



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt

**Ein Leitfaden für die Planung, Einrichtung und
Führung von Weiterbildungsverbänden**

DEGAM-Schriften Band 2 (2. Auflage)

Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt

**Ein Leitfaden für die Planung, Einrichtung und
Führung von Weiterbildungsverbänden**

Norbert Donner-Banzhoff

Unter Mitarbeit von

Thomas Lichte, Stefanie Joos, Jost Steinhäuser, Frank Peters-Klimm, Marco
Roos, Horst Löckermann, Christian Haffner, Hans-Michael Mühlenfeld,
Martin Nieswand, Erika Baum

Sektion Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin (DEGAM)

DEGAM-Schriften Band 2 (2. Auflage)

Mit Beiträgen von:

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc (verantwortlich)

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
norbert@staff.uni-marburg.de

Prof. Dr. med. Thomas Lichte

Sprecher der Sektion Weiterbildung der DEGAM
Abteilung für Allgemeinmedizin, Universität Magdeburg/Halle-Wittenberg
Thomas.Lichte@med.ovgu.de

Dr. med. Stefanie Joos

Dr. med. Jost Steinhäuser

Dr. med. Frank Peters-Klimm

Marco Roos

für die AG Weiterbildung des Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg
(www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de)

Dr. med. Horst Löckermann

loeckermann@gmx.de

Dr. med. Christian Haffner

christian@drhaffner.com

Dr. Hans-Michael Mühlenfeld

Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutscher Hausärzteverband, Bundesgeschäftsstelle, Köln
DrMuehlenfeld@t-online.de

Dr. med. Martin Nieswand

Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Universität Marburg, Winterberg
Dr.Nieswand.Martin@t-online.de

Prof. Dr. med. Erika Baum

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
erika.baum@staff.uni-marburg.de

Impressum:

© Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2010
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069 - 65 00 72 45
E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de

Aktuelle Informationen erhalten Sie auf unserer Website www.degam.de

Einführung

Zunehmend wird auch in Deutschland erkannt, dass für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt Verbände bzw. Rotationen sinnvoll sind.^{1 2} Mit einem koordinierten Durchlaufen der einzelnen Fächer (Krankenhausabteilungen, Praxen) wird die Qualität der Weiterbildung verbessert und zielgerecht gestaltet. Außerdem erhöht das Angebot verschiedener Fächer "im Paket" die Attraktivität der Laufbahn insgesamt. Dies ist für das gesamte Gesundheitssystem von großer Bedeutung, da im hausärztlichen Bereich ein dramatischer Nachwuchsmangel droht. In ländlichen Gebieten und den neuen Bundesländern sind bereits jetzt zahlreiche hausärztliche Vertragsarztsitze vakant. Verbundweiterbildungen sind auch für Krankenhäuser interessant, die nach neuen Wegen suchen, Arztstellen qualifiziert und verlässlich zu besetzen.

Verwendete Abkürzungen:

i.W.	in Weiterbildung (z.B. Ärztinnen in Weiterbildung)
WB	Weiterbildung
WBer	Weiterbilder/in (ermächtigte Ärztin/Arzt)
WBO	Weiterbildungsordnung
WBV	Weiterbündungsverband

In Großbritannien, Kanada, Skandinavien, den USA und vielen anderen Ländern sind Weiterbildungsverbände der ausschließliche oder überwiegende Weg zur allgemeinärztlichen Qualifikation. Träger sind öffentliche Gesundheitsdienste (z.B. UK), Universitäten (z.B. Kanada, mit staatlicher Finanzierung), sowie Krankenhäuser (z.B. USA).

