

QUERAN – Quereinstieg in die Allgemeinmedizin

Eine Online-Befragung in Niedersachsen

QUERAN – Lateral Entry into Family Medicine

An Online Survey in Lower Saxony

Oliver Syrieyx¹, Stephanie Stiel¹, Kambiz Afshar¹, Nils Schneider¹, Bettina Engel^{1,2}

Hintergrund

Mit vielen Maßnahmen wird versucht, dem Mangel an Hausärzt*innen entgegenzuwirken. Eine ist der sog. Quereinstieg in die Allgemeinmedizin, der seit 2018 in Niedersachsen möglich ist. Ziel der Studie war es, zu zeigen, ob die Möglichkeit zum Quereinstieg Ärzt*innen zum Wechsel in die Allgemeinmedizin motiviert. Weiterhin sollte gezeigt werden, inwieweit sich Ärzt*innen im Quereinstieg (QE) von Ärzt*innen, die noch keine Facharztanerkennung erworben haben (AT), hinsichtlich soziodemografischer und beruflicher Angaben sowie in Bezug auf die Berufszufriedenheit und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben unterscheiden.

Methoden

Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) für Allgemeinmedizin wurden mithilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) zu einer onlinebasierten Befragung eingeladen. Diese erfolgte von Januar bis Mai 2021. Der Fragebogen beinhaltete 40 Items zu soziodemografischen und berufsanamnestischen Variablen sowie zu verschiedenen Weiterbildungsaspekten. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik.

Ergebnisse

Von 180 angeschriebenen ÄiW haben 64 den Fragebogen ausgefüllt (35 %). Für 65 % der QE wäre ein Wechsel in die Allgemeinmedizin ohne Quereinstieg nicht in Frage gekommen. 75 % der QE sind Fachärzt*innen für Anästhesie oder Chirurgie. Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Work-Life-Balance wurde von allen im ambulanten Bereich besser als im stationären Bereich angesehen. Für QE sind Aspekte wie die Vermittlung betriebswirtschaftlichen Wissens und eine Weiterbeschäftigungsperspektive in der Ausbildungspraxis von höherer Relevanz als für andere ÄiW.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Möglichkeit zum Quereinstieg Wegbereiter für einen Wechsel in die Allgemeinmedizin sein kann. Die Attraktivität scheint besonders in Fachrichtungen mit klassischerweise stationären Karrierewegen hoch zu sein. Die Erwartungen der QE an den Wechsel werden erfüllt, auch in Bezug auf Work-Life-Balance und Berufszufriedenheit.

Schlüsselwörter

Quereinstieg; Hausärztemangel; Allgemeinmedizin; Fachrichtungswechsel; Weiterbildung

Background

A variety of measures are being taken to counteract the shortage of family physicians in Germany. One of these is the so-called lateral entry into family medicine, which has been possible in Lower Saxony since 2018. With regard to socio-demographic and professional data as well as with regard to job satisfaction and work-life balance the study aimed to show: Whether the possibility of lateral entry motivates physicians to switch to family medicine and to what extent physicians in lateral entry (QE) differ from physicians who have not yet acquired a specialist certificate (AT).

Methods

Physicians in vocational training (ÄiW) for family medicine were invited to participate in an online-based survey with the help of the Association of Statutory Health Insurance Physicians of Lower Saxony (KVN). The questionnaire contained 40 items on sociodemographic and occupational history variables as well as on various aspects of vocational training. The data were analyzed using descriptive statistical methods.

Results

Of 180 ÄiW contacted, 64 completed the questionnaire (35 %). For 65 % of the QE, a change to family medicine without lateral entry would not have been an option. 75 % of the QE are specialists in anesthesia or surgery. Work-life balance was considered better in the outpatient sector than in the inpatient sector by all participants. For QE, aspects such as the teaching of business knowledge and a perspective of further employment in the training practice are of higher relevance than for other ÄiW.

