

Wo arbeiten die Allgemeinmediziner nach der Facharztanerkennung?

Analyse der Datenbank der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Where do Family Practitioners Work One Year After Graduation?

Analysis of the Database of the Chamber of Physicians in Westphalia-Lippe, Germany

Susanne Bußhoff, Denise Becka, Herbert Rusche, Bert Huenges

Hintergrund: Identifikation von Faktoren für eine spätere hausärztliche Tätigkeit von Fachärzten für Allgemeinmedizin vor dem Hintergrund drohender Versorgungsprobleme, insbesondere im ländlichen Raum.

Methoden: Retrospektive Analyse der Datenbank der Ärztekammer Westfalen-Lippe zum Verbleib der Absolventen zwölf Monate nach Facharztanerkennung.

Ergebnisse: Von 3.998 Fachärzten für Allgemeinmedizin aus den Jahren 1992–2012 waren zwölf Monate nach Facharztanerkennung 73 % ambulant tätig (Frauenanteil 37 %). 23 % der Hausärzte arbeiteten in der Kleinstadt oder auf dem Land (Frauenanteil 31 %). Die mittlere reale Weiterbildungsdauer der Gesamtstichprobe lag bei 10,7 Jahren (Median 8,6 Jahre). Für eine ambulante Tätigkeit als Hausarzt prädisponieren eine ländliche Arbeitsstätte (OR 2,5) und eine kurze Weiterbildungsdauer (OR 2,1). Für die Tätigkeit als „Landarzt“ prädisponieren männliches Geschlecht, ländliche Herkunft und das Absolvieren der ambulanten Weiterbildung auf dem Land.

Schlussfolgerungen: Besonders bei Ärztinnen scheint die Landarztstätigkeit wenig attraktiv. Für die Nachwuchssicherung – insbesondere im ländlichen Raum – ist eine Verkürzung der mittleren Weiterbildungsdauer anzustreben. Der fokussierte Ausbau einer hochwertigen Verbundweiterbildung könnte dem Versorgungsengpass entgegenwirken. Mögliche Rückschlüsse auf Zuteilungsverfahren von Medizinstudienplätzen und die stärkere Unterstützung der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung im ländlichen Raum liegen nahe.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Weiterbildung; hausärztliche Tätigkeit; Landarzt

Background: Identification of predicting factors relevant for future working place of family physicians on the background of FP shortage, particularly in rural areas.

Methods: Retrospective analysis of a database of the Westphalia-Lippe Chamber of Physicians (north-western Germany) in regard to the residence of medical specialist training graduates after twelve months from receipt of their certificate of completion.

Results: From 1992 to 2012 73 % of 3998 family practitioners (37 % female) provided outpatient care twelve months after graduation. 23 % of family practitioners work in rural areas (31 % female). The average postgraduate training lasted more than 10.7 years (Median 8.6 years). Factors associated with outpatient activity are rural work place (OR 2.5) and a short duration of postgraduate training (OR 2.1). Factors associated with rural workplace are male gender, rural offspring and the completion of the outpatient training in the countryside.

Conclusions: Working in the countryside must become more attractive, especially for female doctors. In order to retain the availability of rural physicians in the future, strategies which aim to reduce median postgraduate training periods are crucial. An expansion of high-quality composite training programs and greater support for training in rural areas could possibly face the shortage in family practitioners in rural areas. Possible conclusions for medical student selection criteria and promotion of internships rural areas during studies are close.

Keywords: Family Practitioner; Postgraduate Training; Family Medicine Care; Country Doctor

Hintergrund

In den letzten Jahren zeichnet sich ein Versorgungsproblem für die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum ab [1]. Für die Gewährleistung einer umfassenden hausärztlichen Betreuung der Bevölkerung sollen Faktoren identifiziert werden, die dazu führen, dass Allgemeinmediziner im hausärztlichen bzw. ländlichen Bereich tätig werden.

