWBW noch mehr unter den FÄ anderer Fachrichtungen bekannt gemacht werden.

Limitationen

Daten über QE sind weder in Baden-Württemberg noch in Deutschland zugänglich, weshalb wir nicht sicher sind, wie viele QE in dieser Studie berücksichtigt wurden. Allerdings treten 40% der ÄiW der Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg in das KWBW ein, und die Zahl der QE ist vergleichbar hoch. Die Teilnehmenden des KWBW scheinen eine ausgewählte Gruppe unter den ÄiW Allgemeinmedizin zu sein, die wahrscheinlich eine höhere Motivation zur Teilnahme an zusätzlichen Weiterbildungsangeboten haben (Selektionsbias). Schließlich wurde die intraindividuelle Nachverfolgung von T0 bis T1 pseudonymisiert durchgeführt, aber aufgrund der geringen Anzahl von Übereinstimmungen (n=15) haben wir von weiteren Analysen mit den gematchten Paaren abgesehen. Weitere Erinnerungsschreiben und kontinuierliche Erhebungen sind notwendig, um genügend Rücklauf zu erhalten.

Schlussfolgerungen

Unsere Studie ist eine wichtige quantitative Untersuchung über QE in Deutschland, da QE unter den ÄiW Allgemeinmedizin zahlreich sind. Die meisten Unterschiede zwischen QE und NQE sind womöglich auf ihr höheres Alter zurückzuführen. Der Quereinstieg zieht Gebietsspezialist*innen aus dem Krankenhaussektor an. Viele QE machen sich selbstständig und arbeiten in ländlichen Gebieten in der Primärversorgung. Mit ihrer Entschlossenheit, auch längerfristig in der Allgemeinmedizin zu arbeiten und mit ihrem besonderen beruflichen Hintergrund, sind sie eine wichtige Säule der Primärversorgung in Baden-Württemberg geworden. Insgesamt scheint der Quereinstieg ein wirksames Mittel zu sein die hausärztliche Versorgung zu entlasten, indem mehr Ärzt*innen zum Wechsel in die Allgemeinmedizin motiviert werden. Voraussetzung für einen erfolgreichen Quereinstieg ist jedoch die Dauer von zwei Jahren Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung sowie die aktive Teilnahme in einem Kompetenzzentrum, das die Grundprinzipien der hausärztlichen Versorgung vermittelt und ein starkes kollegiales Netzwerk bietet.

ORCIDs der Autor*innen

- Katja Krug: [0000-0002-9795-7954]
- Christian Förster: [0000-0001-7068-2084]
- Simon Schwill: [0000-0002-0954-2194]

Danksagung

Wir möchten Dr. Viviane Deugoué, Dr. Dorothee Reith, Dr. Sandra Stengel und Tobias Walter für ihre Unterstützung danken. Wir danken auch dem gesamten KWBW-Team, allen Refierenden, Trainer*innen, Moderator*innen und Teilnehmenden der KWBW Verbundweiterbildung^{plus®} für ihre inspirierende Freude am Lehren und Lernen, ihr Engagement und ihre Bereitschaft, das Programm weiterzuentwickeln. Wir bedanken uns bei allen kooperierenden Praxen und Kliniken für ihre wertvolle Unterstützung. Es war eine Herausforderung, einen passenden englischen Begriff für „Quereinstieg“ zu finden. Nach unserem Wissen gibt es kein entsprechendes Weiterbildungsprogramm in anderen Ländern, nur sehr wenige Publikationen zu diesem Thema und keine etablierte Terminologie in der englischen Sprache. Nach Abwägung anderer Alternativen (wie „Short-Track“ oder „Cross-Entry“) haben wir uns für „Lateral Entry“ entschieden, da er unserer Meinung nach die Bedeutung von „Quereinstieg“ am besten erfasst. Außerdem wurde er t in einer anderen Veröffentlichung (2022 Syrieyx) in demselben Zusammenhang verwendet.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001706>

1. Anhang_1.pdf (179 KB)
Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) für Allgemeinmedizin am Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW): Vergleich zwischen Nicht-Quereinsteiger*innen (NQE) und Quereinsteiger*innen (QE) am Teilnahmebeginn (2016–2022)

Literatur

1. Dorbath M, Frie E, Kiunke G, Lupo L, Larosa R, Portenhauser F, Sonntag K, Tröschner M, Vogginger C, Wiedli W. Die ambulante medizinische Versorgung 2022 - Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Stuttgart: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg; 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht>
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsdaten. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>
3. Sierocinski E, Mathias L, Martins Pereira JF, Chenot JF. Postgraduate medical training in Germany: A narrative review. *GMS J Med Educ.* 2022;39(5):Doc49. DOI: 10.3205/zma001570
4. Nolting H, Ochmann R, Zich K. Gesundheitszentren für Deutschland. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2021.