Conclusions

The results suggest that the opportunity for lateral entry can be a pathfinder for a change to family medicine. The attractiveness seems to be particularly high in specialties with classically inpatient career paths. QE expectations of switching to family medicine are met, including work-life balance and career satisfaction.

Keywords

Lateral entry; shortage of family physicians; family medicine; change of specialty; continuing education

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

² Institut für Allgemeinmedizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

Peer reviewed article eingereicht: 04.07.2022; akzeptiert: 31.07.2022

DOI 10.53180/zfa.2022.0288-0293

Hintergrund

In den nächsten zehn Jahren wird gut ein Drittel der heute tätigen Hausärzt*innen altersbedingt in den Ruhestand gehen, gleichzeitig besteht ein Nachwuchsmangel, sodass weniger Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin nachkommen werden als aus dem Beruf ausscheiden [1]. Die Ursachen hierfür sind zahlreich und intensiv untersucht [2]. Begründungen für den erwarteten Mangel sind die „nicht wettbewerbsfähigen Arbeits- und Lebensbedingungen auf dem Land“ [3] oder die Angst vor einer zu hohen Wochenarbeitszeit [4].

Da der Hausärzt*innenmangel eine große Problematik in der Versorgung von Patient*innen darstellt und zukünftig weiter verstärkt sein wird, werden zahlreiche politische Anstrengungen unternommen, um die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit zu steigern und mehr Nachwuchs für eine Niederlassung in der Allgemeinmedizin auf dem Land zu begeistern [5]. Der sogenannte Quereinstieg in die Allgemeinmedizin ist eines der Instrumente, dass dazu führen soll, dass sich mehr Ärzt*innen für eine Tätigkeit im hausärztlichen Umfeld entscheiden.

Der Quereinstieg ist laut Auskunft der Landesärztekammern im Mai 2022 (eigene Recherche) in elf der 17 deutschen Landesärztekammern möglich; fünf Ärztekammern bieten diese Möglichkeit nicht an (Hamburg, Berlin, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Nordrhein), von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern lag keine Rückmeldung vor. In den letztgenannten Bundesländern ist ein verkürzter Wechsel in die Facharztausbildung Allgemeinmedizin teilweise nach Einzelfallentscheidung möglich. In Niedersachsen ist der Quereinstieg seit 2018 möglich und erfolgt entsprechend der Empfehlung der Bundesärztekammer: Ärzt*innen in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung müssen bereits eine Facharztweiterbildung in der direkten Patient*innenversorgung abgeschlossen haben und können dann in einer verkürzten Weiterbildungszeit von 24 Monaten den Facharzt/die Fachärztin für Allgemeinmedizin er-

langen. Diese Weiterbildung im Quereinstieg darf nur bei einer/m Weiterbildungsermächtigten erfolgen, der/die Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin ist [6]; auch alle AT müssen diese 24 Monate nachweisen.

Eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Implementierung des Quereinstiegs für Niedersachsen ist bis dato noch nicht erfolgt. Eine vergleichbare Untersuchung wurde bereits für das Bundesland Baden-Württemberg durchgeführt [7].

Das im Folgenden beschriebene Projekt „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin in Niedersachsen“ (QUERAN) soll hierzu weitere Einblicke und Evidenz schaffen. Ziel dieser Arbeit war es zu überprüfen, ob der Quereinstieg geeignet ist, Ärzt*innen aus anderen Fachrichtungen für den Wechsel in die Allgemeinmedizin zu motivieren. Außerdem sollte untersucht werden, inwieweit sich Ärzt*innen im Quereinstieg von Ärzt*innen, die bisher keine fachärztliche Anerkennung erworben haben, hinsichtlich soziodemografischer und beruflicher Angaben sowie in Bezug auf die Berufszufriedenheit und der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben unterscheiden.