Methoden

Wir haben eine retrospektive Analyse einer Datenbank der Ärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle Ärzte, die von 1992–2012 in Westfalen-Lippe einen allgemeinmedizinischen Facharzt erworben haben. Bei doppeltem Facharzt für „Allgemeinmedizin“ sowie „Innere und Allgemeinmedizin“ wurde der jeweils zuerst erworbene hausärztliche Facharzt aufgenommen. Unvollständige oder unplausible Datensätze wurden ausgeschlossen. Zur Datenauswertung wurden die Statistikprogramme MS Excel 2008 für Mac & IBM SPSS Statistics Version 21 verwendet. Die Datenbankauslese und Weitergabe erfolgte nach Erhalt eines positiven Ethikvotums anonymisiert über einen kennwortgeschützten Link. Hierbei wurden Angaben zum Geburtsort, der Weiterbildungs- bzw. Arbeitsstätte in Kategorien für die Raumabgrenzung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) überführt.

Einzelergebnisse zu Facharztabschlüssen wurden im zeitlichen Verlauf deskriptiv beschrieben und Mittelwertunterschiede mithilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. der Varianzanalyse untersucht.

Im zweiten Teil wurden diejenigen Fachärzte für Allgemeinmedizin, zu denen belastbare Daten über die Tätigkeit nach Facharztanerkennung vorlagen, in einer „Analyse“-Stichprobe zusammengefasst. Dabei wurde die Tätigkeit der Allgemeinmediziner in „ambulante“ und „nicht ambulante“ dichotomisiert. Signifikante Korrelationen zur ambulanten Tätigkeit wurden mittels binärer logistischer Regression sowie des Chi-Quadrat-Tests (Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 0,05$) und der Odds Ratio (OR) berechnet. Dabei wurde zuerst ein Mit-

| Faktoren | OR (95%-KI)* | p-Wert** |
|--|---------------------|----------|
| Junges Alter (34 Jahre u. jünger) | 0,692 (0,515;0,929) | 0,014 |
| Weiterbildungspraxis in einer Mittelstadt | 1,537 (1,138;2,075) | 0,005 |
| Weiterbildungsordnung von 2005 | 1,553 (1,079;2,235) | 0,018 |
| Kurze reale Weiterbildungsdauer (36–72 Monate) | 2,094 (1,186;3,699) | 0,011 |
| Ländliche Arbeitsstätte | 2,455 (1,068;5,640) | 0,034 |
| Arbeitsstätte in der Mittelstadt | 0,507 (0,353;0,730) | 0,001 |

* Odds Ratio, 95%-Konfidenzintervall
 ** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ wird akzeptiert. Es werden nur signifikante Ergebnisse gelistet.

Tabelle 1 Faktoren, die für bzw. gegen eine allgemeinmedizinische ambulante (hausärztliche) Tätigkeit prädisponieren

telwert der Kategorien der entsprechenden Variable gebildet und jede Kategorie der Variable mit diesem Mittelwert verglichen.

In einem dritten Schritt wurden Einflussfaktoren gesucht, die Hinweise für eine „ambulante Tätigkeit im ländlichen Bereich“ („Landarztstätigkeit“)

zwölf Monate nach Facharztanerkennung geben. Aufgrund geringer Fallzahlen erfolgt nur eine deskriptive Beschreibung. Die Beziehung der Parameter untereinander wurde bei den kategorialen Variablen mithilfe des Chi-Quadrat-Tests überprüft (Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 0,05$).