5. Van Den Bussche H, Boczor S, Siegert S, Nehls S, Selch S, Kocalevent RD, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). ZFA (Stuttgart). 2019;95(1):9-13. DOI: 10.3238/zfa.2019.0009-0013
6. Saß A, Lampert T, Prütz F, Seeling S, Starker A, Kroll LE, Rommel A, Ryl L, Ziese T. Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung?. Berlin: Robert Koch-Institut; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.html
7. Steinhäuser J, Roos M, Haberer K, Ledig T, Peters-Klimm F, Szecsenyi J, Joos S. Bericht aus der Praxis: Das Programm Verbundweiterbildungsplus des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg - Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven [Report from general practice: the composite graduate education(plus) program of the Baden-Württemberg General Practice Competence Center - development, implementation and prospects]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2011;105(2):105-109. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.02.002
8. Schwill S, Magez J, Joos S, Steinhäuser J, Ledig T, Rubik A, Niebling W, Szecsenyi J, Flum E. New paths in post-graduate medical training in general practice - 8 years of experience with the pilot project Verbundweiterbildung(plus) Baden-Württemberg. GMS J Med Educ. 2017;34(5):Doc62. DOI: 10.3205/zma001139
9. Vorstand der Bundesärztekammer. Empfehlung der Bundesärztekammer für den „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin“. Berlin: Bundesärztekammer; 2011. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/2011-10-21_Quereinstieg-AllgMed.pdf
10. Landesärztekammer Baden-Württemberg. Neue Weiterbildungsordnung 2020. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerztekammer-bw.de/wbo2020>
11. Erens O. Vertreterversammlung der Landesärztekammer - Präsidenten-Bericht: Öffentlichkeitsarbeit, Ärztemangel, Patientenrechte, GOÄ, etc. Ärztebl Baden-Württemberg. 2011;12:612-613.
12. Schwill S, Magez J, Jäger C, von Meißner WC, Szecsenyi J, Flum E. Liebe auf den zweiten Blick - qualitative Erhebung von Motiven für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin [Changing to a career in general practice - a qualitative study reveals motives of specialists]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2016;118-119:73-79. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.10.003
13. Syriex O, Stiel S, Afshar K, Schneider N, Engel B. QUERAN – Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. Eine Online-Befragung in Niedersachsen [QUERAN – Lateral Entry into Family Medicine. An Online Survey in Lower Saxony]. ZFA (Stuttgart). 2022;98(9):288-293. DOI: 10.53180/zfa.2022.0288-0293
14. Ledig T, Flum E, Magez J, Eicher C, Engeser P, Joos S, Schwill S, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Fünf Jahre Train the Trainer-Kurs für weiterbildungsbefugte Hausärzte - qualitativ-quantitative Analyse der Begleitevaluation [Five-year experience with Train-the-Trainer courses for general practice trainers - a qualitative and quantitative analysis]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2016;117:65-70. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.10.001
15. Bundesärztekammer. Ärzttestatistik zum 31.12.2021. Berlin: Bundesärztekammer; 2021. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerzttestatistik/2021>
16. Van den Bussche H, Siegert S, Nehls S, Boczor S, Kocalevent RD, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Teil 1 [The Results of Six Years Postgraduate Vocational Training for Primary Medical Care in Germany – Part 1]. ZFA (Stuttgart). 2018;94:362-366. DOI: 10.3238/zfa.2018.0362-0366
17. Van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, Siegert S, Nehls S, Selch S, Kocalevent RD, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2) [The Results of Six Years Postgraduate Vocational Training for Primary Medical Care in Germany – Results of the KarMed-study (Part 2)]. ZFA (Stuttgart). 2019;95(1):9-13. DOI: 10.3238/zfa.2019.0009-0013
18. Ko J, Krug K, Förster C, Jähnig T, Bischoff M, Becker C, Schwill M. Die nächste Generation der Allgemeinmedizin - Beschreibung der Ärzt*innen in Weiterbildung von 2016–2022 [The next generation in general practice - A descriptive study of GP trainees from 2016–2022]. ZFA (Stuttgart). 2023;99:357-364. DOI: 10.1007/s44266-023-00114-3
19. Bitzinger D, Raspe M, Schulte K, Larmann J. Evaluation der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen im Fachgebiet Anästhesiologie in Deutschland. Anästhesie Intensivmed. 2017;58:429-440.
20. Raspe M, Vogelgesang A, Fendel J, Weiß C, Schulte K, Rolling T. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung: eine zweite bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppen von DGIM und BDI [Work and Training Conditions of Young German Physicians in Internal Medicine - Results of a Second Nationwide Survey by Young Internists from the German Society of Internal Medicine and the German Professional Association of Internists]. Dtsch Med Wochenschr. 2018;143(7):e42-e50. DOI: 10.1055/a-0543-4544
21. Fritze-Büttner F, Kunze C, Mille M. Zufriedenheit und Arbeits(zeit)gestaltung von Chirurg:innen in Deutschland – wo stehen wir aktuell? Passion Chir. 2022;12(07/08):Artikel 04_02.
22. Van den Bussche H. The future problems of general practice in Germany: current trends and necessary measures. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019;62(9):1129-1137. DOI: 10.1007/s00103-019-02997-9
23. Kötter J. Quereinstieg: Kompetenz darf nicht unterlaufen werden. ZFA (Stuttgart). 2018;94(10):431. DOI: 10.1007/BF03652259

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Simon Schwill, MME
Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung
Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Im
Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg,
Deutschland, Tel.: +49 (0)6221/56-39379
simon.schwill@med.uni-heidelberg.de

Bitte zitieren als

Ko J, Krug K, Förster C, Jähnig T, Bischoff M, Becker C, Schwill S. Lateral entry into general practice – an explorative analysis of general practice trainees in the competence centre for postgraduate medical education Baden-Württemberg. GMS J Med Educ. 2024;41(5):Doc51. DOI: 10.3205/zma001706, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017060

Artikel online frei zugänglich unter
<https://doi.org/10.3205/zma001706>

Eingereicht: 16.10.2023
Überarbeitet: 28.03.2024
Angenommen: 14.05.2024
Veröffentlicht: 15.11.2024

Copyright

©2024 Ko et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.