

Starting postgraduate medical training in general practice with a rotation in general practice – a qualitative study on experiences and effects

Abstract

Objective: In Germany, the rotation into the general practitioner's practice (GPP) as part of postgraduate medical training in general practice traditionally takes place at the end of the training period. The aim of this study was to explore possible subsequent effects of beginning training in the GPP from the perspective of general practitioners (GPs) and GP trainees.

Methods: Nationwide, GPs and GP trainees were recruited who started specialization in GP in the GPP. Semi-structured telephone interviews were conducted between June and October 2022 using a self-developed interview-guide. The results were transcribed verbatim and analyzed using content analysis.

Results: N=15 interviews were conducted, averaging 54 minutes (32-75 minutes) each (9 federal states, 4 GPs, 11 GP trainees). From the participants' perspective, advantages included close supervision, flat hierarchies, more time for preparation and follow-up, self-directed learning as well as higher basic salary and regular working hours. Positive effects mentioned were reinforcement in career choice, early understanding of workflow in GPP, early development of a GP attitude and strengthening of professional self-confidence. Disadvantages included initial uncertainty at the beginning of the profession and limited opportunities for peer exchange. In conclusion, all participants would recommend beginning specialization with a rotation in the GPP.

Discussion: Starting in GPP allows GP trainees to learn about GP in a self-directed, research-oriented manner and based on consultations which enables early professional identity formation. GP trainees should avoid lack of collegial support by participating in a postgraduate training program. In a second step, GP trainers perspectives need to be assessed.

Conclusion: Beginning GP postgraduate training with a rotation in GP is advantageous and should be structurally promoted.

Keywords: training, general medicine, professional identity formation, self-directed learning

Christine Becker¹
Sandra Stengel¹
Marco Roos²
Attila Altiner¹
Simon Schwill¹

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

2 University of Augsburg,
Faculty of Medicine,
Department of General
Practice, Augsburg, Germany

Introduction

In Germany, obtaining specialist certification is individually regulated by the education guidelines for physicians (“Weiterbildungsordnung”, WBO) of the regional medical associations, based on the model education guidelines of the German Medical Association from 2020 [1], [2]. For the specialization in general practice (GP), the current WBO in Baden-Württemberg (BW) requires a training period of 60 months, of which 24 months must be completed in the general practitioner’s practice (GPPP), 12 months in acute inpatient care in internal medicine, 6 months in a field of direct patient care, and a total of 18 months in any areas of direct patient care [3]. GP trainees can freely choose the sequence of rotations.

General practice training (GPT) in Germany has long been considered unattractive, mainly due to lack of support and structure [4], [5]. This has fundamentally changed in recent years with the positive developments in BW through the “Verbundweiterbildung^{Plus®}” program [6], [7]. Since 2017, competence centers (CCs) in general medicine have been established nationwide, offering seminars, mentoring, and peer support for GP trainees in postgraduate training [8]. The structured seminar curriculum offered by the Competence Center for postgraduate training in Baden-Württemberg (“KWBW”) provides guidance for GP trainees [9]. The seminar program was developed in consideration of the competency-based curriculum of the German Society of General and Family Medicine [10]. Beginning GPT in the GPP is uncommon in Germany. It is known that many GP trainees decide to specialize in GP in the course of their training in the third or fourth year of training [11]. Sociodemographic studies in BW have shown that approximately 20% of GP trainees enter GPT directly [12]. Over the years, the financial support for ambulatory training periods by the Association of Statutory Health Insurance Physicians has been expanded in BW [13]. Internationally, beginning GPT in the GPP as the first rotation is common practice, for example in Denmark or the Netherlands [14], [15], [16], [17].

It is unclear how GP trainees and their GP trainers perceive the direct beginning of GPT in the GPP. Studies on this topic are not available in Germany. The aim of this study was to explore the advantages and disadvantages, as well as the subsequent effects of beginning training in the GPP on training and later professional life from the perspective of GP trainers and GP trainees.

Methods

Ethics

The study was approved by the Ethics Committee of Heidelberg University as part of an evaluation of postgraduate medical training in general medicine (Approval No. S-570/2015). Participants provided written consent to participate in the study and to use the interview data in written and pseudonymized form.

Study design

An exploratory qualitative study was conducted with physicians who were interviewed using semi-structured interviews about their entry into GP. A COREQ checklist, as a reporting guideline, is attached (see attachment 1).

Recruitment

The aim of recruitment was to identify GP trainees who had started their training in GPP. Since beginning training in the GPP is uncommon and only occasionally approved, only a few graduates could be found. Recruitment was expanded to include GP trainees who had completed their first rotation in primary care. Participants were reached through purposive sampling via e-mails throughout Germany. GP trainees were in various stages of training (years 1 to 5 out of 5). The authors were supported in recruitment by the German Society of General and Family Medicine (DEGAM), the Association of Young General Practitioners Germany (JADE) as well as CC in Baden-Württemberg and Bavaria. Via those recruitment strategies a sufficient amount of interview partners could be recruited from multiple federal states. No remuneration was provided to participants. At the time of the interviews, there were no professional relationships between the participants and the authors.

Development of interview guideline

The interview guide was developed by three scientists, all experienced in GP and with expertise in medical education (C.B., S.S., S.SC.) (see attachment 2). The questions were formulated openly to allow sufficient space for the interviewees to share their own experiences. The guiding questions focused on the experience of entering training in the GPP. Specifically, the effects on further medical education, professional life, development of a professional identity and personal attitudes were of interest. Additionally, the advantages and disadvantages of beginning a career in GP were explored. Another focus was on defining challenges and strategies for encountering and coping with them. The guideline was piloted three times and the clarity of the questions was adjusted accordingly. Prior to the interviews, socio-demographic data were collected.

Interview procedure

The interviews were conducted between June and October 2022 as semi-structured telephone interviews, using a recording device, by a researcher (C.B.) without the presence of third parties. The researcher introduced herself, explained her role, and presented the research questions both at the workplace and in the researcher’s home environment. Subsequently, the recordings were transcribed verbatim by research assistants and irreversibly deleted upon completion of the study. The transcripts were not provided to the participants for correction.

Data analysis

Data analysis was conducted on paper by two researchers (GPs, male/female, with varying levels of experience in qualitative data analysis) using a content-structuring qualitative content analysis approach following Kuckartz's method [18]. Category formation was deductive-inductive, with main categories predetermined and subcategories and codes supplemented during the interview analysis.

Results

Interview procedure

A total of n=16 interviews were conducted, with an average duration of 54 minutes (min. 32 minutes to max. 75 minutes). One interviewee was excluded as their medical training did not begin exclusively in GP. Thus, n=15 interviews were included in the analysis. No further recruitment was necessary due to the comprehensive data collected.

Socio-demographic data

Among the participants, n=4 were board-certified GPs. At the time of the interviews, among n=11 GP trainees n=1 was in the first year, n=2 in the second year, n=5 in the third year, n=2 in the fourth year, and n=1 in the fifth year of training (full-time equivalents). All interviewed GP trainees began their training under the current education guidelines for physicians of 2020. Socio-demographic data of the participants are summarized in table 1.

Advantages and disadvantages

Participants reported both advantages and disadvantages, as well as various effects, of starting their careers in primary care. The advantages outweighed the disadvantages significantly. The advantages and disadvantages mentioned by the interviewed physicians are presented in table 2 and table 3, and their key points are discussed below.

Advantages

The pleasant side effect of regular working hours with advantages for individual needs such as reconciliation of work and family life, completing dissertations and a slightly higher basic salary in practice during the first year of residency compared to working in a hospital was highlighted as advantageous. However, significantly more valued advantages were identified, such as the ability to switch perspectives between inpatient and outpatient care in subsequent rotations. This had implications for patient management in clinical rotations. Observing the approach and mediating the attitude of mentors was considered important and influential. The flat hierarchies and communication on an equal footing with mentors,

creating a relaxed environment, were described as advantageous for a successful career start.

Disadvantages

A notable disadvantage was the professional uncertainty at the beginning of the career, although some participants regarded this as normal when starting a new job. The lack of peer exchange, being often the only trainee in a small practice team, was also perceived as a disadvantage. Respondents recommended younger trainees to connect with regional competence centers and JADE groups to prevent this professional isolation.

Effects of beginning training in general practice

Further effects of starting in primary care are summarized below in addition to table 4 and attachment 3.

Motivation for the profession and training progression

The experience of beginning training in GPP was perceived as motivating, as it confirmed GP trainees' choice of specialty early in their careers. Additionally, important competencies required for future practice and individual strengths and weaknesses were identified, influencing further training planning. Participants described a decrease in apprehension about future self-employment.

Understanding the specifics of general practice

Participants described early understanding of GP principles as helpful for future practice in GP and consecutive clinical rotations. The openness, curiosity, and willingness to learn from the model (GP trainers) were seen as advantageous for internalizing these principles. Recognizing the role of GP, its strengths and challenges and understanding interfaces in the healthcare system were considered beneficial for professional development.

Development of a professional identity

Participants emphasized the development of a GP identity, personal attitudes, and reflection on their role in the healthcare system, shaped by experiences in GP with their mentors. They valued these experiences for their ongoing training. Additionally, they discovered personal areas of interest, which positively influenced their motivation for professional practice, for example pursuing additional qualifications.