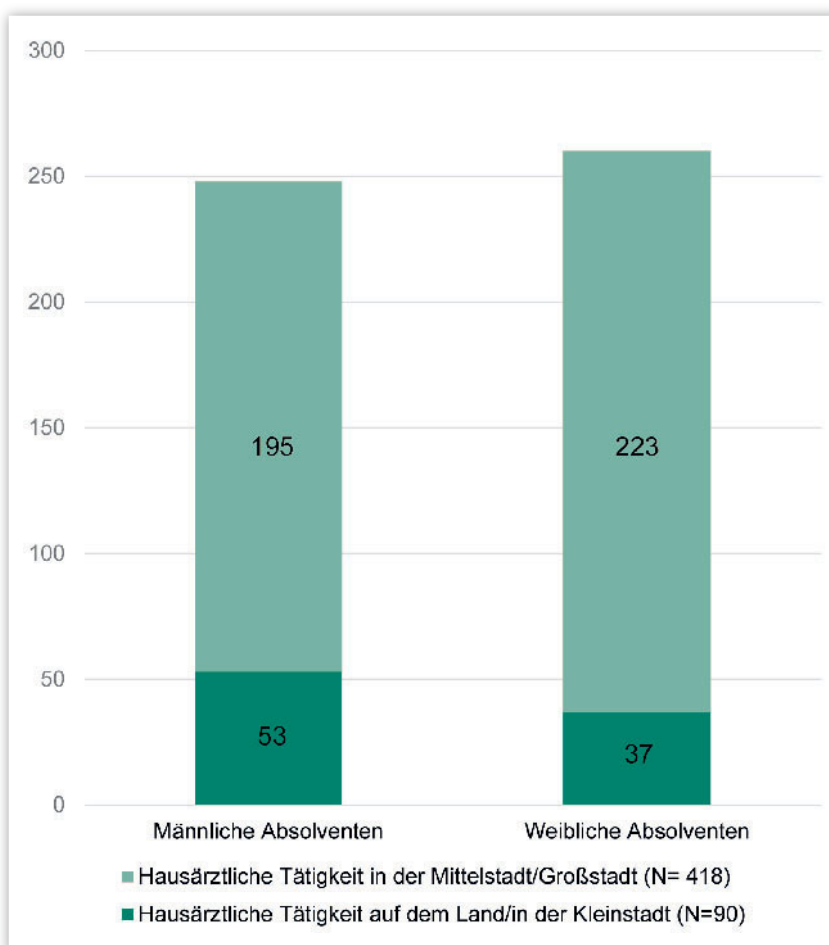


Abbildung 1 Ambulante Tätigkeit zwölf Monate nach Facharztanerkennung versus Geschlecht der Absolventen ($p < 0,05$)

Ergebnisse

Vom 01.01.1992 bis zum 21.08.2012 wurden 3.998 Fachärzte für „Allgemeinmedizin“ sowie „Innere und Allgemeinmedizin“ in Westfalen-Lippe anerkannt (162 doppelte Abschlüsse ausgenommen). Der relative Anteil allgemeinmedizinischer Facharztanerkennungen lag durchschnittlich bei 16 % und sank im Untersuchungszeitraum zuletzt auf unter 10 %. Der Anteil der Ärztinnen stieg von 29 % auf 60 %.

73 % aller Allgemeinmediziner (63 % der weiblichen und 81 % der männlichen) waren zwölf Monate nach Facharztanerkennung ambulant tätig. 14 % arbeiteten im Krankenhaus, 3 % in einer Behörde, 2 % befanden sich in Elternzeit und 8 % gingen einer sonstigen ärztlichen Tätigkeit nach oder waren ohne ärztliche Tätigkeit.

Der Frauenanteil der hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner lag bei 37 %. Von den ambulant tätigen Allgemeinmedizinern haben 77 % (66 % der Frauen und 85 % der Männer) eine eigene KV-Zulassung. 23 % aller Hausärzte arbeiteten in der Kleinstadt oder auf dem Land („Landärzte“ – Frauenanteil hier: 31 %).

Die mittlere Weiterbildungsdauer (Zeit zwischen erster Berufserlaubnis und Facharztanerkennung) der Gesamtstichprobe lag bei 128 Monaten (99%-KI 125,7–131,9; $p = 0,002$) bzw. 10,7 Jahren (Median 103,71 Monate bzw. 8,6 Jahre).

Bei 767 (19 %) der Allgemeinmediziner existierten Informationen zu allen abgefragten Variablen. Die mittlere Weiterbildungsdauer lag in dieser „Analyse-Stichprobe“ bei 104,5 Monaten (8,7 Jahre). Hier dauerte die Weiterbildungszeit bei Frauen im Mittel 19,4 Monate (99%-KI 10,4–28,3; $p < 0,001$) länger als bei Männern.