Methoden

Entlang der Forschungsfrage und mit Rückgriff auf die aktuelle Literatur zu den Themen Ärzt*innenmangel in der hausärztlichen Versorgung, Work-Life-Balance von Ärzt*innen und Erfahrungen mit dem Quereinstieg in anderen Bundesländern, entwickelte das Projektteam QUERAN einen teilstandardisierten Fragebogen. Dieser Fragebogen adressiert drei Zielgruppen:

1. Quereinsteiger*innen im Sinne der o.g. Definition,
2. Ärzt*innen, die aus einer anderen, nicht abgeschlossenen Facharztweiterbildung in die Weiterbildung Allgemeinmedizin gewechselt sind, und
3. Ärzt*innen, die sich direkt nach dem Studium für die Weiterbildung Allgemeinmedizin entschieden haben.

Der Entwurf des Fragebogens wurde in mehreren Korrekturschleifen im

Projektteam überarbeitet und schließlich in ein Online-Format in SoSci Survey übertragen. Es erfolgte ein inhaltlicher und technischer Pre-Test durch zwei AiW des Projektteams.

Die Einladung zum Fragebogen wurde am 22.01.2021 in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) per E-Mail mit einem Link zum Fragebogen an alle infrage kommenden Ärzt*innen der o.g. Zielgruppen (insgesamt 180 potenzielle Teilnehmende in Niedersachsen) versendet, die sich zum Stichtag in Weiterbildung befanden. Im Rahmen der Einladung erfolgte eine Information über die Ziele der Studie, die Verwendung der Daten der Teilnehmenden und den Datenschutz. Eine Teilnahme an der Online-Befragung war bis zum 14.05.2021 möglich. In der Zwischenzeit erfolgten zwei E-Mail-Erinnerungen an alle initial adressierten potenziellen Teilnehmenden.

Ein positives Ethikvotum (Nr. 9498_BO_K_2020 vom 8.12.2020) der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) lag vor.

Der Fragebogen umfasste neun Themenbereiche:

- Demografie (z.B. Alter)
- Berufsanamnese (z.B. Facharztbezeichnung vor Beginn des Quereinstiegs)
- Stationäre Tätigkeit (z.B. Dienstmodell)
- Ambulante Tätigkeit (z.B. Wochenarbeitszeit)
- Wahrnehmung der Arbeit (z.B. Zufriedenheit mit dem Beruf)
- Entlohnung (z.B. Höhe des Gehalts)
- Wahl der Weiterbildungspraxis (z.B. räumliche Nähe zum Wohnort)
- Fortbildung (z.B. Verfügbarkeit von Fortbildungsangeboten für AiW)
- Berufsperspektiven (z.B. Tätigkeitsverhältnisse als Fach*ärztin)

Die Beantwortung der Items war entweder mittels fünfstufiger Likert-Skalen, z.B. im Sinne der Zustimmung oder Zufriedenheit, einfacher Auswahl (ja/nein), Zahleneingaben oder ergänzenden Freitextangaben möglich.

Nach Abschluss des Befragungszeitraumes wurden die Daten in einer

Soziodemografie						
		Mittelwert	Min.	Max.	SD	Bemerkung
Alter der Teilnehmenden in Jahren	QE	44,6	33	59	6,8	QE signifikant älter als AT ($p < 0,05$)
	AT	35,9	26	56	6,2	
		männlich	weiblich			
Geschlecht	QE	10 (30,3 %)	23 (69,7 %)			Eine fehlende Angabe
	AT	5 (16,7 %)	25 (83,3 %)			

Tabelle 1 Alter und Geschlecht der Teilnehmenden (n = 64)

Microsoft-Excel-Datei aus SoSci Survey exportiert. Die Daten wurden vor der Auswertung auf Plausibilität geprüft. Mit Hilfe von SPSS Version 27.0 (Statistical Package für Social Sciences, IBM) erfolgte die statische Analyse mittels deskriptiven und Häufigkeitsstatistiken sowie Gruppen- und Mittelwertvergleiche mittels Chi²- und T-Tests bei einem Signifikanzniveau $p < 0,05$.