Opportunity for self-directed learning

Self-directed and exploratory learning opportunities were described as promoters for an enhanced earning success. Participants appreciated the ability to control and increase the complexity of patient encounters and the supportive

Table 1: Socio-demographic data of physicians beginning postgraduate medical training in the general practitioner's practice (n=15)

	Board certified General practitioner n (%)	General practitioners in training n (%)	Total
Age (Med/ Min-Max)	4 (37/36-40)	11 (30/26-34)	15 (30 / 26-37)
Gender (n=15)	-	-	15 (100%)
Female	2 (13,3%)	9 (60%)	11 (73,3%)
Male	2 (13,3%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)
Divers	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Number of children			
No children	1 (6,7%)	6 (40%)	7 (46,7%)
1 child:	0 (0%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)
2 children:	2 (13,3%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)
3 children:	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Years in practice after board certification	-	-	4 (26,7%)
2018: 1 (6,7%)	-	-	
2019: 2 (13,3%)	-	-	
2020: 1 (6,7%)	-	-	
Year of postgraduate training	-	-	11 (73,3%)
		1: 1 (6,7%)	
		2: 2 (13,3%)	
		3: 5 (33,3%)	
		4: 2 (13,3%)	
		5: 1 (6,7%)	
Rotation in General Practice in clinical rotation during studies ("Praktisches Jahr")	Yes: 2 (13,3%) No: 2 (13,3%)	Yes: 9 (60%) No: 2 (13,3%)	Yes: 11 (73,3%) No: 4 (26,7%)
Job Proportion in first year of training			
Fulltime	3 (20%)	5 (33,3%)	8 (53,3%)
Part-Time (50-75%)	1 (6,7%)	3 (20%)	4 (26,7%)
Switch between fulltime and part-time	0 (0%)	3 (20%)	3 (20%)
Federal state of first rotation			
Baden-Württemberg	1 (6,7%)	3 (20%)	4 (26,7%)
Bavaria	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Berlin	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Hamburg	0 (0%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)
Niedersachsen	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Nordrhein-Westfalen	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Saarland	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Sachsen	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Thüringen	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (6,7%)
Current working setting			
Self-employed	2 (13,3%)	-	2 (13,3%)
Employed in			
- General practice	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
- Specialists practice	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
- Clinic	1 (6,7%)	3 (20%)	4 (26,7%)
- Combination of University and general practice	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Currently not working as a physician			
- Parental leave	0 (0%)	3 (20%)	3 (20%)
- Sabbatical	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (6,7%)
- Employment ban	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
- Job search	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)

Table 2: Advantages and disadvantages of starting specialisation in general practice in a general practitioner's practice from the perspective of GP trainees

Main category	Subcategory
<p>Advantages from the perspective of the GP trainees</p>	<ul style="list-style-type: none"> -The framework conditions (regulated working hours without night and weekend shifts, flexible schedules) are well adaptable to individual life situations (balancing family and career, completion of dissertation) and facilitate self-study -A gentle career entry with the opportunity for self-care, structured learning through allocated time for self-study -Higher basic salary in the first year of residency compared to working in a hospital -Close and continuous supervision by the mentor -Recognizing self-efficacy and highlighting existing competencies from the beginning of one's career -Development of respect and appreciation for general medicine work -Rapid development of good self-organization through quickly adapting to various consultation situations and working independently
<p>Disadvantages from the perspective of the GP trainees</p>	<ul style="list-style-type: none"> -At the beginning, there may be a lack of experience, knowledge gaps, and uncertainties, resulting in less autonomy and decision-making ability at the start of one's career -At the beginning of one's career, there may not yet be concrete opportunities for practice ownership or partnership -Lack of peer contact -Potential demotivation for hospital rotations -Due to the focus on technical skills, there may be a lack of engagement with the organizational aspects of self-employment -After completing two years of training in the general practitioner's office, there might not be fresh knowledge available during the specialist certification examination
<p>Anticipated advantages for the GP trainer from the perspective of the GP trainees</p>	<ul style="list-style-type: none"> -The substantial funding nearly covers the entire position, resulting in a cost-effective medical workforce and relief -The openness and enthusiasm of beginners facilitate their malleability and shaping for general medicine work. -The easier integration into the practice team and workflows is facilitated by the inexperience and openness of young GP trainees -The possibility of recruiting potential successors or partners with the opportunity for joint training planning to acquire complementary skills relevant to the practice -A stimulus for reflecting on one's own actions, learning through questioning and challenging ingrained behaviours by the trainees and the opportunity for mutual benefit and learning
<p>Disarticulated advantages for the GP trainer from the perspective of the GP trainees</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Increased supervision and onboarding effort for beginners at the start of their training period -Slower working pace of young GP trainees -Potential disappointments regarding hopes for practice succession or partnership acquisition, as some residents may not yet have their own practice establishment as a priority

GP: General Practice

Table 3: Advantages and Disadvantages of beginning postgraduate training in general practice in the general practitioner's practice

Main category	Content of main categories	Quote
Advantages from the perspective of GP trainees	Here, all statements regarding perceived advantages due to the conditions in GP (e.g., in terms of working hours) have been summarized.	"Exactly... a protected entry, more time to really educate oneself during the training. To process things, you somehow need to have peace. So, having enough sleep, and time to eat, is so essential. And I found it totally great that I had so much space for that there too. Right?... that I, well... especially having someone to turn to all the time. Always knowing - and especially being allowed to solve difficult situations oneself? But knowing that you're not alone with it. And really knowing that, it's not like that in the clinic. That you're not alone with it..." (#FA04)
Disadvantages from the perspective of GP trainees	Here, all statements regarding perceived disadvantages due to the conditions in GP (e.g., in terms of working hours) have been summarized.	"That's like I said, of course you're not as far along as when you get there in the end - you haven't completed the clinical section yet, and that's why you simply have gaps in your expertise. And that naturally means that you can't make as many independent decisions and can't treat as many patients independently. And in a way, it may be a disadvantage because you then have to work more dependently, so to speak, but basically, you're always a beginner at some point, so to speak, you start somewhere, that's why I don't know. Otherwise you will be thrown into the deep water in the clinic, so I don't know if it's necessarily disadvantageous." (#FA10)
Advantages for the GP trainer from the perspective of GP trainees	Here, all statements regarding perceived advantages for the GP trainer have been summarized.	"... I do think that this shaping is simply also possible in a completely different way, if someone has already done four years of internal medicine, then the thinking patterns are already there to some extent, which you also have to partly unlearn because it's just a completely different setting, what complaints does the patient come with, and how do we deal with them, we have different options for diagnostics, need to take anamnesis differently, need to make decisions faster, and I believe that if you get this socialization from the beginning a bit, that it's simply there faster. And then you don't have so many uncertainties, just because you don't have a CT scan right there." (#FA08)
Disadvantages for the GP trainer from the perspective of GP trainees	Here, all statements regarding perceived disadvantages for the GP trainer have been summarized.	"At the beginning, it's definitely stressful, you really have to think along, it's more exhausting at the beginning for the trainer. But I think it gets better. And in the end, when you've been there longer, you're just gold dust. That's how it is." (#FA004)

Legend: GP = General practice

Table 4: Effects of starting training in general Practice at the general practitioner's practice from the perspective of the participating GP trainees

Main category	Subcategory
Motivation for the profession	Experiencing a close physician-patient relationship
	Experience of self-efficacy
	Gentle entry into the profession
	Early transfer of responsibility
Planning postgraduate training	Better planning of postgraduate training by recognizing important competencies for GP
	Identification of training goals and missing competencies with the possibility of focused planning of further training progression
Self-directed learning/longitudinal development of competencies	Control of training progression by increasing the difficulty level of counselling situations
	Observation of disease progress over a longer period and before and after inpatient treatment
	Understanding of the interfaces between outpatient and inpatient care from the outset with perceived positive learning effect in clinical rotations and ability to change perspectives
	Understanding the role of primary care
	Targeted history taking and examination
	Application of hermeneutic case understanding
	Understanding of the stepped diagnostic approach
	Prioritization of health problems
	Learning patient management
	GP trainers as role models
Development of a GP identity	Self-reflection of one's own actions
	Perception of one's own attitude
	Development of a patient-centred treatment approach
	Advocating for good training, demanding the acquisition of skills crucial for primary care providers in subsequent rotations
Boosting self-confidence/self-assurance	Recognizing and advocating for personal needs to maintain one's own physician health
	Enhancing awareness of one's own value and skills, leading to confident negotiation of employment contracts in subsequent rotations
	Inconsistent statements regarding willingness to establish independent practices, often lacking a focus on establishing one's own practice in the initial rotation
Willingness for self-employment	Experience of alleviating fears regarding establishing an independent practice

Legend: GP = General practice

environment in GP, such as time for self-study or easy access to mentors for questions. Satisfaction and personal reinforcement were associated with assuming responsibility and developing problem-solving skills through increasingly autonomous work.

Positive impact on self-confidence

Experiences during this initial phase of professional practice led to increased self-confidence through the realization of one's efficacy. Recognizing one's own value and identifying specific learning goals contributed to greater self-assurance in subsequent rotations, such as advocating for quality training aligned with the needs of GP or negotiating employment contracts.

Discussion

This study successfully explored the research questions, highlighting several advantageous aspects of beginning GP training in the GPP. Notably, participants found confirmation of their choice of specialty, clarity regarding learning objectives in GP and an early understanding and adoption of GP working approaches as particularly beneficial and motivating. Additionally, participants emphasized the early development of a professional identity, reflective practices regarding their role in the healthcare system and the discovery of personal interests, contributing to job satisfaction. The opportunity for self-directed and exploratory learning was also highlighted as advantageous. Participants reported a strengthening of self-confidence and a significant sense of self-efficacy resulting from their experiences.

However, disadvantages such as professional uncertainty at the start of the career and the lack of peer exchange were noted. Nevertheless, all participants recommended beginning GP training in a GPP. The reported effects present an opportunity to recruit GP trainees early in their careers. It is noteworthy that eleven participants had already acquired experience in general practice during their final year of study as part of their clinical rotations ("Praktisches Jahr"). This underscores the importance of promoting a positive perception of GP during basic medical education [19], [20], [21]. By providing attractive teaching opportunities at universities and expanding practical training opportunities, there is potential to attract more young physicians directly into GP.

Early exposure to the peculiarities of GP work seems to positively influence further learning. Although these principles and identity development can occur later in training, the early integration of experiences in GP may offer a promising option for structuring postgraduate training [22]. The interviewed physicians unanimously emphasized the importance of subsequent rotations in other specialties to acquire complementary competencies and enhance communication between specialists to improve patient care [23].

Peer exchange was considered highly important, both during training in the GPP, where trainees often lack an immediate peer group, and during clinical rotations, where contact with general practice might otherwise be limited. This appears to be crucial for the development of a GP identity and is facilitated in other countries, such as Denmark, through weekly work in primary care practices during hospital rotations [14], [24].

A notable effect reported by some participants was the strengthening of professional self-confidence through their initial GP rotation. This sense of self-efficacy, coupled with the realization of possessing competencies early in their careers, seemed to positively influence trainees' assertiveness in subsequent rotations. The shaping of a GP identity and learning through role models, particularly within GPP under the guidance of a GP trainer, appears beneficial in the development of professional identity [25]. An early initiation of this process is especially feasible within primary care practices.

Concerning disadvantages, participants noted professional uncertainty at the beginning of their careers and the associated limited decision-making capacity. However, this was regarded as a normal aspect of starting a new job, and it was suggested that good supervision and self-directed learning could effectively address this challenge. Participants also reported that those transitioning from hospital settings sometimes encountered challenges with the GP approach, requiring a period of adjustment due to learned working methods. Another issue, in addition to the previously mentioned lack of peer exchange, was the potential lack of practical exposure before the specialty exam. This problem could be addressed by splitting the 24 months rotation in GPP between the beginning and end of the program.