Ambulant tätige Allgemeinmediziner

508 von 767 Allgemeinmedizinern waren hausärztlich (ambulant) tätig. Faktoren, die für bzw. gegen eine ambulante Tätigkeit als Hausarzt zwölf Monate nach Facharztanerkennung prädisponieren, sind in Tabelle 1 wiedergegeben. Keinen signifikanten Einfluss auf eine hausärztliche Tätigkeit nach Fach-

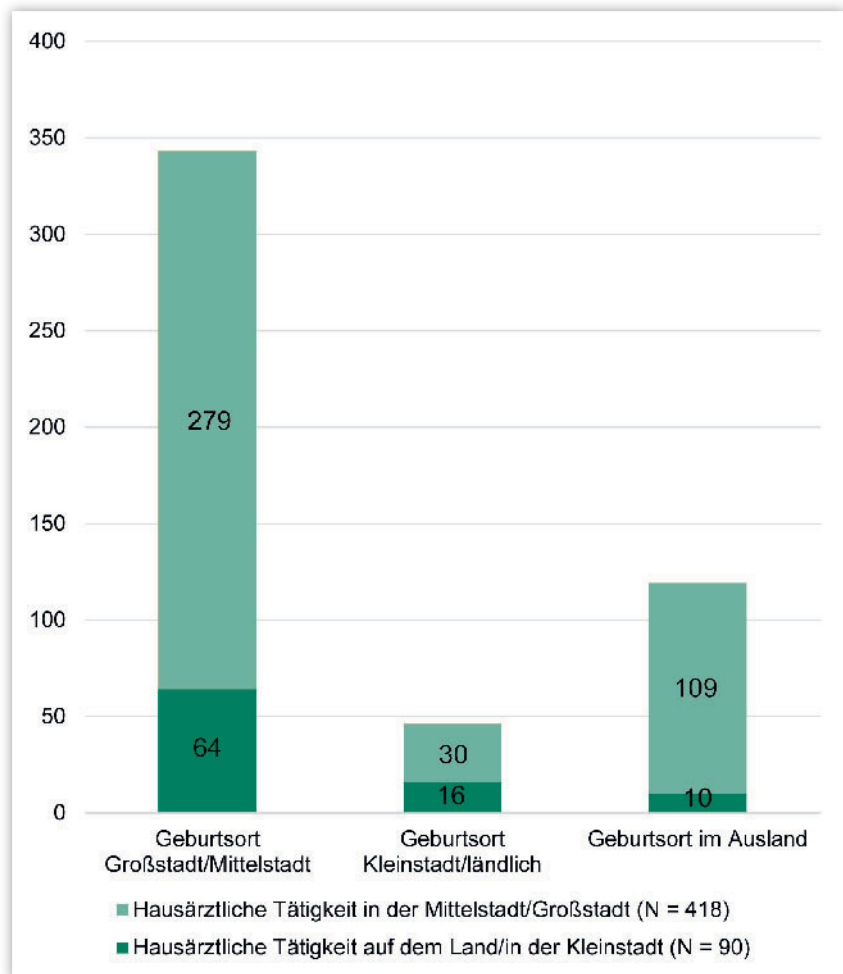


Abbildung 2 Ambulante Tätigkeit zwölf Monate nach Facharztanerkennung versus Geburtsort der Absolventen ($p < 0,001$)

arztanerkennung haben die Faktoren Geschlecht, Geburtsort und Staatsangehörigkeit.

Ambulant tätige Allgemeinmediziner auf dem Land/in der Kleinstadt

90 von 508 (12 %) der ambulant tätigen Allgemeinmediziner der „Analyse-Stichprobe“ arbeiteten zwölf Monate nach Facharztanerkennung auf dem Land oder in einer Kleinstadt („Landärzte“). Die mithilfe des Chi-Quadrat-Tests identifizierten Faktoren, die eine Tätigkeit als „Landarzt“ begünstigen, sind männliches Geschlecht, ländliche Herkunft und das Absolvieren der ambulanten Weiterbildung auf dem Land (Abb. 1–3). Für die Variablen Alter, reale Weiterbildungsdauer, Staatsangehörigkeit und Weiterbildungsordnung konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land nachgewiesen werden.

