

*Dr. med. Dagmar Schneider*

*Fachärztin für Allgemeinmedizin,  
Leiterin Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin, Bayerische  
Landesärztekammer München*

# Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland

1. Vorbemerkung	27
2. Rolle des Hausarztes im deutschen Gesundheitssystem	27
3. Hausarztmangel in Deutschland	28
4. Aktuelle Diskussion zur hausärztlichen Versorgung	29
5. Geschichtlicher Abriss zur Weiterbildung Allgemeinmedizin	30
6. Weiterbildung Allgemeinmedizin aktuell	31
7. Aktuelle Diskussion zur Weiterbildung Allgemeinmedizin	34
8. Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	35
9. Situation der Allgemeinmedizin an den Universitäten	37
10. Finanzielle Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	38
11. Lösungsansatz Verbundweiterbildung	39
12. Fazit/Ausblick	42
Literaturverzeichnis	43

*Die Weiterbildung zum Allgemeinarzt in Deutschland dauert fünf Jahre und wird mit einer mündlichen Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bei der zuständigen Ärztekammer abgeschlossen. Zeitliche und inhaltliche Bestimmungen werden durch die jeweilige Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern der Bundesländer vorgegeben. Die Weiterbildung setzt sich aus obligaten und fakultativen Abschnitten in Klinik und Praxis zusammen. Dies beinhaltet einerseits individuelle Freiheiten, andererseits Barrieren, sich die dadurch notwendigen Stellenwechsel selbst zu organisieren. Dies führt nicht selten zu einer über die fünf Jahre hinaus deutlich verlängerten Weiterbildungszeit. Um den Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) eine verlässliche Rotation mit nahtlosen Übergängen zwischen allen Abschnitten zu gewährleisten, haben sich Weiterbildungsverbände als regionale Kooperation von Kliniken und Praxen etabliert.*

*Die Weiterbildung zum Allgemeinarzt wird seit den 90er Jahren von den Krankenkassen finanziell gefördert, im ambulanten Bereich zusätzlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen.*

*Trotz dieser strukturellen und finanziellen Maßnahmen wählen wenige junge Ärztinnen und Ärzte die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. In den letzten Jahren konnte der Trend beobachtet werden, dass lediglich 10 % aller Facharztanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin erfolgten. Als Folge können frei werdende Hausarztsitze oftmals nicht mehr besetzt werden. Neben der weiteren Optimierung von Weiterbildung und deren Finanzierung muss die Allgemeinmedizin entsprechend ihrer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der Gesellschaft im Studium mehr verankert werden. Auch die politischen Rahmenbedingungen bezüglich Arbeits- und Niederlassungsformen sowie der Vergütungssituation bedürfen weiterer Verbesserung, um die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit zu steigern.*

# 1. Vorbemerkung

An den Anfang eine Begriffsbestimmung: in Deutschland wird zwischen ärztlicher Aus- und Weiterbildung unterschieden: Unter Ausbildung wird das Studium verstanden, das mit dem Staatsexamen und der Approbation als Arzt beendet wird. Unter Weiterbildung wird der Erwerb der Qualifikation als Facharzt nach Erteilung der Approbation verstanden. Ärztliche Weiterbildung erfolgt in Deutschland auf der Grundlage der von der Bundesärztekammer erstellten Muster-Weiterbildungsordnung<sup>12</sup>. Entsprechend der föderalen Struktur Deutschlands setzt jede Landesärztekammer die Muster-Weiterbildungsordnung länderspezifisch um. Insofern gibt es Unterschiede der Weiterbildungsgänge in den einzelnen Bundesländern. In meiner Eigenschaft als Leiterin der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin bei der Bayerischen Landesärztekammer werde ich mich – wenn nicht anders erwähnt – in meinen Ausführungen auf die bayerische Situation stützen.

## 2. Rolle des Hausarztes im deutschen Gesundheitssystem

Die hausärztliche Versorgung im deutschen Gesundheitswesen erfüllt wesentliche Funktionen einer gesundheitlichen Primärversorgung. Grundsätzlich besteht in Deutschland freie Arztwahl und so auch der freie Zugang zur ambulanten spezialistischen Versorgungsebene. Der Sachverständigenrat Gesundheit legte in einem Sondergutachten 2009 eine Analyse des deutschen Gesundheitssystems in Bezug auf die hausärztliche Versorgung vor. Es wurde festgestellt, dass über 90 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland einen Hausarzt haben, im Alter über 65 Jahre sogar 96 %. Dabei handelt es sich in 83 % der Fälle um einen Facharzt für Allgemeinmedizin. Allgemeinmediziner sind die am häufigsten konsultierte Fachgruppe. Es wurde aber auch beschrieben, dass das deutsche Gesundheitswesen noch stark von Mustern der fachärztlich-spezialistischen Versorgung geprägt sei.<sup>13</sup>

12 [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO\\_V6.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf)