Auch in Deutschland entstehen aktuell immer mehr Verbundweiterbildungen. Allgemeinärzte ergreifen die Initiative in Kooperation mit örtlichen Krankenhäusern, oder Krankenhäuser selbst versuchen, Stationsarzt-Stellen über eine Verbundlösung qualifiziert zu besetzen. Dabei kann gerade in kleineren und mittleren Krankenhäusern auf "informelle Verbundmodelle" aufgebaut werden, d.h. künftige Allgemeinärzte haben innerhalb des Hauses auch bisher oft schon die nötigen Abteilungswechsel vereinbaren können. Schließlich haben mehrere universitäre Abteilungen für Allgemeinmedizin entsprechende Projekte an Universitätskliniken oder regionalen Versorgungs-Krankenhäusern initiiert.

Inzwischen ist die Verbundweiterbildung („regionale Projekte zur Förderung der Allgemeinmedizin“) im Sozialgesetzbuch V speziell erwähnt (Veränderter Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes). Auch die Gesundheitsminister-Konferenz der Länder unterstützt ausdrücklich das Verbundprinzip. Schließlich hat die Bundesärztekammer ein „Handlungskonzept“ zur Verbundweiterbildung ausgearbeitet.

Dieser Leitfaden will den Beteiligten eine praktische Hilfe bieten, die Idee der "Weiterbildung im Paket" praktisch umzusetzen. Er beruht auf den bisherigen Erfahrungen mit Weiterbildungsverbänden in Deutschland; neben vielen informellen Rückmeldungen ist eine erste wissenschaftliche Erhebung verwertet worden.³ Außerdem haben wir uns an ausländischen Beispielen orientiert, wo eine Verbundstruktur in der Weiterbildung vielfach schon seit Jahrzehnten etabliert ist.⁴

Grundsätzlich verwenden wir der besseren Lesbarkeit wegen die männlichen Formen; da in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung Frauen inzwischen die Mehrheit bilden, ziehen wir für die Ärztinnen i. W. (in Weiterbildung) die weibliche Form vor.

Die lebhafteste Nachfrage nach der ersten Auflage hat das Interesse am Thema unterstrichen. Veränderungen in der politischen Landschaft und neue Erkenntnisse sind in diese zweite Auflage eingeflossen.

Die Autoren

Definition

Von einem allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbund (WBV) sprechen wir dann, wenn einem oder mehreren Ärzten in Weiterbildung eine Abfolge von mehreren Fächern bzw. Abschnitten ("Rotation") angeboten wird, welche der Weiterbildung zum Allgemeinarzt dienen. Der Wechsel zwischen den Fächern wird entweder durch übergreifende Verträge oder durch entsprechende Zusagen ermöglicht. Die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung auf das Weiterbildungsziel „Arzt für Allgemeinmedizin“ wird durch eine übergreifende Koordination (Einzelperson, Gremium) sichergestellt, in der die allgemeinärztliche Expertise vertreten ist.

Interessen

Allgemeinmedizinische Weiterbildungsverbünde befinden sich im Schnittpunkt mehrerer Interessen. Nur wenn die vor Ort Beteiligten Ihre Interessen in einem Verbund berücksichtigt sehen, wird die Zusammenarbeit nachhaltig erfolgreich sein.

Ärztinnen in Weiterbildung

benötigen eine breite Ausbildung mit vielfältigen Erfahrungsmöglichkeiten, eine verlässliche Planung und profitorientierten von der "Paketlösung", da sie sich nicht für jede Stelle separat bewerben müssen. Als künftige Allgemeinärzte müssen sie zunächst Fächer eines anderen Versorgungsbereiches durchlaufen; ein Verbund kann in dieser Zeit die Orientierung auf die hausärztliche Praxis sichern. Außerdem kann ein Verbund helfen, die von der WBO verlangten Fächer in der Mindestzeit zu absolvieren; ihnen und ihren Familien können durch den Verbund u.U. mehrere Umzüge erspart werden.

Sie haben ein Recht auf faire Arbeitsverträge. Sie profitieren von der höheren Weiterbildungsqualität, die in einem Verbund geboten wird: als Ergebnis sind sie gut vorbereitet für die Facharztprüfung und eine künftige Praxisgründung.