Diskussion

Durch die systematische Auswertung der Datenbank wurde eine verlässliche empirische Basis über die Entwicklung der Facharztabschlüsse im Fach Allgemeinmedizin und mögliche Einflussgrößen auf die allgemeinmedizinische hausärztliche Tätigkeit in Westfalen-Lippe von 1992–2012 geschaffen: Der Anteil allgemeinmedizinischer Facharztanerkennungen ist im Untersuchungszeitraum auf unter 10 % gesunken. Zusätzlich geht mindestens ein Viertel der Fachärzte für Allgemeinmedizin der ambulanten Versorgung verloren.

Die Einflussfaktoren ländliche Arbeitsstätte, kurze Weiterbildungsdauer, Weiterbildungsordnung von 2005 und allgemeinmedizinische Weiterbildungspraxis in der Mittelstadt wirken sich positiv auf die ambulante Tätigkeit aus. Die „Landarztztätigkeit“ zeigte Zusammen-

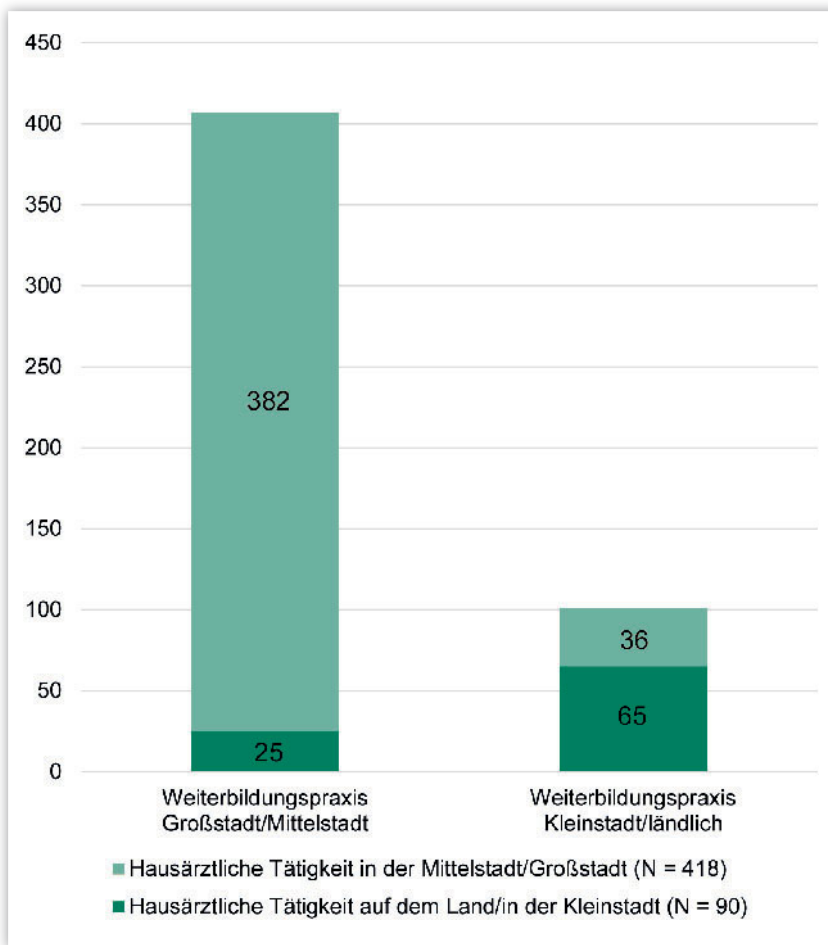


Abbildung 3 Ambulante Tätigkeit zwölf Monate nach Facharztanerkennung versus Ort der allgemeinmedizinischen Weiterbildungspraxis ($p < 0,001$)

hänge mit männlichem Geschlecht, ländlicher Herkunft und der einer ländlich gelegenen Weiterbildungspraxis.