Im Zuge der Auswertung wurden die Daten zunächst getrennt für die drei teilnehmenden Zielgruppen ausgewertet. Aufgrund der geringen Fallanzahl wurden die o.g. Zielgruppen 2 und 3 in der weiteren Analyse zu einer Subgruppe, der anderen Teilnehmenden (AT) nebst der Quereinsteigenden (QE), zusammengefasst.

Ergebnisse

Von 180 ÄiW, die zur Erhebung eingeladen wurden, nahmen 64 an der Befragung teil (Rücklaufquote: 35 %). Hiervon waren 33 Teilnehmende in der Gruppe der QE, 16 Teilnehmende wechselten aus einer anderen Facharztausbildung (s. Zielgruppe 2 unter „Methoden“) und 15 Teilnehmende gingen direkt in die

Weiterbildung Allgemeinmedizin nach dem Studium (s. Zielgruppe 3 unter Methoden).

Soziodemografie

Angaben zum Alter und der Geschlechterverteilung der Teilnehmenden finden sich in Tabelle 1.

25 QE (78 %) und 29 ATs (96 %) leben in fester Partnerschaft in einem gemeinsamen Haushalt. Die Mehrzahl der Teilnehmenden hatte Kinder, die durch Krippen/Kindertagesstätten (51 %) und/oder Schulen (33 %) betreut wurden. Etwa ein Drittel aller Befragten (30 %) gab keinen Betreuungsbedarf für Familienmitglieder an. Diesen Betreuungsaufwand empfanden insbesondere die Teilnehmenden als sehr aufwendig, die als QE (50 %) oder als AT (58 %) im stationären Setting tätig waren (Tab. 2). Die Unterschiede zwischen den Gruppen (QE vs. AT) waren nicht signifikant ($p = 0,56$).

Berufsanamnese

Teilnehmende aus der Gruppe der QE waren im Mittel 18 Jahre ärztlich tätig (Min. – Max.: 7–35 Jahre,

SD = 7,7) und damit signifikant länger ($p < 0,05$) als die Teilnehmenden der Gruppe der AT. Diese waren im Mittelwert 6,9 Jahre seit ihrer Approbation beruflich tätig (Min. – Max.: 0–30 Jahre, SD = 5,2).

Von den 32 befragten QE hatten 15 eine Facharztbezeichnung für Anästhesiologie (47 %) und 8 für Chirurgie (25 %), wobei in der letzteren Gruppe nicht zwischen chirurgischen Spezialisierungen unterschieden wurde. Die verbleibenden Teilnehmenden hatten eine abgeschlossene Facharztausbildung in Innerer Medizin (n = 3), HNO-Heilkunde (n = 1), Neurochirurgie (n = 1), Neurologie (n = 1), Pädiatrie (n = 1), Radiologie (n = 1) und Urologie (n = 1).

Die bislang höchste berufliche Position der QE im Rahmen ihrer Tätigkeit im stationären Bereich war Fachärzt*in ohne Leitungsfunktion bei n = 20 Teilnehmenden (63 %). Je n = 4 Teilnehmende (je 13 %) waren Funktionsoberärzt*in oder Oberärzt*in. Zwei Teilnehmende (6 %) gaben an, als Chefärzt*in tätig gewesen zu sein. Zwei Teilnehmende beantworteten diese Frage nicht.

Bezogen auf Ihre Tätigkeit in der stationären/ambulanten Patientenversorgung: Wie herausfordernd empfinden Sie es, die Betreuung Ihrer Kinder und/oder Angehörigen in Ihren Alltag zu integrieren?								
		Sehr aufwendig	Etwas aufwendig	Weder noch	Wenig aufwendig	Gar nicht aufwendig	Keine Angabe	p
Stationäres Setting	QE	50,0 %	12,5 %	3,1 %	0 %	0 %	34,4 %	0,37
	AT	58,1 %	9,7 %	0 %	0 %	0 %	32,3 %	
Ambulantes Setting	QE	6,3 %	37,5 %	12,5 %	9,4 %	0 %	34,4 %	0,47
	AT	0 %	48,8 %	9,7 %	12,9 %	0 %	29,0 %	