13 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192>

Gerlach (2013) beschreibt, dass der Hausarzt in jedem Gesundheitssystem eine sehr wichtige Lotsen- und Filterfunktion hat. Diese Rolle sei zwar wichtig, werde aber quantitativ überschätzt. Die Rolle des Hausarztes gehe über ein reines Lotsen und Filtern weit hinaus: Etwa 90 bis 95 % aller Patientenanliegen würden abschließend in der Hausarztpraxis geklärt. Nur 5 bis 10 % würden an einen Spezialisten überwiesen oder ins Krankenhaus eingewiesen. Der Hausarzt sei also derjenige, der gerade beim multimorbiden und chronisch kranken Patienten einen großen Teil der Versorgungslast trage.<sup>14</sup>

Daraus kann abgeleitet werden, dass die hausärztliche Versorgung in Deutschland vor erheblichen Herausforderungen steht. Neben der Zunahme der Versorgungslast durch chronische Krankheit und Multimorbidität aufgrund der älter werdenden Bevölkerung ist hier der drohende und zum Teil schon eingetretene Nachwuchsmangel zu nennen.

### 3. Hausarztmangel in Deutschland

Der nicht nur in Deutschland zu konstatierende zunehmende Hausarztmangel hat viele Ursachen. Es beginnt bei der demographischen Entwicklung der Bevölkerung und der diesbezüglich problematischen Altersstruktur bei den Hausärzten selbst – mehr als ein Viertel der Hausärzte ist über 60 Jahre alt<sup>15</sup> und wird daher voraussichtlich innerhalb der nächsten Jahre in Rente gehen. Zeitgleich nimmt der Anteil der chronisch kranken und multimorbiden Patienten, die eine Versorgung durch Generalisten benötigen, an der Bevölkerung zu.

Die Reputation der Allgemeinmedizin an den Universitäten ist ein weiteres wichtiges Feld. Zu wenige Studierende wählen nach dem Examen die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. In Deutschland wurden 2013 lediglich 10 % aller Facharztprüfungen in der Allgemeinmedizin abgelegt.<sup>16</sup> Damit kommen deutlich zu wenig junge Allgemeinmediziner nach, um die in den nächsten Jahren zu erwartenden frei werdenden Stellen in Hausarztpraxen zu übernehmen und weiterzuführen.

14 <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse13/presse054-13.pdf>

15 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>

16 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>

Die politischen Rahmenbedingungen bzgl. Honorierung, Arbeitsbedingungen mit Aspekten wie Bereitschaftsdienste und bürokratische Anforderungen sowie neue Niederlassungsformen und die Stellung innerhalb der Selbstverwaltung haben ebenfalls einen wesentlichen Einfluss.

## 4. Aktuelle Diskussion zur hausärztlichen Versorgung

Trotz eines Bündels an Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin auf vielen Ebenen existiert ein Unterversorgungsproblem im hausärztlichen Bereich. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen konstatiert in seinem aktuellen Gutachten 2014 eine gefährdete ärztliche Versorgungssituation insbesondere in strukturschwachen, ländlichen Regionen.<sup>17</sup>

Dass die Einschätzungen zum Ärztebedarf zum Teil weit auseinandergehen und die Definition von Bedarf schwierig und komplex ist, soll hier nicht verschwiegen werden. Schmacke geht in seinem Gutachten zur Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland 2013 ausführlich darauf ein.<sup>18</sup>

Neben der ungleichen Verteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land und innerhalb der Städte zwischen ökonomisch bessergestellten und problematischeren Stadtvierteln bleibt die Verschiebung des Verhältnisses niedergelassener Generalisten zu Spezialisten unbestritten. Während ein Anteil von etwa 60 % an Generalisten für eine funktionierende ärztliche Versorgung der Bevölkerung als notwendig angenommen wird<sup>19</sup>, liegt der Anteil aktuell bei etwa 40 %<sup>20</sup>. Gerlach erwähnt eine Zunahme der Zahl niedergelassener Spezialisten von 1993 bis 2011 um 54 %, während die Zahl der Generalisten um 9 % abgenommen habe.<sup>21</sup> Er resümiert, dass dem Sachverständigenrat kein Gesundheitssystem auf der Welt bekannt sei, das eine Versorgung mit 90 % Spezialisten und 10 % Generalisten aufrechterhalten könne. Die beschriebene Entwicklung des Quotienten Spezialisten zu Generalisten spiegele jedoch nicht einen Bedarf wider, sondern in hohem Maß die

17 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

18 Schmacke, (2013)

19 <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse13/presse054-13.pdf>

20 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>

21 <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse13/presse054-13.pdf>

jeweilige spezifische Wertschätzung und Durchsetzungskraft unterschiedlicher Arztgruppen, so Schmacke.<sup>22</sup>

Angesichts des zu erwartenden Hausärztemangels finden sich in der aktuellen Diskussion Themen wie Entlastung der Hausärzte durch spezifisch fortgebildete Fachkräfte und damit Stärkung der Zuständigkeiten nicht ärztlicher Mitarbeiter, multiprofessionelle Organisations- und Kooperationsformen sowie die Realisierung neuer Versorgungsmodelle. Gleichwohl wird der Hausarzt auch in Zukunft zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Primärversorgung weiterhin seinen zentralen Platz im Gesundheitssystem haben.