Die Wahrscheinlichkeit ambulant tätig zu werden, war bei denen, die ihre Weiterbildung in sechs Jahren absolviert hatten, um das 2,1fache erhöht, wobei die durchschnittliche Weiterbildungszeit bei über acht Jahren liegt. Letzteres deckt sich mit den Ergebnissen einer retrospektiven Befragung von Ärzten in Weiterbildung [2]. Die Frage, welche Ursachen der Verzögerung zugrunde liegen (Elternzeit, Quereinstieg aus einem anderen Fachgebiet, freiwillige Mehrzeiten in einzelnen Fächern, Pausen zwischen einzelnen Weiterbildungsabschnitten), lässt sich aus der Datenbankanalyse nicht befriedigend beantworten. Hier sind weitere Untersuchungen erforderlich. Maßnahmen zur Verkürzung der mittleren Weiterbildungsdauer scheinen daher dringend erforderlich.

Unter der Weiterbildungsordnung von 2005 war die Wahrscheinlichkeit,

zwölf Monate nach Facharztanerkennung ambulant tätig zu sein höher, als unter den anderen Weiterbildungsordnungen. Eine Erhöhung der Anzahl der Facharztabsolventen für den hausärztlichen Bereich konnte jedoch nicht erreicht werden [3].

Obwohl das Geschlecht keinen Einfluss auf die Aufnahme einer hausärztlichen Tätigkeit nach der Weiterbildung hatte, zeigte sich, dass der Anteil angestellter Fachärztinnen deutlich höher ist.

Eine „Landarztztätigkeit“ ist für weibliche Absolventen weniger attraktiv, was sich mit Daten von Rabinowitz deckt [4]. Steinhäuser et al. stellten heraus, dass für Frauen ein „Job für den Lebenspartner“ ein signifikanter Einflussfaktor ist, sich später im ländlichen Raum niederzulassen [5]. Auch der Geburtsort stellt einen Faktor für eine spätere allgemeinmedizinische, ambulante Tätigkeit dar [5, 6]. So haben internationale Studien gezeigt, dass Landärzte bis

zu fünfmal häufiger als ihre städtischen Kollegen über einen ländlichen Hintergrund verfügen. Daher wird vermehrt versucht, Medizinstudenten aus dem ländlichen Raum zu rekrutieren [7–13].

In der vorliegenden Studie arbeiteten 35 % der Hausärzte, die auf dem Land oder in der Kleinstadt geboren sind, später auch als „Landärzte“, während der Anteil an „Landärzten“ bei den in der Groß- und Mittelstadt geborenen bei 19 % und bei im Ausland geborenen Hausärzten nur bei 8 % lag. Hier handelt es sich allerdings nur um relative Werte: Die meisten ländlich ambulant tätigen Hausärzte sind – aufgrund der absoluten Zahlen – in einer Groß- oder Mittelstadt geboren und zwei von drei auf dem Land geborenen Kollegen arbeiten später in der Stadt.

In der vorliegenden Studie konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Ort der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und einer „Landarztztätigkeit“ hergestellt werden. Buxel und Lenz zeigten in ihren Untersuchungen bereits Affinitäten zwischen Studien- und Weiterbildungsort [6, 14]. Portenhauser und Steinhäuser beschreiben einen Zusammenhang zwischen Weiterbildungsort und Arbeitsstätte [15]. Ob sich durch die gezielte Förderung von Praktika auf dem Land (im Studium oder in der Weiterbildung) der Anteil ländlich tätiger Kollegen durch den sog. „Klebeffekt“ erhöhen lässt, bleibt abzuwarten.