For mentors the benefits of having a trainee included the perceived relief of workload and the opportunity for mutual learning. Although increased supervision may initially pose challenges, the enthusiasm and inquisitiveness of young residents were viewed as opportunities for self-reflection and knowledge exchange.

In conclusion, starting residency training in GP offers various advantages, including motivational benefits, identity development and opportunities for self-directed learning. Addressing challenges such as professional uncertainty and limited peer exchange requires thoughtful program design and mentorship. Overall, integrating GP experiences early in postgraduate training can contribute to the recruitment and retention of future general practitioners.

For mentors, competencies centers for postgraduate training offer train-the-trainer seminars [26] that can enable peer-exchange for GP trainers as well as mediate possible ways to deal with possible problems opposed by GP trainees starting training in the GPP.

Strengths

To date, there is no comparable study in Germany examining the effects of beginning postgraduate training in GP

in the GPP, whereas this practice has been established abroad for some time. Noteworthy to the authors is the overall homogeneous responses from colleagues regarding the affirmation of their career choice and the importance of embedding the mindset related to the development of a professional identity. Additionally, the emphasis on the influence on the progression of training appears as an opportunity to strengthen the field of general practice and potentially contribute to long-term healthcare provision.

Limitations

Some effects observed in this study may also occur later in the course of postgraduate training, such as the development of a professional attitude. However, the potential for influence and guidance at this late stage is questionable. This qualitative study surveyed a sample of GP trainees and young GPs, the majority of whom had already completed their clinical rotations in GP during their final year of medical school. A comparison group could not be examined within the scope of this qualitative study, which could be a subject of further research. Additionally, the effects, advantages, and disadvantages were not explored from the perspective of the supervising GP trainers.

Conclusion

These findings can encourage attending physicians to hire young GP trainees in their first year of training and seize the opportunity to significantly influence the next generation of general practitioners. Those young trainees who aim for direct entry into GP appear highly motivated and eager to learn. Similarly, consideration should be given to expanding clinical rotation opportunities in GP during the final year of medical school to inspire students to pursue careers in the field. Given the associated demands and potential challenges for GP trainers, their perspectives regarding the reasons for and against hiring trainees in their first year of training should be explored in the next step.

Authors' ORCIDs

- Christine Becker: [0009-0009-4802-5761]
- Sandra Stengel: [0000-0002-4400-7605]
- Marco Roos: [0000-0003-1596-5908]
- Attila Altiner: [0000-0002-2429-933X]
- Simon Schwill: [0000-0002-0954-2194]

Acknowledgements

We would like to express our gratitude to the DEGAM Section for postgraduate training, the CC for postgraduate training in Bavaria (Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Bayern, KWAB) and Baden-Württemberg

(KWBW Verbundweiterbildungplus), as well as the volunteer colleagues of JADE, for their assistance in recruitment. We acknowledge the support of Dr. Benedikt Sonnek for English translation of this manuscript.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001708>

1. Attachment_1.pdf (496 KB)
COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist
2. Attachment_2.pdf (420 KB)
Interview guide for general practitioners who have started their training in a general practitioners office
3. Attachment_3.pdf (165 KB)
Effects of starting postgraduate training at a general practitioner's practice – key quotes

References

1. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 29.06.2023. Berlin: Bundesärztekammer; 2023. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20230629_MWBO-2018.pdf
2. Sierocinski E, Mathias L, Freyer Martins Pereira J, Chenot JF. Postgraduate medical training in Germany: A narrative review. *GMS J Med Educ.* 2022;39(5):Doc49. DOI: 10.3205/zma001570
3. Landesärztekammer Baden-Württemberg. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 18. Mai 2020. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://cdn0.scrvt.com/e90e659c888e3602776417cb5358cb67/8c7bbdbedf79e703/6299b16a3100/WBO2020.pdf>
4. Hummers-Pradier E. Ein Jammer. *ZFA (Stuttgart).* 2008;84(4):141. DOI: 10.1055/s-2008-1073144
5. Kruschinski C, Wiese B, Hummers-Pradier E. Attitudes towards General Practice: a comparative cross-sectional survey of 1 and 5 year medical students. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(5):Doc71. DOI: 10.3205/zma000841
6. 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 Baden-Württemberg. *GMS J Med Educ.* 2017;34(5):Doc62. DOI: 10.3205/zma001139

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 Gesundheitswes.* 2011;105(2):105-109. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.02.002
8. Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Kompetenzzentren Weiterbildung. Berlin: Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://desam.de/kompetenzzentren-weiterbildung>
9. Stengel S, Förster C, Fuchs M, Bischoff M, Ledig T, Streitlein-Böhme I, Gulich M, Haumann H, Valentini J, Kohlhaas A, Grav von Luckner A, Reith D, Fehr F, Magez J, Eismann-Schweimler J, Szecsenyi J, Joos S, Schwill S. Developing a seminar curriculum for the Competence Center for General Practice in Baden-Wuerttemberg - a progress report. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc36. DOI: 10.3205/zma001432
10. Steinhäuser J, Chenot JF, Roos M, Ledig T, Joos S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. *BMC Res Notes.* 2013;6:314. S. DOI: 10.1186/1756-0500-6-314
11. van den Bussche H, Siebert 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;94:362-336. DOI: 10.3238/zfa.2018.0362-0366
12. Ko J, Krug K, Förster C, Jähmig T, Bischoff M, Becker C, Schwill S. Die nächste Generation der Allgemeinmedizin: Beschreibung der Ärztinnen 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
13. Zich K, Nolting HD, Nguyen TH, Tisch T, Rickhoff S. Standortübergreifende, wissenschaftliche Evaluation der gemäß § 75a SGB V geförderten Kompetenzzentren Weiterbildung - Abschlussbericht. Berlin: IGES; 2022. Zugänglich unter/available from: https://www.kbv.de/media/sp/2022-02-14_Abschlussbericht_Gesamtevaluation_Kompetenzzentren_Weiterbildung.pdf
14. Carmienke S, Freitag MH, Gensichen J, Schmidt K. Allgemeinmedizin in Dänemark : Bericht von einer Teilnahme am Hippokrates-Austauschprogramm. *ZFA (Stuttgart).* 2014;90:43-47. DOI: 10.3238/ufa.2014.0043-0047
15. Djalali S, Frei A, Rosemann T, Tandjung R. Weiterbildung zum Hausarzt – ein europäischer Vergleich. *Praxis.* 2013;102(6):327-333. DOI: 10.1024/1661-8157/a001225
16. Egidi G. Hausarzt-Medizin in Dänemark - ein Bericht aus dem Professionalisierungskurs der DEGAM [General Medicine in Denmark – A Report of the Course of Professional Development of the German College of General Practice and Family Medicine (DEGAM)]. *ZFA (Stuttgart).* 2006;82:11-17. DOI: 10.1055/s-2006-921352
17. Royal College of General Practitioners. GP curriculum: Being a general practitioner. London: Royal College of General Practitioners. Zugänglich unter/available from: <https://www.rcgp.org.uk/mrcgp-exams/gp-curriculum/being-general-practitioner>
18. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2022.
19. Bien A, Gerlach FM, Gütthlin C, Ravens-Taeuber G, Bender B, Rüsseler M. Welche Inhalte und Rahmenbedingungen der Allgemeinmedizin bewerten Studierende als attraktiv oder unattraktiv? [Which Topics and Framework Conditions of Family Medicine do Medical Students Rate as Attractive or Unattractive?]. *ZFA (Stuttgart).* 2018;94:488-493. DOI: 10.3238/zfa.2018.0488-0493
20. Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Joos S. Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? [What factors aid in the recruitment of general practice as a career? An enquiry by interview of general practitioners]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2010;135(20):1011-1015. DOI: 10.1055/s-0030-1253690
21. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16(6):502-512. DOI: 10.3122/jabfm.16.6.502
22. Peart J, Michels NR, Hanley K, Dolan C, Luyckx J, Tanghe V, Peeters E, Burneikaite M, Vavuolyte S, Homar V, Galič L, Klobučar Kragelj K, McCoombe G, Scherprier N. What influences on their professional development do general practice trainees report from their hospital placements? A qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2023;29(1):2191947. DOI: 10.1080/13814788.2023.2191947
23. Looman N, Graaf J, Thoonen B, Asselt D, Groot E, Kramer A, Scherprier N, Fluit C. Designing the learning of intraprofessional collaboration among medical residents. *Med Educ.* 2022;56(10):1017-1031. DOI: 10.1111/medu.14868
24. Schwill S, Flum E, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Determinanten der Teilnahme an Seminartagen eines Weiterbildungsprogramms: eine qualitative Studie mit Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung Allgemeinmedizin [Determinants of participation in seminars as part of a post-graduate training programme: a qualitative study with general practice residents]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2021;163:57-65. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.04.002
25. Barnhoorn PC, Nierkens V, Numans ME, Steinert Y, van Mook WN. "What kind of doctor do you want to become?": Clinical supervisors' perceptions of their roles in the professional identity formation of General Practice residents. *Med Teach.* 2023;45(5):485-491. DOI: 10.1080/0142159X.2022.2137395
26. Steinhäuser J, Ledig T, Szecsenyi J, Eicher C, Engeser P, Roos M, Bungartz J, Joos S. Train the Trainer for general practice trainer - a report of the pilot within the programme Verbundweiterbildung. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(3):Doc43. DOI: 10.3205/zma000813

Corresponding author:

Dr. med. Simon Schwill, MME
University Hospital Heidelberg, Department of General Practice and Health Services Research, Im Neuenheimer Feld 130.3, D-69120 Heidelberg, Germany, Phone: +49 (0)611/56-39379
simon.schwill@med.uni-heidelberg.de

Please cite as

Becker C, Stengel S, Roos M, Altiner A, Schwill S. Starting postgraduate medical training in general practice with a rotation in general practice – a qualitative study on experiences and effects. *GMS J Med Educ.* 2024;41(5):Doc53.
DOI: 10.3205/zma001708, URN: <urn:nbn:de:0183-zma0017086>

This article is freely available from
<https://doi.org/10.3205/zma001708>

Received: 2023-10-31
Revised: 2024-01-25
Accepted: 2024-02-20
Published: 2024-11-15

Copyright

©2024 Becker 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/>.