## 5. Geschichtlicher Abriss zur Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kaum ein Fachgebiet hat in den letzten 25 Jahren eine solche Vielzahl von Änderungen im Weiterbildungsangang durchlaufen wie die Allgemeinmedizin. „Allgemeinmedizin“ wurde 1969 als Gebiet in die Weiterbildungsordnung (WO) aufgenommen mit einer 4-jährigen Mindest-Weiterbildungszeit, die 1993 durch eine dreijährige Weiterbildung mit zusätzlich 240 Stunden Seminarweiterbildung ersetzt wurde. Ab diesem Zeitpunkt war es auch für Allgemeinärzte möglich, die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu führen. Ab 1999 galt eine Mindestweiterbildungszeit von 5 Jahren (mit zusätzlich 80 Stunden Seminarweiterbildung). In der WO 2004 wurde der „Facharzt für Allgemeinmedizin“ dann durch den „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ abgelöst. Zu erwerbende Inhalte und zu absolvierende Zeiten wurden deutlich geändert. Seit 2010 gilt jedoch wieder die zu erwerbende Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“. Die zu erwerbenden fachlichen Kompetenzen und Inhalte sind in den zur WO gehörenden Richtlinien ausgeführt.

Die frühere Bezeichnung „Praktischer Arzt“, für die man ab 1989 eine zweijährige „Ausbildung“ in Klinik und Praxis nachweisen musste, konnte auf Antrag mit einer Frist bis 30.09.1995 zum Facharzt für Allgemeinmedizin umgeschrieben werden, sofern sechs Jahre praktische Tätigkeit vor 1993 nachgewiesen werden konnten. Danach konnten Praktische Ärzte im Rahmen einer Übergangsregelung

---

22 Schmacke, (2013)

bis 31.07.2007 zur Prüfung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zugelassen werden, wenn sie acht Jahre hausärztliche Tätigkeit nachweisen konnten, und sie konnten so ebenfalls den Facharztstitel erwerben.

Für eine kassenärztliche Niederlassung brauchte man ab 01.01.1994 eine mindestens 3-jährige Weiterbildung (eine Ausnahme galt für prakt. Ärzte, die diese Bezeichnung bis 31.12.1995 erworben hatten (SGB V § 95a Abs. 4)). Seit 1.1.2006 ist jedoch für jede Neuniederlassung der erfolgreiche Abschluss einer fünfjährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Voraussetzung.

## 6. Weiterbildung Allgemeinmedizin aktuell

### 6.1. Grundlagen

Bundesweit einheitlich beträgt die Mindestweiterbildungszeit 60 Monate (auf eine Vollzeittätigkeit bezogen). Die Weiterbildung muss unter der Leitung eines zur Weiterbildung nach aktuell gültiger WO befugten Weiterbildungers („Weiterbildungsbefugten“) an einer entsprechenden Weiterbildungsstätte erfolgen. Im Wortlaut der aktuellen Bayerischen Weiterbildungsordnung 2004 i.d.F. 2013 beinhalten die 60 Monate<sup>23</sup>:

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können bis zu
  - 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monatsabschnitte) auch im ambulanten Bereich angerechnet werden,
  - 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung,

---

23 [http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO\\_2004/download/WO%202004\\_2012%2010.pdf#page=14&pagemode=bookmarks&view=FitB](http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/WO%202004_2012%2010.pdf#page=14&pagemode=bookmarks&view=FitB)

davon können bis zu

- 6 Monate in Chirurgie (auch 3 Monatsabschnitte) angerechnet werden. Hierauf können bis zu 6 Monate (auch 3 Monatsabschnitte) in Kinder- und Jugendmedizin bei

einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der gemäß § 73 Abs. 1a Nr. 2 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, angerechnet werden.

- 80 Stunden Kursweiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatischer Grundversorgung

Obligat sind demnach 18 Monate stationär in der Inneren Medizin. Die weiteren 18 Monate der dreijährigen Basisweiterbildung können in allen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung absolviert werden, als da sind: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie (WO 2004 § 2a (7)).

Die Reihenfolge der zu absolvierenden Abschnitte ist nicht vorgeschrieben.

Ein besonderes Thema ist die Weiterbildung in Teilzeit. Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen an eine ganztägige Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildung kann mit mindestens 12 Stunden pro Woche bis zur Hälfte der in den Abschnitten B und C geforderten Mindestweiterbildungszeit erfolgen. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend (WO 2004 § 4 (6)).