Limitationen

Die retrospektive Datenbankauswertung lässt verlässlichere Rückschlüsse zu, als die Befragung nach den Zukunftsplänen von Studierenden und Weiterbildungsassistenten, die ihre Fachwahl im Laufe von Studium und Weiterbildung mehrfach ändern [2, 16]. Allerdings lassen sich Effekte nur deutlich zeitverzögert darstellen, sodass anhand der Daten (noch) keine Auskunft gegeben werden kann, welchen Einfluss strukturelle Änderungen neuerer Zeit (Aufhebung der Residenzpflicht, Notdienstreform, Änderungen im Zulassungsverfahren) auf die hausärztliche Tätigkeit haben. Die Alternative einer umfassenden prospektiven Kohortenstudie eines Absolventenjahrgangs von Medizinstudenten wäre methodisch deutlich aufwendiger.

Dr. med. Susanne Bußhoff ...

... hat von 1988–1995 in Münster studiert. Ihre Facharztweiterbildung hat sie zunächst am Allgemeinen Krankenhaus in Hagen absolviert und in der Zeit zwei Kinder bekommen. Ihre allgemeinmedizinische ambulante Weiterbildung erfolgte in der Praxis Dres. Arend/Wessling in Coesfeld, in der sie seit ihrem Facharztabschluss im Jahr 2004 als angestellte Fachärztin für Allgemeinmedizin tätig ist. Von 2012–2014 hat sie ihre medizinische Doktorarbeit zum Thema „Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Westfalen-Lippe von 1992–2012: Einflussgrößen und deren mögliche Folgen für die hausärztliche Versorgung“ bei Prof. Dr. Rusche an der Ruhr-Uni Bochum verfasst.

Aufgrund vergleichsweise weniger kompletter Datensätze war eine genaue Analyse zum Verbleib nach der Weiterbildung nur für eine vergleichsweise kleine Stichprobe möglich. Die Stichprobe war bezüglich der meisten Variablen repräsentativ, zeigte jedoch einen höheren Frauenanteil (54 % versus 43 %), ein um knapp zwei Jahre geringeres Alter bei Facharztanerkennung und eine um zwei Jahre geringere Weiterbildungsdauer als in der Gesamtstichprobe, was die Ergebnisse beeinflussen könnte. Weitere Analysen – ggf. in Zusammenfassung der Daten aus mehreren Kammerbereichen – wären hier sicher sinnvoll.

Die Definition „ländlicher Bereich“ ist in der Literatur nicht einheitlich. Um die Daten der vorliegenden Studie mit nationalen Daten vergleichen zu können, wurde eine Definition des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung gewählt und aufgrund der kleinen Fallzahl die Kategorien „Land“ und „Kleinstadt“ zusammengefasst. Da in der vorliegenden Studie nur Daten über den Verbleib der Allgemeinmediziner zu erheben waren, nicht jedoch über den

Verbleib hausärztlich tätiger Internisten, ist hier eine Verzerrung der Abbildung der hausärztlichen Versorgung möglich.

Schlussfolgerungen

Die Verkürzung der realen mittleren Weiterbildungsdauer – z.B. durch Stärkung von Weiterbildungsverbänden und stärkere Verzahnung von Aus- und Weiterbildung – könnte eine Steigerung der Anzahl von Hausärzten bewirken. Eine Verkürzung der Mindestweiterbildungszeit (wie zur WO von 1993) lässt diesen Effekt jedoch nicht erwarten.

Obschon unter der Weiterbildungsordnung von 2005 anteilig mehr Allgemeinmediziner hausärztlich tätig waren, konnte die absolute Anzahl von Allgemeinmedizinern nicht gesteigert werden. Ob die geplante Verlängerung der Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich (Umsetzung in der Weiterbildungsordnung von 2012) zu einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgungssituation führt, bleibt abzuwarten.

Besonders für die zunehmende Zahl an Hausärztinnen scheint die Landarzt-tätigkeit wenig attraktiv. Die Erhöhung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit, Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur mit dem Ausbau familienfreundlicher Arbeitsmodelle sowie eine stärkere Unterstützung von allgemeinmedizinischen Weiterbildungspraxen im kleinstädtischen und ländlichen Raum könnten dem Versorgungsengpass entgegenwirken. Mögliche Einflüsse vom Medizinstudium konnten hier nicht untersucht werden; aber auch hier könnte die Förderung von Praktika auf dem Land wohl hilfreich sein. Abzuwarten bleibt, ob die von Jacob et al. beobachtete Trendwende in der Einstellung Studierender zur Hausarztztätigkeit Einfluss auf die Niederlassungszahlen haben wird [17]. Ob sich das Versorgungsproblem allerdings über eine alleinige Mehrzulassung von auf dem Land geborenen Kollegen nachhaltig lösen lässt, sei angesichts der gezeigten Zahlen infrage gestellt.