Krankenhausabteilungen

legen Wert darauf, Stationsarzt-Stellen qualifiziert und für nicht zu kurze Zeit zu besetzen, was in letzter Zeit auf zunehmende Schwierigkeiten stößt. In diesem Bereich benötigen sie Planungssicherheit. Sie bemühen sich um eine Kooperation mit dem ambulanten Sektor - die Abstimmung der stationären und der ambulanten Teile einer WB "passt" hier sehr gut. Sie profitieren von (einweisenden!) Allgemeinärzten in der Umgebung, die das Haus aus der Zeit der eigenen WB kennen und in guter Erinnerung haben. Aber auch die "horizontale" Kooperation zwischen den Abteilungen eines Hauses ist für sie von Bedeutung (Besetzung NEF, interdisziplinäre Dienste oder Intensivstationen, Konsile usw.).

Krankenhausverwaltungen und -träger

stimmen mit den Abteilungen in o.g. Gesichtspunkten überein. Speziell müssen sie bei der Vertragsgestaltung darauf achten, dass die Verpflichtungen, die sie eingehen, tatsächlich erfüllt werden können. Sie schätzen die finanzielle Entlastung durch die Zuschüsse nach dem sog. Initiativprogramm.

Weiterbildungermächtigte Allgemeinärzte,

die Ärzte in Weiterbildung beschäftigen, profitieren von Kolleginnen mit einer soliden Vorbildung und breiten Erfahrungen aus den vorangegangenen Weiterbildungsabschnitten, von Verlässlichkeit und Kompetenz auch in Notfällen sowie einem Verständnis für die Chancen und Probleme der hausärztlichen Praxis. Sie schätzen die engen Kontakte mit dem Krankenhaus, in dem Rotationsärztinnen zuvor tätig gewesen sind, lernen selbst durch den Dialog mit Ärztinnen i.W. und gewinnen über die Weiterbildung u.U. einen Praxisnachfolger.

Universitäre Abteilungen für Allgemeinmedizin

haben Erfahrungen in der Organisation von Lehrveranstaltungen, Blockpraktika und dem Praktischen Jahr. Sie haben ein natürliches Interesse am Aufbau der hausärztlichen Profession. Für WBVe an Universitätskliniken und Versorgungskrankenhäusern der Region können sie als koordinierendes und inhaltlich gestaltendes Zentrum dienen.

Patienten

Repräsentative Befragungen ergeben regelmäßig, dass die Bevölkerung mit überwältigender Mehrheit einen Hausarzt als Ansprechpartner für gesundheitliche Probleme jeder Art schätzt. Diesem Bedürfnis kann nur entsprochen werden, wenn sich die Nachwuchssituation für künftige Hausärzte verbessert. Patienten profitieren von einer qualitativ hoch stehenden Weiterbildung für künftige Hausärzte.

Gesundheitssystem

Aus einer globalen Perspektive ist es wichtig, dass der Anteil der "Generalisten" in der ambulanten Versorgung nicht noch weiter abnimmt. Nur wenn Hausärzte ihre Filterfunktion wahrnehmen, können "Spezialisten" sich auf ihr Gebiet konzentrieren – eine sinnvolle Arbeitsteilung in einem modernen Gesundheitswesen. Eine möglichst große Zahl von jungen Ärztinnen und Ärzten soll also entschlossen sein und auch die Gelegenheit haben, die Weiterbildung zur Allgemeinärztin abzuschließen und als Hausärztin zu arbeiten.

Mit dieser Liste von Interessen ist einerseits die institutionelle, fachliche und persönliche "Energie" beschrieben, die hinter der Initiative zu einem WB-Verbund stecken und ihm zur Realisierung verhelfen kann. Hier werden aber auch Grenzen und Quellen möglicher Konflikte deutlich, die durch fairen Ausgleich und klare Absprachen geregelt werden müssen.