Beginn der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Studie über Erfahrungen und Effekte aus Sicht von Ärzt*innen in Weiterbildung

Zusammenfassung

Zielsetzung: In der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland wird die Rotation in die hausärztliche Praxis (HÄP) traditionell an das Ende der Weiterbildungszeit gelegt. Ziel dieser Studie war, die Folgeeffekte durch einen Weiterbildungsbeginn in der HÄP aus Sicht von Fachärzt*innen und (FÄ AM) Ärzt*innen in Weiterbildung (ÄiW) zu explorieren.

Methodik: Deutschlandweit wurden FÄ AM und ÄiW rekrutiert, die ihre Weiterbildung in der HÄP begonnen hatten. Zwischen Juni und Oktober 2022 wurden semistrukturierte Telefon-Interviews anhand eines selbst entwickelten Leitfadens durchgeführt. Die Ergebnisse wurden Wort-für-Wort transkribiert und inhaltsanalytisch nach der Methode von Kuckartz ausgewertet.

Ergebnisse: Es wurden N=15 Interviews mit durchschnittlich 54 Min. (32-75 Min.) durchgeführt (9 Bundesländer, 4 FÄ AM, 11 ÄiW AM). Aus Sicht der Teilnehmenden (TN) wurden als Vorteile insbesondere eine enge Supervision, flache Hierarchien und mehr Zeit für Vor- und Nachbereitung, selbstgesteuertes Lernen sowie ein höheres Grundgehalt und regelmäßige Arbeitszeiten genannt. Als positive Effekte wurden eine Bestärkung in der Berufswahl, ein frühes Verständnis der allgemeinmedizinischen Arbeitsweise, die frühe Entwicklung einer hausärztlichen Haltung sowie eine Stärkung des professionellen Selbstbewusstseins genannt. Nachteilig wurden eine zu Berufsbeginn bestehende Unsicherheit und geringe Möglichkeiten des peer-Austausches beschrieben. Im Fazit würden alle TN empfehlen die Weiterbildung in der HÄP zu beginnen.

Diskussion: Der Beginn der Weiterbildung in der HÄP ermöglicht ÄiW selbstgesteuert, forschend und anhand von Beratungsanlässen die allgemeinmedizinische Arbeitsweise kennen zu lernen, was zu einem frühen Zeitpunkt eine professionelle Identitätsbildung in der Allgemeinmedizin ermöglicht. ÄiW sollten peer-Austausch in den Kompetenzzentren Weiterbildung erhalten. Die Sicht der Weiterbildungsbefugten sollte ebenfalls erhoben werden.

Schlussfolgerung: Der Beginn der Weiterbildung in der HÄP ist vorteilhaft und sollte strukturell gefördert werden.

Schlüsselwörter: Weiterbildung, Allgemeinmedizin, professionelle Identitätsbildung, selbstgesteuertes Lernen

Christine Becker¹

Sandra Stengel¹

Marco Roos²

Attila Altiner¹

Simon Schwill¹

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

2 Universität Augsburg,
Medizinische Fakultät,
Allgemeinmedizin, Augsburg,
Deutschland

Einleitung

In Deutschland ist die Erlangung einer Facharztanerkennung durch die Weiterbildungsordnungen (WBO) der Landesärztekammern individuell geregelt, angelehnt an die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2020 [1], [2]. Für das Fach Allgemeinmedizin fordert die aktuelle WBO in Baden-Württemberg (BW) eine Weiterbildungszeit von 60 Monaten, wovon 24 Monate in der hausärztlichen Praxis (HÄP), 12 Monate in der stationären Akutversorgung in der Inneren Medizin, 6 Monate in einem Fach der unmittelbaren Patient*innenversorgung und insgesamt 18 Monate in beliebigen Gebieten der unmittelbaren Patient*innenversorgung abgeleistet werden müssen [3]. ÄiW können die Abfolge der Rotationen frei wählen. Traditionell beginnt die Weiterbildung in der Klinikrotation, wodurch AM das einzige Fach ist, in dem die Weiterbildung regelhaft nicht im eigenen Fach beginnt. Ein Weiterbildungsabschnitt in der HÄP ist in anderen Facharzttrichtungen nicht vorgesehen.

Die Weiterbildung (WB) Allgemeinmedizin (AM) in Deutschland galt lange Zeit als unattraktiv, weil insbesondere Unterstützung und Struktur gefehlt haben [4], [5]. Dies hat sich in den letzten Jahren mit der positiven Entwicklung in BW durch die Verbundweiterbildung^{plus} [6], [7] grundlegend geändert. Seit 2017 sind bundesweit Kompetenzzentren (KW) in der Allgemeinmedizin entstanden, die nach freiwilliger Einschreibung Seminare, Mentoring und kollegiale Unterstützung für ÄiW AM anbieten [8]. Im Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW) bietet das strukturierte KWBW-Seminarcurriculum ÄiW Orientierung [9]. Dieses ist modular aufgebaut mit sog. Basisthemen (bspw. Palliativmedizin, Beratungsanlässe von Kindern und Jugendlichen oder Praxismanagement) und freien Themen (wie z.B. Zukunft der Primärversorgung, neue Versorgungsmodell oder digitale Gesundheit) und wurde unter Berücksichtigung des kompetenzbasierten Curriculums der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin entwickelt [10]. Niedergelassene Hausarzt*innen können sich bei der zuständigen Ärztekammer für eine Weiterbildungsbefugnis bewerben, die nach formalen Kriterien (bspw. Größe der Praxis, Angebot der durchgeführten Diagnostik) beschrieben wird. Besondere Kompetenzen für den Umgang mit Berufsanfänger*innen werden nicht gefordert.

Der Beginn der WB AM in der HÄP ist in Deutschland unüblich. Es ist bekannt, dass sich viele ÄiW AM erst im Verlauf der WB im dritten oder vierten Weiterbildungsjahr (WBJ) für die Fachrichtung AM entscheiden [11]. Soziodemographische Untersuchungen im KWBW haben gezeigt, dass circa 20% der ÄiW direkt in die WB AM einsteigen [12]. In BW wurde im Laufe der Jahre die finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildungszeiten durch die Kassenärztliche Vereinigung ausgeweitet worden [13]. International ist die HÄP als erste Rotation in der WB AM bekannt und wird bspw. in Dänemark oder in den Niederlanden regelhaft praktiziert [13], [14], [15], [16], [17]. Es

ist unklar, wie ÄiW und Weiterbildungsbefugte (WBB) über den direkten Beginn der WB AM in der HÄP denken. Studien dazu sind in Deutschland nicht auffindbar.

Um die Effekte durch den Beginn der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in der HÄP näher zu verstehen sollten prinzipiell Erlebnisse und Erfahrungen von Personen untersucht werden, die den Beginn des Berufslebens in der HÄP konkret erlebt haben. Bisher sind in Deutschland nur sehr wenige ÄiW den Schritt gegangen ihre WB in der HÄP zu beginnen und es ist es schwierig diese ÄiW zu identifizieren. In der Planung der Studie wurde antizipiert, dass der Beginn in der HÄP die eigene Weiterbildungsplanung, die eigene professionelle Rolle und das Verständnis von Allgemeinmedizin beeinflussen könnte. Daher wurde sich konzeptionell für ein sequentielles Vorgehen mit einer primären qualitativen Studie mit semistrukturierten Interviews entschieden. In einem weiteren Schritt sollte darauf aufbauend eine Befragung von ÄiW inklusive einer Subgruppenanalyse von ÄiW, die ihre Weiterbildung in der HÄP begonnen haben, durchgeführt werden. Ziel dieser Studie war, die Vor- und Nachteile sowie Folgeeffekte durch einen Weiterbildungsbeginn in der HÄP auf die WB und das spätere Berufsleben aus Sicht von FÄ AM und ÄiW zu explorieren.

Methoden

Ethik

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Ruprecht Karls-Universität Heidelberg im Rahmen einer Evaluation der ärztlichen Weiterbildung Allgemeinmedizin genehmigt (Nr. S-570/2015). Die Teilnehmenden stimmten der Studienteilnahme und Verwendung der Interviewdateien in schriftlicher und pseudonymisierter Form schriftlich zu.

Studiendesign

Die Studie verfolgte explizit einen explorativen Ansatz: Es wurde eine qualitative Studie mit Ärzt*innen durchgeführt, die mit Hilfe leitfadengestützter Interviews über ihre Erlebnisse und Erfahrungen durch den Berufseinstieg in die hausärztliche Versorgung befragt wurden. Eine COREQ-Liste als *reporting guideline* ist beigefügt (siehe Anhang 1).

Rekrutierung

Ziel der Rekrutierung war, FÄ AM zu identifizieren, die ihren Berufseinstieg in der hausärztlichen Versorgung begonnen hatten. Da ein WB-Beginn in der HÄP außerhalb einer Klinik unüblich und teilweise nur in Ausnahmefällen genehmigt wurde, konnten nur vereinzelt Absolvent*innen gefunden werden. Die Rekrutierung wurde um ÄiW AM erweitert, die ihre erste Rotation in der hausärztlichen

Versorgung absolviert hatten. Die TN konnten im *purposive sampling* in ganz Deutschland mit Hilfe von E-Mails erreicht werden. Die ÄiW AMED befanden sich in unterschiedlichen Abschnitten der Weiterbildung (Jahr 1 bis 5 von 5). Die Autor*innen wurden bei der Rekrutierung von der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin), der JADE (Junge Allgemeinmedizin Deutschland) sowie von den KW in Baden-Württemberg und in Bayern unterstützt. Auf diese Weise gelang es, aus mehreren deutschen Bundesländern ausreichend Interviewpartner*innen zu rekrutieren. Eine Gratifikation wurde nicht gewährt. Zwischen den TN und den Autor*innen bestanden zum Zeitpunkt der Interviews keine beruflichen Beziehungen.