Diese in Bayern als einzigem Bundesland in Deutschland 2013 neu eingeführte Regelung trägt u.a. den Bedürfnissen von Eltern Rechnung, die aufgrund der familiären Situation zeitweise nicht in Vollzeit arbeiten können oder möchten. Eine entsprechende Neuregelung betrifft auch die Anrechnung von Weiterbildungsabschnitten, die kürzer sind als 3 Monate; hier können in Bayern ebenfalls seit 2013 drei solcher Abschnitte auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Eine weitere Möglichkeit, den Facharzt für Allgemeinmedizin zu erwerben, besteht seit 2013 im sogenannten Quereinstieg. Die Übergangsregelung (Bayern) besagt, dass Ärztinnen und Ärzte, die bereits einen Facharztstitel in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung erworben haben, nach 24 Monaten Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung und Absolvierung der 80-stündigen Kursweiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung bei Nachweis aller obligatorischen Weiterbildungsinhalte zur Facharztprüfung Allgemeinmedizin zugelassen werden. Diese Regelung gilt vorerst bis zum 31.12.2015.

## **6.2. Herausforderungen des Weiterbildungsgangs**

So vielfältig die Möglichkeiten des Weiterbildungsgangs Allgemeinmedizin sind, so beinhaltet er doch strukturell spezifische Schwierigkeiten. Anders als in anderen Gebieten, bei denen die komplette Weiterbildung potentiell an einer Weiterbildungsstätte absolviert werden kann (z.B. die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin an einer einzigen Klinik mit Rotation durch die verschiedenen internistischen Abteilungen), müssen sich die Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin immer wieder neue Stellen für die vorgeschriebenen Weiterbildungsabschnitte in den verschiedenen Versorgungsbereichen suchen. Oft ist es schwierig, direkte Anschlussstellen zu finden, Stellenwechsel können mit der Notwendigkeit eines Umzugs verbunden sein, und es kann zu „Leerzeiten“, d.h. Arbeitslosigkeit zwischen zwei Stellen, kommen. Nicht selten verbleiben die Weiterzubildenden länger an einer Stelle, als es nach Weiterbildungsordnung notwendig wäre, bis sie eine neue Stelle gefunden haben. Dies zusammen mit den erwähnten „Leerzeiten“ führt zu einer bis zu doppelt so langen Weiterbildungszeit als vorgesehen.

## 7. Aktuelle Diskussion zur Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Struktur des Weiterbildungsgangs Allgemeinmedizin spielt somit eine wesentliche Rolle in der aktuellen Diskussion der Weiterbildung. Neben dem Problem der zeitlichen Abfolge besteht ein weiteres Problem darin, dass die nachzuweisenden Weiterbildungsinhalte, die aktuell durch eine Aufzählung vieler Untersuchungs- und Behandlungsverfahren mit bestimmten Richtzahlen festgelegt sind, teils schwer zu erwerben sind.

Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer (BÄK) 2012 beauftragt, eine Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen, die mehr an Kompetenzen ausgerichtet sein soll. In einem ersten Durchgang wurden die Fachgesellschaften und Berufsverbände von der BÄK aufgefordert, ihre Vorschläge einzubringen. Bezüglich der Allgemeinmedizin liegt ein Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) vor, der mit dem Deutschen Hausärzterverband (DHÄV) abgestimmt wurde. In Orientierung am Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin und an internationalen Gepflogenheiten wurde vorgeschlagen, die Bezeichnung Familienmedizin mit in die Gebietsbezeichnung aufzunehmen. Danach soll die Bezeichnung zukünftig „Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin“ heißen. Im Weiteren wurden in diesem Vorschlag die zeitlichen Vorgaben geändert und die Inhalte in Kompetenzblöcken beschrieben,<sup>24, 25</sup>

Nach Einholen der Vorschläge von Fachgesellschaften und Berufsverbänden erfolgt aktuell die Abstimmung des ersten Entwurfs der neuen MWBO zwischen Landesärztekammern und Bundesärztekammer.

24 [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/Erlaeuterungen\\_zum\\_Vorschlag\\_zur\\_neuen\\_Musterweiterbildungsordnung\\_der\\_DEGAM\\_20130908.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Erlaeuterungen_zum_Vorschlag_zur_neuen_Musterweiterbildungsordnung_der_DEGAM_20130908.pdf)

25 [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/DEGAM\\_MWBO\\_AM\\_2013.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/DEGAM_MWBO_AM_2013.pdf)

## 8. Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Das Ansehen des Hausarztes in der Bevölkerung ist nach wie vor hoch: In einer Studie des Meinungsforschungsinstituts forsa vom September 2014 wurde nach der Rolle des Hausarztes gefragt: 94 % aller Deutschen schätzen die Rolle des Hausarztes im Zentrum der Versorgung als besonders wichtig ein. Fast ebenso viele, nämlich 91 %, gaben an, dass sie einen festen Hausarzt haben.<sup>26</sup> Auch auf politischer Ebene wird die herausragende Bedeutung der Hausärzte für die Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung anerkannt. Angesichts des drohenden bzw. regional bereits eingetretenen Hausarztmangels werden von staatlicher Seite bereits diverse Maßnahmen ergriffen, ob das die finanzielle Unterstützung von Studierenden ist, die sich verpflichten, nach dem Studium ihre Weiterbildung auf dem Land zu absolvieren, ob das die Förderung innovativer Versorgungsmodelle wie z.B. Telemedizin ist oder ob das die finanzielle Unterstützung von Niederlassungen auf dem Land ist oder die finanzielle Unterstützung von Kompetenzzentren Allgemeinmedizin – ähnliche Beispiele verschiedener Größenordnung ließen sich weiter aufzählen.