Von der Idee zur Umsetzung

Inzwischen gibt es in Deutschland einige Dutzend Beispiele funktionierender Verbänden. Trotzdem ist ein solcher Verbund immer noch eine Herausforderung für Pioniere, die in ihrer Region bzw. Einrichtung diesen Weg neu einschlagen. Ungewohnte Kooperationspartner, das Überqueren der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, neue Finanzierungen und bisher unbekannte didaktische Instrumente – hier muss mit mancher alten Gewohnheit gebrochen und mit Phantasie eine neue Lösung gefunden werden.

Damit ein solches Projekt Gestalt annimmt, braucht es eine sowohl enthusiastische als auch hartnäckige Person (oder Gruppe) als „Motor“. Dies kann ein niedergelassener Allgemeinarzt sein, der in seiner Umgebung - einschließlich eines nahe gelegenen Krankenhauses - ein gewisses "Standing" hat, oder eine Gruppe von Ärzten bzw. ein Ärztenetz. Aber auch der Chefarzt einer Krankenhausabteilung, der sich für die hausärztliche Weiterbildung engagieren will, kann die Funktion des „Motors“ übernehmen. Von großer Bedeutung ist eine aufgeschlossene Krankenhausverwaltung (Verwaltungs- bzw. kaufmännischer Direktor; Personalchef), welche einen solchen Verbund aber sicher nur in enger Abstimmung mit der ärztlichen Seite realisieren kann. Schließlich haben an mehreren Orten universitäre Abteilungen für Allgemeinmedizin Verbundprojekte gestartet.

Um eine Analogie aus der Chemie zu bemühen: Aufgabe dieses Motors ist die Katalyse, nämlich eine Reaktion zu vermitteln, für welche die Energie vorhanden ist und "nur" der erste Schritt fehlt. Die Person, die sich als ‚Motor‘ das Projekt auf die Fahnen schreibt, wird dann Erfolg haben, wenn die Beteiligten ihre Interessen (siehe oben) mit einem WBV in Übereinstimmung sehen und deshalb zur Kooperation bereit sind. Dann kann es tatsächlich zur „Initialzündung“ und zur Umsetzung der hier dargelegten Ideen kommen.

Mit der zunehmenden Etablierung von WBVen und der Entwicklung entsprechender Routinen wird der Erfolg dieses Organisationsprinzips weniger abhängig sein von den individuellen persönlichen Gegebenheiten vor Ort - dies legen die Erfahrungen aus dem Ausland nahe. Demnach sind WBVe ein flächendeckend praktikables Instrument zur Gestaltung qualitativ hochstehender ärztlicher Nachwuchsförderung.

Dauer der Weiterbildungs-Abschnitte

Künftige Ärzte für Allgemeinmedizin müssen im Rahmen ihrer insgesamt fünfjährigen Weiterbildung verschiedene Fächer absolvieren; diese Erfordernisse sind in den Weiterbildungsordnungen (WBO) der Landesärztekammern definiert.

Für die Definition der entsprechenden Abschnitte in einem WBV gilt die Regel: je spezialisierter eine Abteilung, desto kürzer sollte ein einzelner WB-Abschnitt für die Allgemeinmedizin dauern. Die klassischen Subspezialisierungen der Inneren Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Nephrologie usw.) sollten, wenn sie in einem Krankenhaus sämtlich vorgehalten werden und eine strenge Zuordnung der Patienten praktiziert wird, im Curriculum der Allgemeinmedizin jeweils nicht mehr als sechs Monate einnehmen. Gibt es jedoch z.B. in einem Krankenhaus der Grundversorgung eine allgemeine internistische Abteilung, in der die gesamte Palette von Erkrankungen dieses Gebietes behandelt wird, kann ein Zeitraum von zwei Jahren durchaus sinnvoll sein.