Leitfadenentwicklung

Der Interviewleitfaden wurde von drei Wissenschaftler*innen erstellt (C.B., S.St. und S.Sc., FÄ AM und mit der WB AM vertraut, S.St. und S.Sc. haben mehrjährige Erfahrung in der Erstellung von Interviewleitfäden) (siehe Anhang 2). Die Fragen wurden offen formuliert, um möglichst viel Raum zum Schildern der eigenen Erfahrungen der Interviewpartner*inne zu ermöglichen. Die Leitfragen beschäftigten sich mit dem Erleben des Berufseinstieges in die HÄP. Insbesondere waren die Effekte auf den weiteren Verlauf der WB, das Berufsleben, die Entwicklung der ärztlichen Identität und persönlichen Haltung von Interesse. Zudem wurde nach Vor- und Nachteilen eines Berufsbegins in der HÄP gefragt. Ein weiterer Schwerpunkt lag in der Definition von Herausforderungen und deren Begegnung und Bewältigungsstrategien. Der Leitfaden wurde zunächst mittels think aloud Technik überarbeitet und insgesamt dreimalig mit unbeteiligten FÄ AM pilotiert, um die Verständlichkeit der Fragen zu optimieren. Vor Beginn des Interviews wurden wenige soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, aktuelles Berufsjahr, Jahr des Berufseinstieges in der HÄP, Praktisches Jahr in der AM) erhoben.

Interviewdurchführung

Die Interviews wurden zwischen Juni und Oktober 2022 als semistrukturierte Telefoninterviews unter Zuhilfenahme eines Aufnahmegerätes von einer Wissenschaftlerin (C.B., FÄ AM, Erfahrung in Interviewdurchführung, Schulung vor Durchführung dieser Studie, Beteiligung am Studiendesign und der Datenanalyse) ohne Beisein Dritter nach Vorstellung der eigenen Person mit Funktion und Erläuterung der Forschungsfragen am Arbeitsplatz und im häuslichen Umfeld der Wissenschaftlerin durchgeführt. Die Aufnahmen wurden anschließend durch wissenschaftliche Hilfskräfte Wort für Wort transkribiert und nach Abschluss der Studie unwiderruflich gelöscht. Die Transkripte wurden den TN nicht zur Korrektur vorgelegt.

Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte papierbasiert durch zwei Wissenschaftler*innen (C.B., FÄ AM, Erfahrung mit qualitativer Datenanalyse; S.Sc., FA AM, , viel Erfahrung mit qualitativer Datenanalyse) nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz [18]. Es wurde unabhängig kodiert und anschließend verglichen. Bei Unklarheiten wurde zu dritt ein gemeinsames Verständnis des Materials gefunden (S.St., FÄ AM, viel Erfahrung mit qualitativer Datenanalyse). Mit der Methode lag bereits Erfahrung in der Arbeitsgruppe vor. Die Kategorienbildung erfolgte deduktiv-induktiv, wobei die Hauptkategorien im Voraus festgelegt und um die Unterkategorien und Codes während der Interviewauswertung ergänzt wurden. Aus Sicht der Auswertenden repräsentative Zitate wurden als Ankerzitate identifiziert.

Ergebnisse

Interviewdurchführung

Es wurden n=16 Interviews mit durchschnittlich 54 min Dauer (Min. 32 min bis Max. 75 min) durchgeführt. Ein Interviewee wurde ausgeschlossen, da die WB nicht ausschließlich in der HÄP begonnen worden war. Es wurden n=15 Interviews eingeschlossen. Eine Nachrekrutierung war bei umfassendem Material nicht erforderlich.

Soziodemographische Daten

N=4 TN waren FÄ AM. Von n=11 ÄiW AM befanden sich zum Interviewzeitpunkt n=1 im ersten WBJ, n=2 im zweiten WBJ, n=5 im dritten WBJ, n=2 im vierten WBJ und n=1 im fünften WBJ, jeweils in Vollzeitäquivalent. Die befragten ÄiW begannen ihre WB alle nach der aktuell gültigen WBO von 2020. Die soziodemographischen Daten der TN sind in Tabelle 1 zusammengefasst (siehe Tabelle 1).

Vor- und Nachteile

Die von den Befragten genannten Auswirkungen des Beginns der WB in der HÄP wurden in Vor- und Nachteile sowie in Effekte kategorisiert. Die Vor- und Nachteile sind in Tabelle 2 und Tabelle 3 dargestellt. Die Vorteile überwogen nach Einschätzung der TN deutlich die Nachteile. Die Kernaussagen werden im Folgenden besprochen.

Vorteile

Als vorteilig wurden der angenehme Nebeneffekt der regulierten Arbeitszeit mit Vorteilen für individuelle Bedarfe wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder Fertigstellung der Dissertation sowie einem etwas höheren Grundgehalt in der Praxis im ersten Weiterbildungsjahr als in der Klinik genannt.

Tabelle 1: Soziodemographie der Ärzt*innen, die ihre Weiterbildung in der hausärztlichen Praxis begonnen haben (n=15)

	Fachärzt*in n (%)	Ärzt*in in Weiterbildung n (%)	Gesamt n
Alter (Med/ Min-Max)	4 (37/36-40)	11 (30/26-34)	15 (30 / 26-37)
Geschlecht (n=15)	-	-	15 (100%)
Weiblich	2 (13,3%)	9 (60%)	11 (73,3%)
Männlich	2 (13,3%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)
Divers	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Anzahl Kinder			
Keine Kinder	1 (6,7%)	6 (40%)	7 (46,7%)
1 Kind:	0 (0%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)
2 Kinder:	2 (13,3%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)
3 Kinder:	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Jahr der FA- Anerkennung	-	-	
2018: 1 (6,7%)		-	4 (26,7%)
2019: 2 (13,3%)		-	
2020: 1 (6,7%)		-	
Weiterbildungsjahr (ÄiW)	-	-	
		1: 1 (6,7%)	11 (73,3%)
		2: 2 (13,3%)	
		3: 5 (33,3%)	
		4: 2 (13,3%)	
		5: 1 (6,7%)	
PJ Allgemeinmedizin	Ja: 2 (13,3%) Nein: 2 (13,3%)	Ja: 9 (60%) Nein: 2 (13,3%)	Ja: 11 (73,3%) Nein: 4 (26,7%)
Tätigkeitsumfang erste Rotation			
Vollzeit	3 (20%)	5 (33,3%)	8 (53,3%)
Teilzeit (50-75%)	1 (6,7%)	3 (20%)	4 (26,7%)
Wechsel zwischen Voll- und Teilzeit	0 (0%)	3 (20%)	3 (20%)
Bundesland erste Rotation			
Baden-Württemberg	1 (6,7%)	3 (20%)	4 (26,7%)
Bayern	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Berlin	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Hamburg	0 (0%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)
Niedersachsen	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Nordrhein-Westfalen	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Saarland	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Sachsen	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Thüringen	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (6,7%)
Aktuelle Tätigkeit			
Niedergelassen	2 (13,3%)	-	2 (13,3%)
Anstellung:			
- Hausarztpraxis	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
- Gebietsärztliche Praxis	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
- Klinik	1 (6,7%)	3 (20%)	4 (26,7%)
- Kombination Uni/Praxis	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Aktuell nicht ärztlich tätig:			
- Elternzeit	0 (0%)	3 (20%)	3 (20%)
- Sabbatical	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (6,7%)
- Beschäftigungsverbot	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)
- passende Stelle suchend	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)

Tabelle 2: Vor- und Nachteile eines Berufsbeginns in der Hausärztlichen Praxis aus Sicht der teilnehmenden Ärzt*innen

Hauptkategorie	Unterkategorie
Vorteile aus Sicht der ÄiW	Rahmenbedingungen (geregelte Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddienste, flexible Arbeitszeiten) gut auf individuelle Lebenssituation (Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Fertigstellung der Dissertation) anpassbar und erleichtern das Selbststudium
	Sanfter Berufseinstieg mit Möglichkeit der Selbstfürsorge, strukturiertes Lernen durch Zeit zum Selbststudium
	Höheres Grundgehalt im ersten Weiterbildungsjahr als in der Klinik
	Enge und kontinuierliche Betreuung durch WBB
	Erkennen einer Selbstwirksamkeit und Verdeutlichung bereits vorhandener Kompetenzen von Berufsstart an
	Entwicklung von Respekt und Wertschätzung für die hausärztliche Arbeit
	Schnelle Entwicklung einer guten Selbstorganisation durch schnelles Einstellen auf unterschiedliche Beratungsanlässe und selbständiges Arbeiten
	Zu Beginn fehlende Erfahrung, Wissenslücken, Unsicherheiten mit zu Berufsbeginn weniger Selbständigkeit und Entscheidungsfähigkeit
	Zu Berufsbeginn evtl. noch nicht konkrete Möglichkeiten der Praxisübernahme oder Teilhaberschaft zu bekommen
	Fehlender Peeraustausch
Nachteile aus Sicht der ÄiW	Möglicherweise Demotivation für die Klinikrotationen
	Durch Fokussierung auf fachliche Kompetenzen keine Beschäftigung mit organisatorischen Aspekten einer Selbständigkeit
	Bei Ableisten der zwei Jahre Praxistätigkeit zu Beginn kein frisches Wissen mehr beim Facharztgespräch
	Durch hohe Förderungssumme fast komplette Finanzierung der Stelle, günstige ärztliche Arbeitskraft und Entlastung
	Offenheit und Begeisterungsfähigkeit der Berufsanfänger*innen begünstigen Formbarkeit und Prägung für hausärztliches Arbeiten
	Leichtereres Einfügen ins Praxisteam und die Praxisabläufe durch Unerfahrenheit und Offenheit der jungen ÄiW
	Möglichkeit der Gewinnung potentieller Nachfolger*innen oder Teilhaber*innen mit der Möglichkeit der gemeinsamen Weiterbildungsplanung zum Erwerb ergänzender, zur Praxis passender Kompetenzen
	Anstoß zur Reflexion des eigenen Handelns Lernen durch Fragen und Hinterfragen eingeschulter Handlungswesen durch die ÄiW, Möglichkeit des gegenseitigen Profitierens und Lernens.
	Erhöhter Supervisions- und Einarbeitungsaufwand der Berufsanfänger*innen zu Beginn der Weiterbildungszeit
	Langsameres Arbeitstempo der jungen ÄiW
Vermutete Vorteile für der WBB aus Sicht der ÄiW	Möglicherweise Enttäuschungen von Hoffnungen auf Praxisnachfolge oder Teilhabergewinnung, da manche ÄiW möglicherweise noch keine eigene Niederlassung im Fokus hätten
	Legende: ÄiW = Ärzt*innen in Weiterbildung; WBB = Weiterbildungsbefugte

Tabelle 3: Vor und Nachteile eines Berufsbeginns in der Hausärztlichen Praxis – Ankerzitate