Aktuell diskutiert wird der Gesetzentwurf für eine Änderung des Sozialgesetzbuches V (GKV- Versorgungsstrukturgesetz („Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG)).<sup>27</sup> Um auch in Zukunft eine flächendeckende und möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen, sollen die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 vorgesehenen Möglichkeiten ausgebaut und ergänzt werden. Die Allgemeinmedizin soll mithilfe verschiedener Vorgaben gefördert werden. So ist eine zusätzliche Finanzierung von Weiterbildungsstellen vorgesehen. Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit mindestens 7.500 betragen. Auch ist vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die zu fördernden Stellen nicht begrenzen dürfen. Geschätzt wird, dass durch die vorgesehene zusätzliche Förderung von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin in der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 25 bis 30 Millionen Euro entstehen. Im Weiteren soll es in Zukunft zulässig sein, reine Hausarzt-MVZs (Medizinische Versorgungszentren) zu gründen. Dies käme dem zunehmenden Wunsch nach kooperativen Versorgungsformen und der Möglichkeit, auch im ambulanten Bereich im Angestelltenstatus tätig zu sein, entgegen. Bisher war es Hausärzten

26 <http://www.allgemeinarzt-online.de/aus-den-verbaenden/a/1677986>

27 <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html>

lediglich möglich, Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften zu bilden, in denen jeder einzelne Arzt seine eigene Zulassung besitzt. „Medizinisches Versorgungszentrum“ bedeutete bislang eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in der Vertragsärzte und auch angestellte Ärzte tätig werden konnten. Es mussten jedoch immer mindestens zwei Fachrichtungen vertreten sein, was die Umsetzung gerade in ländlichen Gebieten oft schwierig machte. Im Weiteren wird durch das neue GKV-VSG die Fraktion der Hausärzte innerhalb der Selbstverwaltung gestärkt.

Um die Rahmenbedingungen der ambulanten Tätigkeit zu verbessern, wurden von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen ebenfalls bereits diverse Maßnahmen ergriffen. Dazu gehören – nach Bundesländern unterschiedlich – die Aufhebung der Residenzpflicht, der Schutz vor Regressen und die Neuordnung des Bereitschaftsdienstes. (Unter Regress wird eine Strafzahlung verstanden, die von einer Prüfungskommission angeordnet werden kann, wenn ein Arzt – im Vergleich zu seinem Fachgruppendurchschnitt – das durch Festlegung sog. Richtgrößen berechnete Arznei-, Hilfs- oder Heilmittelbudget signifikant überschritten hat. Dies kann für den einzelnen Arzt u.U. eine existentielle Bedrohung bedeuten.) Die ergriffenen Maßnahmen im Einzelnen zu beschreiben, würde allerdings den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Nicht unerwähnt bleiben soll die Einkommenssituation der Hausärzte. Im Vergleich mit den niedergelassenen Spezialisten rangieren Hausärzte im unteren Bereich. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2013 gab es bei den Arzteinkommen je nach Fachrichtung große Unterschiede.<sup>28</sup> Im Einkommen vergleichbar mit den Allgemeinärzten sind Kinder- und Jugendärzte, die ebenfalls der hausärztlichen Versorgungsebene zugerechnet werden. Durch Add-on-Verträge und Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) hat sich die Einkommenssituation in den letzten Jahren verbessert. Der Sachverständigenrat hält in seinem Gutachten jedoch „entsprechend der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) eine relative Besserstellung der Vergütung von Hausärzten und anderen beratungsintensiven, patientennah erbrachten Leistungen für erforderlich. Angesichts eines derzeit bis zu einem Drittel niedrigeren Durchschnittseinkommen von Hausärzten bei gleichzeitig höherer Wochenarbeitszeit gegenüber mehreren anderen Facharztgruppen dürften zur Kompensation dieser Nachteile, insbesondere für eine Tätigkeit in schwach strukturierten Regionen, Anreize durch deutliche Vergütungsverbesserungen erforderlich sein.“<sup>29</sup> Entsprechende Vorschläge werden derzeit diskutiert.

28 [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/Kostenstruktur/KostenstrukturAerzte2020161119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/Kostenstruktur/KostenstrukturAerzte2020161119004.pdf?__blob=publicationFile)

29 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

## 9. Situation der Allgemeinmedizin an den Universitäten

Für die Wahrnehmung und Wertschätzung der Allgemeinmedizin ist die Repräsentanz des Fachs an den Universitäten von herausragender Bedeutung. In Deutschland ist die Allgemeinmedizin an allen 36 medizinischen Fakultäten mit Lehrbereichen oder Universitätsabteilungen (Institute) vertreten. An 20 Standorten existieren Professuren, an acht Standorten Honorarprofessuren.<sup>30</sup> Auch wenn angestrebt werden sollte, dass an allen medizinischen Fakultäten selbständige Lehrstühle bzw. Institute für Allgemeinmedizin eingerichtet werden sollten, besteht mittlerweile eine gute Präsenz der Allgemeinmedizin an den Universitäten. Positiv für die Präsenz war auch, dass 2012 durch die Novelle der Approbationsordnung eine 4-wöchige Pflichtfamulatur in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung eingeführt wurde. Ebenfalls wurde das obligate Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin von einer auf zwei Wochen erhöht. Tendenziell bekommt die Allgemeinmedizin dadurch einen höheren Stellenwert, was sich auf lange Sicht positiv auf die Sichtweise und Einschätzung dieses Faches und ggf. die spätere Gebietswahl durch die Studierenden auswirkt.