Tabelle 2 Beurteilung des Betreuungsaufwandes von Kindern und Angehörigen in Bezug auf das berufliche Setting (in %)

Wechsel in die Allgemeinmedizin ohne die Möglichkeit des Quereinstiegs

Von allen befragten QE (n = 33) hätten 66 % nach eigenen Angaben ohne die Möglichkeit des Quereinstiegs nicht in die Weiterbildung Allgemeinmedizin gewechselt, 22 % hätten trotzdem gewechselt, 13 % gaben keine Antwort an oder wussten es nicht.

Berufszufriedenheit, Verwaltungsaufwand, Ausbildung

Alle Teilnehmenden beider Untergruppen waren mit dem ärztlichen Beruf generell zufrieden bis sehr zu-

frieden (QE 97 % vs. AT 87 %). Die Tätigkeit im ambulanten Bereich war mit einer höheren Zufriedenheit bei den QE (88 %) und AT (84 %) verbunden als die Tätigkeit im stationären Bereich (QE 44 % und AT 26 %). Explizit gab in beiden Gruppen je ca. ein Drittel der Befragten an, im ambulanten Bereich sehr zufrieden mit dem ärztlichen Beruf zu sein. Im stationären Bereich gab dies hingegen niemand an (Tab. 2).

Im stationären Arbeitsalltag gaben 75 % der QE und 74 % der AT den Anteil als arztfremd definierter Tätigkeiten (Verwaltung, Dokumentation, Abrechnung) als hoch bis sehr hoch an. Im ambulanten Arbeitsall-

tag wurde dieser Anteil von den Befragten geringer empfunden (QE 69 % und AT 48 %) (Tab. 3).

In Bezug auf die Qualität der Supervision und Anleitung durch die Weiterbildenden im stationären Arbeitsalltag gaben 56 % der QE und 32 % der AT diese als gut bis sehr gut an. Im ambulanten Arbeitsalltag wurde diese Qualität von den Befragten häufiger als gut bis sehr gut empfunden (QE 75 % und AT 71 %) (Tab. 3). Die Vermittlung von Inhalten zu Praxisorganisation und betriebswirtschaftlichen Aspekten wurde von der Mehrheit (79 %) aller Teilnehmenden als wichtig bis sehr wichtig erachtet (88 % der QE und 71 % der AT).

Zufriedenheit mit dem Arztberuf								
		Sehr zufrieden	Zufrieden	Weder noch	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	Keine Angabe	p
Generell	QE	31,3 %	65,6 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,44
	AT	35,5 %	51,6 %	9,7 %	0,0 %	3,2 %	0,0 %	
Im stationären Setting	QE	0,0 %	43,8 %	12,5 %	37,5 %	6,3 %	0,0 %	0,30
	AT	0,0 %	25,8 %	12,9 %	41,9 %	9,7 %	9,7 %	
Im ambulanten Setting	QE	34,4 %	53,1 %	6,3 %	0,0 %	3,1 %	3,1 %	0,86
	AT	32,3 %	51,6 %	3,2 %	0,0 %	3,2 %	9,7 %	
Wie hoch schätzen Sie den Anteil arztfremder Tätigkeiten (Verwaltung, Dokumentation, Abrechnung) im Arbeitsalltag ein?								
		Sehr hoch	Hoch	Weder noch	Niedrig	Sehr niedrig	Keine Angabe	p
Im stationären Setting	QE	31,3 %	43,8 %	12,5 %	9,4 %	3,1 %	0,0 %	0,18
	AT	12,9 %	61,3 %	9,7 %	6,5 %	0,0 %	9,7 %	
Im ambulanten Setting	QE	18,8 %	50,0 %	21,9 %	9,4 %	0,0 %	0,0 %	0,23
	AT	12,9 %	35,5 %	19,4 %	16,1 %	3,2 %	12,9 %	
Wie gut fühlten Sie sich im Berufsalltag durch Ihren/Ihre Weiterbilder*in supervidiert und angeleitet?								
		Sehr gut	Gut	Weder noch	Wenig	Sehr wenig	Keine Angabe	p
Im stationären Setting	QE	12,5 %	43,8 %	18,8 %	15,6 %	6,3 %	3,1 %	0,29
	AT	9,7 %	22,6 %	12,9 %	32,3 %	9,7 %	9,7 %	
Im ambulanten Setting	QE	43,8 %	31,3 %	6,3 %	9,4 %	6,3 %	3,1 %	0,46
	AT	35,5 %	35,5 %	0,0 %	12,9 %	3,2 %	12,9 %	
Wie wichtig ist Ihnen die Vermittlung betriebswirtschaftlichen Wissens bzw. Fragen der Praxisorganisation im Rahmen Ihrer Weiterbildung?								
		Sehr wichtig	Wichtig	Weder noch	Nicht wichtig	Gar nicht wichtig	Keine Angabe	p
	QE	50,0 %	37,5 %	9,4 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %	0,58
	AT	35,5 %	35,5 %	16,1 %	6,5 %	3,2 %	3,2 %	