Hauptkategorie	Inhalte der Hauptkategorien	Zitat
Vorteile aus Sicht der ÄiW	Hier wurden alle Aussagen zu empfundenen Vorteilen durch die Rahmenbedingungen in der HÄP (bspw. in Bezug auf Arbeitszeiten) zusammengefasst	„Also genau... geschützter Einstieg, mehr Zeit, um sich wirklich weiterzubilden in der Weiterbildung? Also um Sachen zu verarbeiten muss man irgendwie auch mal Ruhe haben. Also irgendwie genug Schlaf, und Zeit zum Essen, ist so essenziell? Und das war finde ich, das war total super, dass ich eben dort dafür so viel Raum hatte auch. Ne?... dass ich ja... also vor allem dieses immer einen Ansprechpartner haben. Immer zu wissen - und vor allem auch so schwierige Situationen, selber lösen zu dürfen? Aber zu wissen, dass man damit <u>nicht</u> alleine ist. Und das wirklich zu wissen, in der Klinik ist das nicht so. Dass man damit <u>nicht</u> alleine ist. ...“ (#FA04)
Nachteile aus Sicht der ÄiW	Hier wurden alle Aussagen zu empfundenen Nachteilen durch die Rahmenbedingungen in der HÄP (bspw. in Bezug auf Arbeitszeiten) zusammengefasst	„Das ist das wie ich gesagt habe, natürlich ist man noch nicht so weit, wie wenn man am Ende dahin geht - man ist noch nicht so weit in seiner Ausbildung und hat jetzt den klinischen Abschnitt noch nicht gemacht und deswegen auch hat man einfach fachliche Lücken. Und das bedeutet natürlich, dass man nicht so viel selbstständige Entscheidungen treffen kann und nicht so viele Patienten selbstständig behandeln kann. Und es ist natürlich in gewisser Art und Weise vielleicht ein Nachteil, weil man dann abhängiger arbeiten muss sozusagen und aber im Prinzip ist man irgendwann immer Berufsanfänger sozusagen irgendwo fängt man an, deswegen weiß ich jetzt nicht, weiß nicht sonst ist man halt in der Klinik ins kalte Wasser geworfen weiß ich jetzt nicht unbedingt ob das nachteilig ist.“ (#FA10)
Vorteile für WBB aus Sicht der ÄiW	Hier wurden alle Aussagen zu vermuteten Vorteilen aus Sicht der Weiterbildungsbefugten zusammengefasst	„... ich denke schon, dass eben dieses Prägen einfach auch noch ganz anders möglich ist, wenn jetzt jemand schon vier Jahre Innere gemacht hat, dann sind einfach auch schon ein bisschen die Denkschemata da, die man auch erstmal wieder sich zum Teil abtrainieren muss, weil es einfach ein ganz andere Setting ist, mit welchen Beschwerden kommt der Patient, und wie gehen wir damit um, wir haben andere Möglichkeiten an Diagnostik, müssen anders anamnestizieren, müssen schneller Entscheidungen treffen, und ich glaube, dass wenn man diese Sozialisation von Anfang an so ein bisschen mitkriegt, dass das einfach auch schneller da ist. Und man eben dann nicht (2) so viele Unsicherheiten hat, nur weil man jetzt kein CT neben dran hat.“ (#FA08)
Nachteile für WBB aus Sicht der ÄiW	Hier wurden alle Aussagen zu vermuteten Nachteilen aus Sicht der Weiterbildungsbefugten zusammengefasst	„Auf jeden Fall am Anfang, das ist schon stressig, man muss schon ganz schön mitdenken, das ist schon anstrengender am Anfang für den Weiterbildungsermächtigten. Aber das wird dann glaube ich besser. Und am Ende, wenn man dann länger da ist, ist man einfach nur Goldstaub. Das ist so.“ (#FA004)

Legende: ÄiW = Ärzt*innen in Weiterbildung; WBB = Weiterbildungsbefugte; FÄ = Fachärztin; FA = Facharzt; HÄP = Hausärztliche Praxis

Als jedoch viel höher zu wertende Vorteile identifizierten die Kolleg*innen die Ermöglichung der Fähigkeit eines Perspektivwechsels in den Folgerotationen zwischen klinischer und ambulanter Versorgung. Dies habe Auswirkungen auf das Handeln in klinischen Rotationen gehabt. Das Beobachten der Herangehensweise und Vermittlung der Haltung der WBB wurde als wichtig und prägend empfunden. Die flachen Hierarchien und Kommunikation auf Augenhöhe mit den WBB und damit entspannte Umgebung wurde als vorteilhaft für einen gelungenen Berufseinstieg gewertet.

Nachteile

Als nachteilig wurde besonders die fachliche Unsicherheit zu Berufsbeginn genannt, wobei einige Befragte dies als normal bei Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit werteten. Der fehlende peer-Austausch als häufig einzige ÄiW in einem kleinen Praxisteam wurde ebenfalls als nachteilig empfunden. Die Kolleg*innen würden jüngeren ÄiW diesbezüglich die Anbindung an die regionalen Kompetenzzentren Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und regionale Vernetzungen von ÄiW AM wie die JADE-Gruppen empfehlen, um diese kollegiale Isolation zu verhindern.

Effekte eines Beginns der Weiterbildung in der HÄP

Nachfolgend werden die herausgearbeiteten Effekte ausgeführt und in der Tabelle 4 und Anhang 3 ergänzend mit ausgewählten Ankerzitaten dargestellt.

Motivation für das Berufsbild und Verlauf der Weiterbildung

Die Erfahrung eines Berufsbegins in der HÄP wurde als motivationsfördernd empfunden, denn gleich zu Beginn des Berufslebens fühlten sich die Kolleg*innen in der Wahl ihrer Facharzttrichtung bestätigt. Zudem konnten wichtige für die spätere Berufstätigkeit erforderliche Kompetenzen sowie individuelle Stärken und Schwächen identifiziert werden, was die weitere Weiterbildungsplanung beeinflusste. TN beschrieben eine Entängstigung vor einer späteren Selbständigkeit.

Verständnis der Besonderheiten in der Allgemeinmedizin

Als hilfreich für die spätere hausärztliche Tätigkeit, aber auch für klinische Folgerotationen beschrieben die TN das frühe Verständnis der allgemeinmedizinischen Arbeitsweise mit den allgemeinmedizinischen Grundprinzipien. Insbesondere wurden hier die Besonderheiten des Vorgehens zur zielgerichteten Priorisierung von Gesundheitsproblemen unter dem Vorbringen unterschiedlichster Probleme in einer Konsultation mit Blick auf den begrenzt zur Verfügung stehenden zeitlichen Rahmen genannt.

Zudem als wertvolle Erfahrung wurde das Erlernen einer zielgerichteten Gesprächsführung, das abgestufte diagnostische Vorgehen sowie die Bedeutung des hermeneutischen Fallverständnisses berichtet. Die Arbeitsweise in der Klinik wurde als unterschiedlich wahrgenommen, was zu einer frühen Reflexion der Unterschiede und damit vorteilhafte Erfahrung für die gesamte Weiterbildung empfunden wurde. Als vorteilhaft wurde zur Verinnerlichung dieser Besonderheiten die noch zu Berufsbeginn vorhandene große Offenheit, Neugier und Bereitschaft, am Modell, also den WBB, lernen zu wollen, genannt. Auch das Erkennen der Rolle der Primärversorgung mit ihren Stärken und Herausforderungen sowie eine Entwicklung des Verständnisses der Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung wurde als förderlich für die berufliche Entwicklung identifiziert.

Entwicklung einer hausärztlichen Identität

Die TN betonten die Entwicklung einer hausärztlichen Identität und einer eigenen Haltung, geprägt durch die Erfahrungen in der HÄP mit ihren WBB, was sie für den weiteren Verlauf der Weiterbildung als wertvoll einschätzten. Dazu wurden insbesondere die Reflexion der eigenen Rolle als Primärversorger im Gesundheitssystem benannt. Zudem wurden eigene Interessenschwerpunkte entdeckt, die in Form von z.B. Zusatzbezeichnungen anvisiert wurden und sich motivational positiv auf die berufliche Tätigkeit auswirkten.

Möglichkeit zum selbstgesteuerten Lernen

Als lernerfolgsfördernd wurde die Möglichkeit des selbstgesteuerten und forschenden Lernens beschrieben. In gewissem Rahmen sei durch die Steuerung und Steigerung der Komplexität der Beratungsanlässe sowie der Rahmenbedingungen in der HÄP wie z.B. Zeit zum Selbststudium oder niederschwellige Möglichkeit, die gleichen kontinuierlich begleitenden Ansprechpartner*innen in Person der WBB fragen zu können hierfür als positiv empfunden. Mit der zunehmenden Übernahme von Verantwortung und zunehmend selbständigem Arbeiten mit Entwicklung von Kompetenzen zur Problemlösung war eine Zufriedenheit und persönliche Bestärkung verknüpft.

Positive Auswirkungen auf das Selbstvertrauen

Durch die Erfahrungen in dieser ersten Berufstätigkeit und für die Kolleg*innen prägenden Zeit hätten sich auch durch das Erleben einer Selbstwirksamkeit Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein eingestellt. Das Erkennen des eigenen Wertes und Identifizierung konkreter Lernziele hätten zu einer größeren Selbstsicherheit in den späteren Rotationen geführt, z.B. eine gute Weiterbildung orientiert an den Bedarfen der hausärztlichen Medizin einzufordern oder auch z.B. in Arbeitsvertragsverhandlungen aufzutreten.