Der Sachverständigenrat führt in seinem Gutachten 2014 darüber hinaus weitere Maßnahmen auf, die zu einer Stärkung des Fachs Allgemeinmedizin ergriffen werden sollten: (a) die Einführung eines Pflichtquartals in akademischen Lehrpraxen für Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr einschließlich einer entsprechenden finanziellen Förderung, (b) die Überprüfung von Zulassungskriterien für Studienplatzbewerber mit dem Ziel einer vermehrten Rekrutierung von Studierenden, die nach Abschluss ihres Studiums bereit sind, eine Weiterbildung bzw. Tätigkeit im hausärztlichen Bereich aufzunehmen und (c) eine finanzielle Unterstützung von Universitäten, denen es gelingt, die Motivation für eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin gezielt zu stärken.<sup>31</sup>

Erwähnenswert ist, wie Schmacke in seinem Gutachten 2013 schreibt, dass nach wie vor bei Studierenden große Unklarheit darüber herrsche, was das Spezifische an der Allgemeinmedizin sei – allerdings hätten auch ÄiW oft nur vage Vorstellungen davon und selbst tätigen Hausärzten falle es schwer, das Spezifische der Allgemeinmedizin im Kanon der anderen Fächer zu benennen. Umso wichtiger

30 [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_StudiumHochschule/Sektionsbericht%20Studium%20und%20Hochschule%202014\\_final.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_StudiumHochschule/Sektionsbericht%20Studium%20und%20Hochschule%202014_final.pdf)

31 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

erscheint, dass die Allgemeinmedizin eine wissenschaftliche Heimat an den Universitäten hat und bietet.<sup>32</sup>

## 10. Finanzielle Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Weiterbildung Allgemeinmedizin wird seit den 90er Jahren finanziell gefördert, im stationären Bereich durch die Krankenkassen (gesetzliche und private Krankenkassen), im ambulanten Bereich durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die Förderbeträge wurden in mehreren Stufen angehoben. Die Förderung im stationären Bereich betrug bis 2010 in allen Gebieten 1020 €. Auf Bundesebene wurde 2009 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), dem Verband der privaten Krankenkassen (PKV-Verband) und der Bundesärztekammer (BÄK) eine Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung getroffen, gemäß der die Fördergelder in allen anrechenbaren Fächern außer der Inneren Medizin auf 1750 € aufgestockt wurden. Damit sollte dem Rechnung getragen werden, dass die Ärzte in Weiterbildung in diesen Fächern meist nur für einen kürzeren Abschnitt tätig sind und somit für die Weiterbilder ein deutlich höherer Aufwand an immer neuen Einarbeitungen und weniger „Nutzen“ anfällt. Der Förderbetrag im ambulanten Bereich wurde zum selben Zeitpunkt von 2040 € auf 3500 € erhöht.<sup>33</sup>

Aktuell liegt somit die Förderung im stationären Bereich bei 1020 €/Monat in der Inneren Medizin und 1750 €/Monat in den anderen anrechenbaren Gebieten. Im ambulanten Bereich beträgt sie 3500 €/Monat (hälftig getragen von Krankenkassen und KV). Die Förderung im ambulanten Bereich erhalten neben den allgemeinmedizinischen Weiterbildungsbefugten auch niedergelassene Fachärzte anderer Gebiete, in deren Praxen zukünftige Allgemeinärzte weitergebildet werden. Voraussetzung ist auch hier eine entsprechende Weiterbildungsbefugnis.

32 Schmacke, (2013)

33 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Allgemeinmedizin-1.pdf>

Grundvoraussetzung für die Förderung ist, dass nur solche Weiterbildungsabschnitte gefördert werden können, die nach Maßgabe der gültigen Weiterbildungsordnung für den Betreffenden notwendig sind. Dies wird von den Ärztekammern geprüft. Die Fördergelder müssen von den weiterbildenden Kliniken bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und von den weiterbildenden Praxen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen beantragt werden.

Im Weiteren wird für den Besuch von für die hausärztliche Weiterbildung relevanten Weiterbildungskursen zusätzlich ein jeweils einmaliger Zuschuss im ambulanten und stationären Bereich in Höhe von 150 Euro durch die Krankenkassen gewährt, soweit die Kassenärztliche Vereinigung bzw. das Krankenhaus einen mindestens gleich hohen Zuschuss zahlt.