Danksagung: Wir danken den Mitarbeitern der Ärztekammer Westfalen-Lippe, insbesondere Herrn B. Schulte und Herrn M. Raus, für die gute Zusammenarbeit.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse

Dr. med. Bert Huenges, MME
Abteilung für Allgemeinmedizin
Ruhr-Universität Bochum
Gebäude MA 01 / 254
Tel.: 0234 32-24842
bert.huenges@rub.de

Literatur

- Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung: Inhalte und Qualität sind entscheidend. Dtsch Arztebl 2011; 108: A-996 / B-821 / C-821
- Huenges B, Weismann N, Osenberg D, Klock M, Rusche H. Weiterbildung aus Sicht der (Haus-)ärzte von morgen. Z Allg Med 2010; 86: 369–378
- Bundesärztekammer. Ärzttestatistik 2013: Anzahl der erteilten Anerkennungen. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-der-vorjahre/aerzttestatistik-2013/anzahl-der-erteilten-erkennungungen/> (letzter Zugriff am 23.06.2015)
- Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Santana AJ. Increasing the supply of women physicians in rural areas: outcomes of a medical school rural program. J Am Board Fam Med 2011; 24: 740–744
- Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K. Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Z Allg Med 2013; 89: 10–15
- Buxel H. Studienbericht: Motivation, Arbeitsplatzzufriedenheit und Jobwahlverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin. http://www.fh-muenster.de/fb8/downloads/buxel/09_Studienbericht_Zufriedenheitsstudie_Assistenzaeerzte.pdf (letzter Zugriff am 23.06.2015)
- Rourke J, Dewar D, Harris K, et al. Strategies to increase the enrollment of students of rural origin in medical school: recommendations from the

- society of rural physicians of Canada. CMAJ 2005; 172: 62–66
8. Rourke JT, Incitti F, Rourke LL, Kennard M. Relationship between practice location of Ontario family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. Can J Rural Med 2005; 14: 231–40
 9. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. JAMA 2001; 286: 1041–8
 10. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Hojat M, Hazelwood CE. Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania. J Rural Health 1999; 15: 212–8
 11. Laven GA, Beilby JJ, Wilkinson D, McElroy HJ. Factors associated with rural practice among Australian-trained general practitioners. Med J Aust 2003; 179: 75–9
 12. Easterbrook M, Godwind M, Wilson R, et al. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. CMAJ 1999; 160: 1159–63
 13. Brooks RG, Mardon R, Clawson A. The rural physician workforce in Florida: a survey of US- and foreign-born primary care physicians. J Rural Health 2003; 19: 484–91
 14. Lenz K, Wolter A, Reiche C, et al. Studium und Berufseinstieg-Ergebnisse der ersten Sächsischen Absolventenstudie. http://www.kfbh.de/images/Projekte/SaechsAbsolv/SchsischeAbsolventenstudie_2010.pdf (letzter Zugriff am 23.06.2015)
 15. Portenhauser F, Steinhäuser J. Allgemeinmedizinische Weiterbildung: Die meisten bleiben im Ländle. Dtsch Arztebl 2015; 112: A-709/B-602/C-582
 16. Soethout MBM, ten Cate TJ, van der Wal G. Factors associated with the nature, timing and stability of the specialty career choices of recently graduated doctors in European countries. Med Educ Online [serial online] 2004; 9. <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/4360/4542> (letzter Zugriff am 23.06.2015)
 17. Jacob R, Kopp J, Schultz S. Berufsmonitoring 2014: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf (letzter Zugriff am 23.06.2015)



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet sowohl Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE als auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Sind auch Sie an den in der DEGAM aktuell diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de