Tabelle 3 Angaben zur Berufszufriedenheit, zum Anteil arztfremder Tätigkeiten, zur Anleitung/Supervision und zur Wichtigkeit von betriebswirtschaftlichem Wissen

Faktoren bei der Wahl der Weiterbildungspraxis

Der überwiegende Teil der ÄiW beider Gruppen (81 %) wurde von Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin weitergebildet. Fachärzt*innen für Innere Medizin stellten mit 11 % die zweitgrößte Gruppe der Weiterbildungsermächtigten dar. Die Weiterbildungsermächtigung der Weiterbildenden betrug in 51 % der Fälle 24 Monate, in 24 % 18 Monate und in 8 % der Fälle 12 Monate.

Beide befragten Gruppen gaben an, dass der Umfang der Weiterbildungsermächtigung einen wichtigen (46 %) bis sehr wichtigen (22 %) Faktor für die Wahl der Weiterbildungspraxis darstellte. Nur 13 % der Teilnehmenden gaben an, dass dieser Faktor nicht wichtig gewesen sei. Ein weiterer Faktor für die Wahl der Weiterbildungspraxis war die Möglichkeit, in dieser Praxis nach Abschluss der Weiterbildung weiterhin beschäftigt zu werden. Mehr QE finden diese Perspektive wichtig bis sehr wichtig (88 %) als AT (71 %).

Berufsperspektive

Von den Befragten der Studie konnten sich 70 % perspektivisch eine berufliche Tätigkeit im ländlichen Raum vorstellen, definiert als eine Tätigkeit in einem Ort mit weniger als 5000 Einwohner*innen, 19 % der Befragten schlossen diese Beschäftigung aus. Die Befragten nannten als Argumente für eine Tätigkeit auf dem Land, dass sie „Naturliebhaber“ seien, die „familiäre Atmosphäre“ schätzten und es begrüßen, dann „sehr viel Patienten persönlich [...] zu kennen“. Auch wurde angegeben, dass gerade dort „in den nächsten Jahren Hausärzte gebraucht würden“ und die finanzielle Förderung bei Niederlassung in ländlichen Regionen attraktiv sei.

Argumente gegen eine Niederlassung im ländlichen Raum waren u.a. „die hohe Frequenz an schwer zugänglichen Hausbesuchen“, das „angewiesen sein auf ein Auto“ oder dass „man sich in der Stadt mit breiter fachärztlicher Versorgung sicherer fühlt“.