## **11. Lösungsansatz Verbundweiterbildung**

### **11.1. Verbundweiterbildung**

Ziel einer Verbundweiterbildung ist es, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten. Durch Kooperation von Kliniken und niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin und anderen zur Weiterbildung befugten Fachärzten wird Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung eine kontinuierliche Weiterbildung für die gesamte Weiterbildungszeit von fünf Jahren gewährleistet. So können sie die Weiterbildung komplett in einer Region ableisten und müssen sich nicht mehr für jede Weiterbildungsstelle einzeln bewerben und gegebenenfalls umziehen. Sie durchlaufen die Weiterbildung nach einem vorher festgelegten Rotationsplan und erhalten damit langfristige Planungssicherheit.

Die Verbundweiterbildung soll gerade in ländlichen Gebieten die hausärztliche Versorgung stärken. Oft besteht im Anschluss an die Facharztanerkennung die Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen oder als Partner in eine Praxis einzusteigen.

Die Idee, dem allgemeinmedizinischen Nachwuchs eine strukturierte Weiterbildung zu bieten und damit die Hausarztversorgung für die Zukunft nachhaltig zu sichern, stellt eine „Win-win“-Situation für alle Beteiligten dar.

Mittlerweile existieren verschiedene Modelle von Verbundweiterbildung. Das erste strukturierte Gesamtkonzept war die Verbundweiterbildung plus in Baden-Württemberg, die 2009 ins Leben gerufen wurde.<sup>34</sup> In Anlehnung an dieses Programm hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) ein Positionspapier zur „DEGAM-Verbundweiterbildung plus“ erstellt. Auf diese Weise wird das Ziel verfolgt, bundesweit eine einheitliche, hochwertige und verlässliche Qualität für Initiativen zur Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin zu erreichen.<sup>35</sup>

## 11.2. Weiterbildungsverbände in Bayern

Um den Weiterzubildenden eine kontinuierliche Weiterbildung für die gesamte Weiterbildungszeit von fünf Jahren zu bieten („Weiterbildung aus einem Guss“), schließen sich in einer Region Kliniken, niedergelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin und andere zur Weiterbildung befugte Fachärzte zu einem Weiterbildungsverbund (WBV) zusammen. Sie schließen miteinander eine Kooperationsvereinbarung, in der sie sich verpflichten, mit den ÄiW zu Beginn ihrer Weiterbildung einen festen Rotationsplan für alle notwendigen und die von ihnen gewünschten Weiterbildungsabschnitte aufzustellen. So bekommen sie für die gesamte Weiterbildungszeit Planungssicherheit und müssen sich nicht immer wieder neu bewerben. Außerdem garantiert der WBV die Vermittlung aller geforderten WB-Inhalte, eine gesicherte Freistellung zu acht Fortbildungstagen pro Jahr, Bezahlung nach Tarif über die gesamte Weiterbildungszeit, einen festen Ansprechpartner und Koordinator für organisatorische Belange und das Zur-Seite-Stellen eines persönlichen Mentors.

In Bayern gibt es aktuell 67 Weiterbildungsverbände, womit weitgehend Flächendeckung besteht. Interessierte erhalten auf der Homepage der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Bayern ([www.kosta-bayern.de](http://www.kosta-bayern.de)) detaillierte Informationen zu jedem einzelnen Weiterbildungsverbund.<sup>36</sup>

34 Steinhäuser et al. (2011)

35 [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Konzept\\_Verbundweiterbildung\\_plus\\_130621.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf)

36 <http://www.kosta-bayern.de/weiterbildungsverbuende>

### 11.3. Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin

Die Implementierung von Verbundweiterbildung gehört zu einer der Aufgaben der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin. Die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene war ebenfalls eine Maßnahme der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenkassen und der Bundesärztekammer.<sup>37</sup> Die Koordinierungsstellen sind Ansprechpartner für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin sowie für Weiterbilder, sie beraten Quer- und Wiedereinsteiger und arbeiten mit den Lehrstühlen und Lehrbereichen Allgemeinmedizin an den Universitäten zusammen. Ferner ergreifen sie Maßnahmen, um das Thema WB Allgemeinmedizin im Allgemeinen und der Verbundweiterbildung im Besonderen bekannt zu machen und somit für Nachwuchs zu „werben“. Außerdem erfolgt über die Koordinierungsstellen eine jährliche Evaluation der Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Koordinierungsstellen gibt es mittlerweile in Deutschland in fast allen Bundesländern. Sie sind teilweise bei den Landesärztekammern und teilweise bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt. Auf Bundesebene werden die Aktivitäten der Koordinierungsstellen jährlich evaluiert, um die Umsetzung der Fördermaßnahmen und ihren Effekt bewerten zu können.<sup>38</sup>

37 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Allgemeinmedizin-1.pdf>

38 [http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed\\_Evaluationsbericht\\_2013.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed_Evaluationsbericht_2013.pdf)

## 12. Fazit/Ausblick

Positiv hervorzuheben ist, dass die Weiterbildung zum Allgemeinarzt in Deutschland eine den anderen Gebieten gleichgestellte Facharztweiterbildung mit entsprechender Weiterbildungsdauer und entsprechender Facharztbezeichnung ist. Sie nimmt im Fächerkanon eine gleichberechtigte Stellung ein. Wesentlich ist eine breite Weiterbildung mit einem obligaten Weiterbildungsabschnitt im ambulanten Bereich.