Tabelle 4: Effekte eines Berufsbeginns in der Hausärztlichen Praxis aus Sicht der teilnehmenden Ärzt*innen

Hauptkategorie	Unterkategorie
Motivation für das Berufsbild	Erfahren einer engen Arzt-Patient*innenbeziehung
	Erfahrung der Selbstwirksamkeit
	Sanfter Berufseinstieg
Weiterbildungsplanung	Frühe Verantwortungsübertragung
	Bessere Planung der Weiterbildung durch Erkennen für die hausärztliche Tätigkeit wichtiger Kompetenzen
Selbst gesteuertes Lernen (self directed learning)/longitudinale Kompetenzentwicklung	Identifizierung von Weiterbildungszielen und fehlenden Kompetenzen mit Möglichkeit der fokussierten Planung des weiteren Weiterbildungsverlaufes
	Steuerung des Weiterbildungsverlaufes durch Steigerung des Schwierigkeitsgrades der Beratungsanlässe
	Beobachtung der Krankheitsverläufe über einen längeren Zeitraum sowie vor und nach stationärer Behandlung
	Verständnis der Schnittstellen ambulante vs. stationäre Versorgung von Anfang an mit empfundenem positivem Lerneffekt in den Klinikrotationen und Fähigkeit des Perspektivwechsels
Verständnis der allgemeinmedizinischen Arbeitsweise	Verständnis der Rolle der Primärversorgung
	Zielgerichtete Anamneseerhebung und Untersuchung
	Anwendung des hermeneutischen Fallverständnisses
	Verständnis des gestuften diagnostischen Vorgehens
	Priorisierung von Gesundheitsproblemen
	Erlernen der Patient*innenführung
	Weiterbildungsbefugte als <i>role model</i>
Entwicklung einer hausärztlichen Identität	Selbstreflexion des eigenen Handelns
	Wahrnehmung der eigenen Haltung
	Entwicklung einer patient*innenzentrierten Behandlungsweise
Stärkung des Selbstbewusstseins/Selbstvertrauens	Einstehen für gute Weiterbildung, Einforderung des Erlernens der für Primärversorger*innen wichtige Kompetenzen in Folgerotationen
	Erkennen und Einfordern eigener Bedürfnisse zur Erhaltung der eigenen Arztgesundheit
	Stärkung des Bewusstseins des eigenen Wertes mit vorhandenen Fähigkeiten mit in der Folge selbstbewusstem Auftreten bei Aushandlung von Arbeitsverträgen in den Folgerotationen
	Inhomogene Aussagen zu Effekten bezüglich Niederlassungsbereitschaft, oft in erster Rotation noch kein Fokus auf Niederlassung
Niederlassungsbereitschaft	Erfahrung der Entängstigung vor eigener Niederlassung

Diskussion

Die Fragestellungen der Studie konnten erfolgreich exploriert werden: Als besonders vorteilhaft und motivationsfördernd wurden die Bestätigung der Fachwahl AM, das Verständnis für Lernziele in der AM und damit ein Kompass für die folgende Weiterbildungszeit sowie das frühe Verständnis und Erlernen der allgemeinmedizinischen Arbeitsweise beschrieben. Weiterhin benannten die ÄiW die von Anfang an mögliche Entwicklung einer eigenen hausärztlichen Identität, einer eigenen Haltung, Reflexion der eigenen Rolle im Gesundheitssystem und Entdecken der eigenen Interessen, was zu Zufriedenheit im Beruf beitragen kann. Auch die Möglichkeit des selbstgesteuerten und forschenden Lernens wurde als Vorteil hervorgehoben. Als Effekt der Erfahrungen empfanden die TN eine Stärkung des Selbstvertrauens und die für sie wichtige Erfahrung einer Selbstwirksamkeit. Als Nachteile wurden Unsicherheit zu Berufsbeginn und der fehlende peer-Austausch genannt. Alle Interviewees empfahlen den Beginn der WB AM in der HÄP.

Der offenbar positiv motivationale Effekt für das Berufsbild und den weiteren Weiterbildungsverlauf durch den Berufsbeginn in der HÄP ist eine Chance, hausärztlichen Nachwuchs früh zu rekrutieren. Durch einen Beginn in der HÄP haben Absolvent*innen nun die Möglichkeit in die AM „reinzuschnuppern“, falls sie diese Gelegenheit im Praktischen Jahr verpasst haben. Bei zunehmender Zahl von ÄiW AM im ersten Berufsjahr wäre eine Studie, die die Zahl der abbrechenden ÄiW mit anderen Fachgruppen vergleicht, spannend. Interessant erscheint dabei, dass die Wahrnehmung der Vor- und Nachteile durch den Beginn der Berufstätigkeit in der HÄP zumindest in dieser kleinen Studiengruppe offenbar unabhängig vom Alter, Bundesland oder der familiären Situation war. Auffallend für die Autor*innen erschien, dass elf der befragten Ärzt*innen bereits das Praktische Jahr (PJ) in der HÄP absolviert hatten. Dies scheint zu bestätigen, dass die positive Wahrnehmung der Allgemeinmedizin bereits im Studium wichtig ist [19], [20], [21]. Durch attraktive Lehrangebote an den Universitäten und Ausbau von PJ-Möglichkeiten könnte eine Chance bestehen, mehr junge Ärzt*innen direkt in die hausärztliche Versorgung zu bringen. Wenn diese motivierten Kolleg*innen nahtlos an das PJ ihre WB in der HÄP beginnen könnten, wäre durch diese Kontinuität und Verzahnung der Aus- und Weiterbildung möglicherweise eine höhere Zahl an jungen Ärzt*innen für das Fach zu begeistern.

Ein Priming auf die Besonderheiten der hausärztlichen Arbeit mit früher Verankerung der Arbeitsweise scheint sich für das weitere Lernen positiv auszuwirken. Sicherlich kann das Erlernen der allgemeinmedizinischen Arbeitsweise und der Grundprinzipien der Allgemeinmedizin sowie eine Identitätsentwicklung auch zu einem späteren Zeitpunkt der Weiterbildung erfolgen. Aber die Möglichkeit zur Weiterbildungsbahnung durch die Erfahrungen in der HÄP und eigene Steuerung der zu erlernenden Kompe-

tenzen ist am Ende der Weiterbildungszeit aufgrund der limitierten Weiterbildungszeit stark eingeschränkt und scheint gerade zu Berufsbeginn eine vielversprechende Option für eine Strukturierung der WB zu sein [22]. Die befragten Kolleg*innen waren alle der Meinung, dass Folgerotationen in andere Fachdisziplinen sowohl ambulant als auch in die Klinik wichtig sind, um ergänzende Kompetenzen zu erwerben und das bereits erworbene Schnittstellenverständnis zu vertiefen. Ein Verständnis der Versorgung im Krankenhaus und im ambulanten Sektor erscheinen wichtig für eine gute Patient*innenversorgung und Zusammenarbeit der Fachdisziplinen [23]. Der Peeraustausch wurde als sehr wichtig angesehen, sowohl in der Praxisrotation, wo die ÄiW meist keine unmittelbare Peergroup um sich haben, aber auch in den klinischen Rotationen, wo häufig der Kontakt zur Allgemeinmedizin ansonsten nicht bestehen würde. Dies scheint für die hausärztliche Identität wichtig zu sein und wird in anderen Ländern, z.B. Dänemark durch die einmal wöchentliche Arbeit in der HÄP während der Klinikrotationen ermöglicht [14], [24]. Die frühe Entwicklung der hausärztlichen Identität mit der Reflexion über die eigene Rolle im Gesundheitssystem und damit Entwicklung einer eigenen Haltung war für die befragten Ärzt*innen ein wichtiger Effekt ihrer ersten Berufserfahrung und hatte Auswirkungen auf die Tätigkeit in Folgerotationen. Gerade die Prägung in der HÄP und das Lernen am Modell, also durch die WBB in den Praxen, scheint sich die hausärztliche Identität zu entwickeln [25]. Ein früher Anstoß dieses Prozesses ist vor allem in der HÄP möglich.

Als wertvoller Effekt wurde von einigen TN eine Stärkung des professionellen Selbstvertrauens durch die Erfahrungen der ersten Rotation in der HÄP genannt. Die Erkenntnis, schon zu Berufsbeginn Kompetenzen zu besitzen, diese schnell ausbauen zu können und damit gleich zu Beginn im Rahmen der selbständigen Arbeit in der HÄP eine Wirkung zu haben, schien selbstwirksamkeitsfördernd, damit positiv motivational und selbstvertrauensstärkend zu wirken. Dieses Selbstvertrauen gepaart mit der Erkenntnis der für die hausärztliche Arbeit wichtig zu erwerbenden Kompetenzen, bestärkte die jungen Kolleg*innen in den Folgerotationen für ihre Interessen eintreten zu können. Möglicherweise ist für diesen Effekt auch die Begegnung auf Augenhöhe mit den WBB und dem Praxisteam und die damit verbundene Wertschätzung durch die Kolleg*innen in den Praxen, aber auch durch die Patient*innen mit ursächlich. Ebenso denkbar wäre auch ein Einfluss des Erlebens der Möglichkeit der Selbstfürsorge durch geregelte Arbeitszeiten mit entsprechenden Möglichkeiten der Schonung eigener Ressourcen im ambulanten Arbeitssetting.

Als nachteilig wurden häufig die fachliche Unsicherheit zu Berufsbeginn sowie die damit verbundene eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit genannt. Interessanterweise wurden diese Nachteile jedoch auch durch die Ärzt*innen im weiteren Gespräch wieder entkräftet, da es als normal eingeschätzt wurde, zu Beginn einer neuen Tätigkeit unsicher zu sein und erst Arbeitsweisen erlernen

zu müssen. Wahrscheinlich ist dieser Prozess etwas länger bei Berufsanfänger*innen, doch durch eine gute Supervision sowie der Möglichkeit des selbstgesteuerten Lernens scheint dieser Herausforderung recht schnell begegnet werden zu können. Die Kolleg*innen berichteten ebenfalls über die Erfahrung, dass Kolleg*innen, die aus der Klinik kamen, mitunter Probleme mit der allgemeinmedizinischen Herangehensweise hatten und durch bereits eingefahrene Arbeitsabfolgen sich auch eine gewisse Zeit einarbeiten mussten. Ein weiterer Punkt neben dem schon erwähnten fehlenden Peeraustausch war für die ÄiW ein möglicherweise fehlender Praxisbezug vor dem Fachgespräch. Diesem Problem kann durch eine Aufteilung der Weiterbildungszeit in der HÄP zu Beginn und am Ende der Weiterbildungszeit begegnet werden.

Stärken

Bisher scheint es keine vergleichbare Studie dieser Art zu den Effekten eines Berufsbeginns in der HÄP in Deutschland zu geben, wohingegen dies im Ausland schon länger praktiziert wird. Bemerkenswert erscheint den Autor*innen die insgesamt homogenen Antworten der Kolleg*innen bezüglich der Bestätigung der Berufswahl und der Wichtigkeit der Verankerung des Mindsets in Bezug auf die Ausbildung der hausärztlichen Identität für die befragten Kolleg*innen sowie die Betonung der Einflussnahmemöglichkeit auf den Weiterbildungsverlauf. Dies erscheint als Chance, das Fach Allgemeinmedizin zu stärken und langfristig möglicherweise einen Beitrag zur Versorgungssicherung leisten zu können.