Diskussion

Ziel dieser Untersuchung war es nachzuweisen, ob der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin in Nieder-

sachsen Ärzt*innen aus anderen Fachrichtungen zu einem Wechsel in die Allgemeinmedizin motivieren kann, und ob diese QE sich von den AT in ihren Erwartungen an die Weiterbildung unterscheiden. Laut der Ergebnisse der Studie hätten zwei Drittel der Befragten ohne die Möglichkeit des Quereinstiegs keine neuerliche Facharztweiterbildung begonnen.

Die große Mehrheit der Quereinsteiger*innen kommt aus Fachrichtungen wie der Anästhesiologie und Chirurgie, die langfristig nur begrenzte Möglichkeiten für eine Tätigkeit im ambulanten Bereich, außerhalb des Krankenhauses, bieten. So sind z.B. laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer von 2020 nur 16 % aller Anästhesist*innen in



Oliver Syrieux ...

...ist Facharzt für Viszeralchirurgie und befindet sich seit Oktober 2020 in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin als Quereinsteiger. Im Zuge seiner Weiterbildung wollte er sich mit dem Quereinstieg in Niedersachsen auch wissenschaftlich auseinandersetzen und ist daher noch als Doktorand des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover tätig.

Foto: Jörg Scheibe

Deutschland im ambulanten Setting tätig. Bei den Chirurg*innen sind es immerhin 32,4 % [8]. Zusammen repräsentieren diese beiden Gruppen ca. 16 % aller in Deutschland tätigen Ärzt*innen [8]. Somit scheint es ein großes personales Potenzial unter zumeist stationär tätigen Anästhesist*innen und Chirurg*innen zu geben, die einen Wechsel in die Allgemeinmedizin in Erwägung ziehen könnten. Dies

würde die jetzt schon schwierige Personalsituation in den genannten Fächern noch verstärken, könnte aber auch ein Motor dafür sein, die Arbeitsbedingungen und damit die Attraktivität in den jeweiligen Bereichen zu optimieren.

Der größte Anteil der QE wechselte aus der Position „Fachärzt*in ohne Leitungsfunktion“ in den Quereinstieg. Der Quereinstieg in den ambulanten Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin könnte für diese Gruppe attraktiv sein, da Tätigkeiten im stationären Kontext, laut aktuellen Studien, mit hohem Stress [9] verbunden sind. Gerade in chirurgischen Fachrichtungen wird berufsassoziierter Stress als besonders hoch angesehen, wobei Fachärzt*innen, die nicht als Oberärzt*innen tätig sind, das höchste Stresslevel berichten [10]. Für Anästhesist*innen gilt dies analog [11]. Neben der Belastung durch Stress scheint eine Karriere im stationären Bereich mit Leitungsfunktion außerdem für den Nachwuchs nicht mehrheitlich gewünscht zu werden [12].

Insbesondere für hausärztliche Praxen, bei denen innerhalb der nächsten wenigen Jahre Ärzt*innen in den Ruhestand gehen werden, könnte sich die Anstellung von Quereinsteigenden anbieten. Auf diesem Wege hätten sowohl die Praxen als auch die Quereinsteigenden eine längerfristige Perspektive zur Weiterbeschäftigung, was laut den Ergebnissen unserer Befragung durchaus von Quereinsteigenden gewünscht ist. Immerhin fast 90 % der QE gaben diesen Faktor als wichtig bis sehr wichtig an.

Unsere Befragung zeigt passend dazu, dass sowohl Quereinsteigende als auch andere Teilnehmende im ambulanten Setting zufriedener mit ihrer beruflichen Situation, der Vereinbarkeit von Beruf und Familie hinsichtlich des Aufwands von betreuungsbedürftigen Personen und der Qualität der Ausbildung sind als im stationären Setting, was auch den Ergebnissen anderer Untersuchungen entspricht [13]. Insgesamt decken sich die Ergebnisse unserer Studie zu ähnlichen Untersuchungen aus anderen Bundesländern, z.B. aus Baden-Württemberg [7].