Auch an den Universitäten nimmt die Allgemeinmedizin zunehmend ihren Platz ein und ist an 75 % der deutschen medizinischen Fakultäten mit Lehrstühlen vertreten.

Positiv zu verzeichnen ist, dass es eine finanzielle Förderung der Weiterbildung gibt, da diese die Weiterbildung im ambulanten Bereich erst möglich macht. Hier findet letztlich der wesentliche Kompetenzerwerb für die spätere Tätigkeit als Hausarzt statt. Wichtig wäre zu erreichen, dass die Höhe der Vergütung im ambulanten Bereich grundsätzlich die Höhe der tariflichen Vergütung im Krankenhaus erreicht, was in Deutschland aktuell nicht überall gelingt.

Gleichwohl bestehen strukturelle Schwierigkeiten, die in einzelnen Regelungen der Weiterbildungsordnung begründet sind, und Probleme in der konkreten Umsetzung der Finanzierung der Weiterbildungsstellen. Aktuell wird an Änderungen bezüglich beider Problemfelder gearbeitet.

Es wurde gezeigt, dass die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ein von vielen „Playern“ im Gesundheitssystem beachtetes Thema ist. Nach der Ausbildung im Studium ist sie der Dreh- und Angelpunkt, an dem sich entscheidet, wie es mit der Entwicklung der Allgemeinmedizin und damit der Zukunft der hausärztlichen Versorgung weitergeht.

Die Zahl der geförderten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin nimmt seit 2011 stetig zu. Wenn sich dies auch noch nicht in den Facharztanerkennungszahlen niederschlagen kann, so lässt dieser positive Trend doch hoffen.

Bei der allgemeinen Aufmerksamkeit auf das Thema Allgemeinmedizin und den vielfältigen Bemühungen stuft Schmacke die Chancen für eine „Renaissance der Allgemeinmedizin“ als grundsätzlich günstig ein<sup>39</sup>. Gleichwohl bleibt bei allen guten Ansätzen noch viel Entwicklungsarbeit, aber:

Nichts ist so mächtig wie eine Idee, deren Zeit gekommen ist!

---

39 Schmacke, (2013)

# Literaturverzeichnis

Schmacke, N. (2013):

[http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippschriften/ipp\\_schriften11.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippschriften/ipp_schriften11.pdf)

Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. IPP-Schriften, Ausgabe 11/2013.

Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland – Potenziale für eine angemessene Versorgung - Teil 1: Die Frage nach dem Bedarf an Ärztinnen und Ärzten. Z Allg Med I 2013; 89 (6): 250-254.

Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland – Potenziale für eine angemessene Versorgung - Teil 2: Die Nachwuchsdebatte. Z Allg Med I 2013; 89 (7/8): 297-301.

Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland – Potenziale für eine angemessene Versorgung - Teil 3: Die Kernpotenziale eines Systemwandels. Z Allg Med I 2013; 89 (9): 344-348.

Steinhäuser J., Roos M., Haberer K., Ledig Th., Peters-Klimm F., Szecsenyi J., Joos S.: Das Programm Verbundweiterbildung plus des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden Württemberg – Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011; 105: 105-109

[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO\\_V6.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf)

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192>

<http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse13/presse054-13.pdf>

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

[http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO\\_2004/download/WO%202004\\_2012%2010.pdf#page=14&pagemode=bookmarks&view=FitB](http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/WO%202004_2012%2010.pdf#page=14&pagemode=bookmarks&view=FitB)

[http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/Erlaeuterungen\\_zum\\_Vorschlag\\_zur\\_neuen\\_Musterweiterbildungsordnung\\_der\\_DEGAM\\_20130908.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Erlaeuterungen_zum_Vorschlag_zur_neuen_Musterweiterbildungsordnung_der_DEGAM_20130908.pdf)

[http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/DEGAM\\_MWBO\\_AM\\_2013.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/DEGAM_MWBO_AM_2013.pdf)

<http://www.allgemeinarzt-online.de/aus-den-verbaenden/a/1677986>

[http://www.bmg.bund.de/glossar\\_begriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html](http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html)

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/KostenStruktur/KostenstrukturAerzte2020161119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/KostenStruktur/KostenstrukturAerzte2020161119004.pdf?__blob=publicationFile)

[http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_StudiumHochschule/Sektionsbericht%20Studium%20und%20Hochschule%202014\\_final.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_StudiumHochschule/Sektionsbericht%20Studium%20und%20Hochschule%202014_final.pdf)

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Allgemeinmedizin-1.pdf>

[http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Konzept\\_Verbundweiterbildung\\_plus\\_130621.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf)

<http://www.kosta-bayern.de/weiterbildungsverbuende>

[http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed\\_Evaluationsbericht\\_2013.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed_Evaluationsbericht_2013.pdf)