Die Einarbeitungserfordernisse einer Krankenhausabteilung definieren eine untere Grenze: Abschnitte von weniger als sechs Monaten Dauer sind unter unseren aktuellen Bedingungen kaum praktikabel. Im internationalen Vergleich sind unsere Verweildauern von Ärztinnen i. W. pro Abteilung in Deutschland allerdings ausgesprochen lang; so wechseln in Großbritannien praktisch alle Ärztinnen i. W. nach sechs Monaten die Stelle (die meisten arbeiten übrigens in Weiterbildungsverbänden, auch für die Spezialfächer).

Wenn Ärztinnen i.W. innerhalb eines Krankenhauses "rotieren", werden sie eine kürzere Einarbeitungszeit benötigen als etwa Anfänger oder von außen kommende Kollegen; interdisziplinäre Abteilungen (z.B. Röntgen, Labor) und deren Abläufe sind auf diese Weise bekannt, ebenso die personellen Strukturen.

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, zwei Fächer gleichzeitig auf der Basis von zwei Halbtagsstellen zu kombinieren (sowohl Praxis als auch Krankenhaus). Es gibt aber nur geringe Erfahrungen mit einem solchen Modell; auf jeden Fall sind vor Beginn mit der zuständigen Ärztekammer die Anerkennungsmöglichkeiten zu klären, von restriktiven Kammern wird eine solche Parallel-Konstruktion nicht anerkannt.

Welche Fächer kommen in Frage?

Die meisten gültigen WB-Ordnungen sind derzeit aus politischen Gründen stark auf die Innere Medizin ausgerichtet (mindestens zwei Jahre im sog. Common trunk). Immerhin kommt für das dritte Jahr eine breite Palette von Fächern in Frage, auch auf die zweijährige Weiterbildung in der allgemeinmedizinischen Praxis lassen sich u.U. weitere Fächer anrechnen. Dies ist im Zweifelsfall mit der zuständigen Landesärztekammer zu klären.

Die folgende Aufteilung in drei Gruppen bedeutet eine Rangfolge. Die Gegebenheiten vor Ort sind zu berücksichtigen; so mag durch besonders gute und auf die Allgemeinmedizin zugeschnittene Lernbedingungen ein eigentlich nicht prioritäres Fach doch einen wichtigen Baustein innerhalb eines WB-Verbundes bilden.

1. Gruppe - zentral

- Allgemeinärztliche Praxis
- Innere Medizin (v.a. Kardiologie, Gastroenterologie, Diabetologie)
- Chirurgie (v.a. Viszeralchirurgie, Traumatologie, Ambulanz)
- Kinderheilkunde

Bei den meisten Landesärztekammern sind derzeit nur Allgemeinmedizin und Innere Medizin obligatorisch (Ausnahmen: Berlin und Mecklenburg-Vorpommern)

2. Gruppe - wesentlich

- Psychiatrie
- Psychosomatik - Psychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Dermatologie
- Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen

3. Gruppe - nützlich

- Urologie
- Neurologie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Augenheilkunde
- Anästhesie
- Arbeitsmedizin
- Geriatrie
- Rehabilitative Medizin

Ein WBV muss nicht alle von der WBO geforderten Fächer bzw. die geforderte Gesamtdauer von fünf Jahren abdecken. Selbst wenn nur Teile des Spektrums angeboten werden können (z.B. stationäre Fächer), kann dies den Zielen eines solchen Verbundes, den Interessen der Ärztinnen i.W. und der hausärztlichen Weiterbildung insgesamt durchaus dienen.