Stärken und Schwächen der Arbeit

Insgesamt konnten wir mit dieser Arbeit einen ersten wissenschaftlichen Ansatz für die Bewertung des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin in Niedersachsen beschreiben. Es zeigte sich ein tendenziell positives Ergebnis in Hinblick auf seine Wirksamkeit. Limitierend ist der Mangel einer Kontrollgruppe unter den möglichen QE, da nur Ärzt*innen befragt wurden, die sich bereits für den Quereinstieg entschieden hatten. Begrenzend für die Aussagekraft der Ergebnisse ist außerdem die relativ niedrige Rücklaufquote an der Befragung. Inwieweit sich die Non-Responder von den Teilnehmenden in ihrem Hintergrund (Alter, Geschlecht, Berufsanamnese) unterscheiden, wäre sicherlich interessant, aber diese Daten liegen uns nicht vor.

Ausblick

Perspektivisch könnte es sinnvoll sein, gerade bei Fachärzt*innen aus der Chirurgie und Anästhesiologie die Möglichkeit des Quereinstiegs bekannt(er) zu machen und auf diesem Wege einen Teil des Mangels an Hausärzt*innen eher kurzfristig zu kompensieren. Weiterhin wäre eine longitudinale Betrachtung sinnvoll, um den Quereinstieg nach Erlangung der Facharztanerkennung und nach Einstieg in den hausärztlichen Beruf zu beschreiben.

Danksagung: Wir danken der Kasernenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und den Befragungsteilnehmenden für ihre Unterstützung.

Interessenskonflikt:

Die Autor*innen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur

1. van den Bussche H. The future problems of general practice in Germany: current trends and necessary measures. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 1129–1137
2. KBV Ärztemangel. www.kbv.de/html/themen_1076.php (letzter Zugriff am 09.10.2021)
3. Faller B. Probleme der Hausarztversorgung im ländlichen Raum. vhw FWS 2014; 7–10
4. Köhler A. Immer weniger Ärzte wollen sich niederlassen. Uro-News 2010; 14: 21–21
5. Thomsen S, Ingwersen K, Weilage I. Versorgungsgradprognosen als Baustein einer evidenzbasierten Versorgungsplanung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2021; 162: 45–54
6. FAQ-Häufig gestellte Fragen zum „Quereinstieg in der Allgemeinmedizin“. www.aekn.de/fileadmin/inhalte/pdf/weiterbildung/kompetenzzentrum_aerztliche_weiterbildung/FAQ_Quereinstieg_Allgemeinmedizin_01072020.pdf (letzter Zugriff 12.07.2022)
7. Schwill S, Magez J, Jäger C, et al. Liebe auf den zweiten Blick – qualitative Erhebung von Motiven für den Quer-

einstieg in die Allgemeinmedizin. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2016; 118–119: 73–79

8. 2021 Bundesärztekammer. Ärztetätigkeit zum 31. Dezember 2020 Bundesgebiet gesamt. www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztetataktivitaet/aerztetataktivitaet (letzter Zugriff 12.07.2022)
9. Bauer J, Groneberg DA. Ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: e150–e158
10. Bauer J, Groneberg D. Disstress in der Chirurgie – Eine Untersuchung in deutschen Krankenhäusern. Zentralbl Chir 2017; 142: 590–598
11. Bauer J, Groneberg DA. Stress und berufszufriedenheit im fachgebiet der stationären anästhesiologie. Ergebnisse einer webbasierten Befragung. Anaesthesist 2014; 63: 32–40
12. Rärer H, Liberatore F. Karriere: Chefärztliche Laufbahn ist nicht mehr attraktiv. Klinik Managem akt 2022; 26: 50–51
13. Lauchart M, Ascher P, Kesel K, et al. Compatibility of work and family life: survey of physicians in the munich metropolitan area. Gesundheitswesen 2019; 81: 299–308

Korrespondenzadresse

Oliver Syrieux
Institut für Allgemeinmedizin und
Palliativmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1,
30625 Hannover
allgemeinmedizin@mh-hannover.de