Die Rekrutierung von fertigen Fachärzt*innen für AM, die ihre Weiterbildung in der HÄP begonnen hatten, war äußerst schwierig. Daher ist es mit N=4 TN eine Stärke der Studie, Personen befragen zu haben, die den Beginn in der HÄP tatsächlich und dessen Einfluss auf die folgende Weiterbildung tatsächlich erlebt haben.

Limitationen

Möglichweise können einige der Effekte auch im späteren Verlauf der Weiterbildung eintreten, wie beispielsweise eine Haltungsentwicklung. Aber fraglich ist dennoch die Möglichkeit der Prägung und Steuerung zu einem späteren Zeitpunkt. In dieser qualitativen Studie wurde eine Stichprobe allgemeinmedizinischer ÄiW und junger FÄ befragt, die Mehrheit hatte bereits das PJ in der HÄP absolviert. Eine Vergleichsgruppe konnte im Rahmen einer qualitativen Erhebung nicht untersucht werden. Dies könnte Gegenstand weiterer Forschungsansätze sein. Des Weiteren wurden die Effekte, Vor- und Nachteile nicht aus der Sicht der WBB erhoben.

Die Durchführenden haben ein persönliches Interesse an der WB in der AM. Deshalb wurde bei der Entwicklung der Interviewleitfäden, bei der Durchführung der Interviews und bei der qualitativen Analyse sehr bewusst darauf geachtet, die eigene Sichtweise zu reflektieren

und diese nicht in der Interpretation des Materials mit einfließen zu lassen.

Schlussfolgerung

Aus diesen Ergebnissen können WBB ermutigt werden, junge ÄiW im ersten WBJ anzustellen und die Chance zu ergreifen, die junge Hausarzt*innengeneration maßgeblich zu prägen. Diejenigen jungen ÄiW, die den direkten Berufsstart in der HÄP anstreben, scheinen hochmotiviert und wissbegierig zu sein. Ebenso sollte über eine Ausweitung der PJ-Stellen in den HÄP nachgedacht werden, um die Studierenden für das Fach zu begeistern. Aufgrund der damit einhergehenden Ansprüche und etwaigen Herausforderungen für WBB, müssen im nächsten Schritt die Perspektiven der WBB AM zu den Gründen für und gegen eine Anstellung von ÄiW im 1.WBJ erhoben werden.

ORCIDs der Autor*innen

- Christine Becker: [0009-0009-4802-5761]
- Sandra Stengel: [0000-0002-4400-7605]
- Marco Roos: [0000-0003-1596-5908]
- Attila Altiner: [0000-0002-2429-933X]
- Simon Schwill: [0000-0002-0954-2194]

Danksagung

Für die Unterstützung bei der Rekrutierung danken wir den Mitarbeitenden der DEGAM-Sektion Weiterbildung, den Kompetenzzentren Bayern und Baden-Württemberg sowie den ehrenamtlichen Kolleg*innen der JADE.

Interessenkonflikt

Alle Autor*innen geben an in die Arbeit von Kompetenzzentren Weiterbildung in der Allgemeinmedizin eingebunden zu sein. Die Autor*innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001708>

1. Anhang_1.pdf (496 KB)
COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist – nur in Englisch verfügbar
2. Anhang_2.pdf (454 KB)
Leitfaden zum Interview mit Fachärzt*innen Allgemeinmedizin, die ihre Weiterbildung in einer Hausarztpraxis begonnen haben
3. Anhang_3.pdf (166 KB)
Effekte eines Berufsbeginns in der Hausärztlichen Praxis – Ankerzitate

Literatur

1. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 29.06.2023. Berlin: Bundesärztekammer; 2023. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20230629_MWBO-2018.pdf
2. Sierocinski E, Mathias L, Freyer Martins Pereira J, Chenot JF. Postgraduate medical training in Germany: A narrative review. *GMS J Med Educ.* 2022;39(5):Doc49. DOI: 10.3205/zma001570
3. Landesärztekammer Baden-Württemberg. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 18. Mai 2020. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://cdn0.scrvt.com/e90e659c888e3602776417cb5358cb67/8c7bbdbedf79e703/6299b16a3100/WBO2020.pdf>
4. Hummers-Pradier E. Ein Jammer. *ZFA (Stuttgart).* 2008;84(4):141. DOI: 10.1055/s-2008-1073144
5. Kruschinski C, Wiese B, Hummers-Pradier E. Attitudes towards General Practice: a comparative cross-sectional survey of 1 and 5 year medical students. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(5):Doc71. DOI: 10.3205/zma000841
6. 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 Baden-Württemberg. *GMS J Med Educ.* 2017;34(5):Doc62. DOI: 10.3205/zma001139
7. Steinhäuser J, Roos M, Haberer K, Ledig T, Peters-Klimm F, Szecsenyi J, Joos S. Bericht aus der Praxis: Das Programm Verbundweiterbildung plus 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 Gesundheitsw.* 2011;105(2):105-109. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.02.002
8. Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Kompetenzzentren Weiterbildung. Berlin: Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://desam.de/kompetenzzentren-weiterbildung>
9. Stengel S, Förster C, Fuchs M, Bischoff M, Ledig T, Streitlein-Böhme I, Gulich M, Haumann H, Valentini J, Kohlhaas A, Grav von Luckner A, Reith D, Fehr F, Magez J, Eismann-Schweimler J, Szecsenyi J, Joos S, Schwill S. Developing a seminar curriculum for the Competence Center for General Practice in Baden-Wuerttemberg - a progress report. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc36. DOI: 10.3205/zma001432
10. Steinhäuser J, Chenot JF, Roos M, Ledig T, Joos S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. *BMC Res Notes.* 2013;6:314. S. DOI: 10.1186/1756-0500-6-314
11. 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;94:362-336. DOI: 10.3238/zfa.2018.0362-0366
12. Ko J, Krug K, Förster C, Jähnig T, Bischoff M, Becker C, Schwill S. Die nächste Generation der Allgemeinmedizin: Beschreibung der Ärztinnen 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
13. Zich K, Nolting HD, Nguyen TH, Tisch T, Rickhoff S. Standortübergreifende, wissenschaftliche Evaluation der gemäß § 75a SGB V geförderten Kompetenzzentren Weiterbildung - Abschlussbericht. Berlin: IGES; 2022. Zugänglich unter/available from: https://www.kbv.de/media/sp/2022-02-14_Abschlussbericht_Gesamtevaluation_Kompetenzzentren_Weiterbildung.pdf
14. Carmienke S, Freitag MH, Gensichen J, Schmidt K. Allgemeinmedizin in Dänemark : Bericht von einer Teilnahme am Hippokrates-Austauschprogramm. *ZFA (Stuttgart).* 2014;90:43-47. DOI: 10.3238/ufa.2014.0043-0047
15. Djalali S, Frei A, Rosemann T, Tandjung R. Weiterbildung zum Hausarzt – ein europäischer Vergleich. *Praxis.* 2013;102(6):327-333. DOI: 10.1024/1661-8157/a001225
16. Egidi G. Hausarzt-Medizin in Dänemark - ein Bericht aus dem Professionalisierungskurs der DEGAM [General Medicine in Denmark – A Report of the Course of Professional Development of the German College of General Practice and Family Medicine (DEGAM)]. *ZFA (Stuttgart).* 2006;82:11-17. DOI: 10.1055/s-2006-921352
17. Royal College of General Practitioners. GP curriculum: Being a general practitioner. London: Royal College of General Practitioners. Zugänglich unter/available from: <https://www.rcgp.org.uk/mrcgp-exams/gp-curriculum/being-general-practitioner>
18. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2022.
19. Bien A, Gerlach FM, Gütthlin C, Ravens-Taeuber G, Bender B, Rüsseler M. Welche Inhalte und Rahmenbedingungen der Allgemeinmedizin bewerten Studierende als attraktiv oder unattraktiv? [Which Topics and Framework Conditions of Family Medicine do Medical Students Rate as Attractive or Unattractive?]. *ZFA (Stuttgart).* 2018;94:488-493. DOI: 10.3238/zfa.2018.0488-0493
20. Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Joos S. Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? [What factors aid in the recruitment of general practice as a career? An enquiry by interview of general practitioners]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2010;135(20):1011-1015. DOI: 10.1055/s-0030-1253690
21. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16(6):502-512. DOI: 10.3122/jabfm.16.6.502
22. Peart J, Michels NR, Hanley K, Dolan C, Luyckx J, Tanghe V, Peeters E, Burneikaite M, Vavuolyte S, Homar V, Galič L, Klobučar Kragelj K, McCoombe G, Scherprier N. What influences on their professional development do general practice trainees report from their hospital placements? A qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2023;29(1):2191947. DOI: 10.1080/13814788.2023.2191947
23. Looman N, Graaf J, Thoonen B, Asselt D, Groot E, Kramer A, Scherprier N, Fluit C. Designing the learning of intraprofessional collaboration among medical residents. *Med Educ.* 2022;56(10):1017-1031. DOI: 10.1111/medu.14868
24. Schwill S, Flum E, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Determinanten der Teilnahme an Seminartagen eines Weiterbildungsprogramms: eine qualitative Studie mit Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung Allgemeinmedizin [Determinants of participation in seminars as part of a post-graduate training programme: a qualitative study with general practice residents]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw.* 2021;163:57-65. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.04.002

25. Barnhoorn PC, Nierkens V, Numans ME, Steinert Y, van Mook WN. "What kind of doctor do you want to become?": Clinical supervisors' perceptions of their roles in the professional identity formation of General Practice residents. *Med Teach.* 2023;45(5):485-491. DOI: 10.1080/0142159X.2022.2137395
26. Steinhäuser J, Ledig T, Szecsenyi J, Eicher C, Engeser P, Roos M, Bungartz J, Joos S. Train the Trainer for general practice trainer - a report of the pilot within the programme Verbundweiterbildung. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(3):Doc43. DOI: 10.3205/zma000813

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Simon Schwill, MME
Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für
Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Im
Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg,
Deutschland, Tel.: +49 (0)611/56-39379
simon.schwill@med.uni-heidelberg.de

Bitte zitieren als

Becker C, Stengel S, Roos M, Altiner A, Schwill S. Starting postgraduate medical training in general practice with a rotation in general practice – a qualitative study on experiences and effects. *GMS J Med Educ.* 2024;41(5):Doc53.
DOI: 10.3205/zma001708, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017086

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001708>

Eingereicht: 31.10.2023

Überarbeitet: 25.01.2024

Angenommen: 20.02.2024

Veröffentlicht: 15.11.2024

Copyright

©2024 Becker 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/>.