Innerhalb der ärztlichen Kollegien einzelner Abteilungen sorgt eine Trennung der Laufbahnen von (künftigen) Allgemeinmedizinern und Spezialisten oft für eine Entlastung. Während z.B. künftige Allgemeinärzte die chirurgische Notfallambulanz schätzen, da sie die künftigen Aufgaben in der Praxis widerspiegelt, konzentrieren sich künftige Spezialisten gerne auf operative Erfahrungen für ihren Facharztabschluss. Vielfach wird auch der Transfer von Kenntnissen geschätzt, wenn z.B. eine von der internistischen in die chirurgische Abteilung gewechselte Ärztin i. W. Erfahrungen in der abdominalen Sonografie oder der Behandlung von Diabetikern einbringen kann. Übergreifend ist der Erwerb der Fachkunde Rettungsdienst sinnvoll, gerade auch wegen der Primär-Versorgung von Notfällen in ländlichen Regionen, die zum großen Teil von Allgemeinärzten geleistet wird.

Zu selten wird bedacht, dass Weiterbildungsabschnitte auch in spezialärztlichen Praxen absolviert werden können; Kinderheilkunde und Chirurgie, aber auch Orthopädie und Dermatologie sind hier besonders nützlich, da dort vielfach ein für künftige Hausärzte relevanteres Spektrum von Patienten bzw. Problemen vorhanden ist als in Krankenhausabteilungen desselben Faches. Auf apparative Prozeduren ausgerichtete oder auf ein sehr schmales Segment von Beratungsanlässen konzentrierte Praxen sind nicht geeignet für einen WBV.

Organisationsstruktur

Angesichts der Komplexität der innerhalb eines WBV zu bewältigenden Aufgaben ist ein *Koordinierungsgremium* unverzichtbar. Hier sollten die Bereiche Praxis (niedergelassene Allgemein-, ggf. auch Spezialärzte), stationärer Bereich (Chefärzte und/oder Personaloberärzte, Krankenhausverwaltung) und ggf. Universität (allgemeinmedizinische Abteilungen/Lehrbereiche) vertreten sein. Präsenz-Treffen sind sicher nur selten nötig; entscheidend ist, dass aus jedem der genannten Bereiche feste Ansprechpartner für die Regelung von Angelegenheiten des Verbunds zur Verfügung stehen. Auch für die Weiterbildungszeit im Krankenhaus (max. drei Jahre) ist die Mitwirkung eines Allgemeinarztes in einem Koordinierungsgremium von besonderer Bedeutung; wenn es darum geht, ob eine Weiterbildungs-Einrichtung (z.B. Abteilung) oder –Abschnitt geeignet ist, das Weiterbildungs-Ziel zu erreichen, sollte er das letzte Wort haben. Schließlich kann eine ständige Vertretung der beteiligten Ärztinnen i. W. im Koordinierungsgremium dazu beitragen, Akzeptanz und Qualität eines Verbundes zu verbessern.

Eine wichtige Aufgabe des Koordinierungsgremiums ist die *Auswahl von Bewerbern* für Weiterbildungs-Stellen innerhalb des Verbundes. Solange WBVe noch nicht regelhaft etabliert sind, wird eine überregionale Ausschreibung im Dt. Ärzteblatt sinnvoll sein; später können Stellen u.U. durch "Mundpropaganda" neu besetzt werden. Hier spielt natürlich auch die Attraktivität der Region, die Nähe zu einer medizinischen Fakultät und die Reputation der beteiligten Krankenhäuser und Praxen eine Rolle. Junge Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen bei der Jobsuche die ihnen gebotene Weiterbildungsqualität; je besser der Ruf eines WBV, desto eher wird er ein "selbstrekutierendes" Gebilde sein.

Vorstellungsgespräche einzelner Bewerber sollten mit allen Beteiligten des Koordinierungsgremiums geführt werden, damit die fachliche und persönliche Eignung für alle vorgesehenen Weiterbildungsabschnitte abgeschätzt werden kann. Es ist eine Entscheidung darüber zu treffen, ob auch Bewerber mit bereits absolvierten WB-Abschnitten aufgenommen werden können.

Nach Aufnahme einer Ärztin i. W. in den WBV muss das Koordinierungsgremium in Zusammenarbeit mit den betroffenen Krankenhäusern/Abteilungen/Praxen einen präzisen *individuellen Rotationsplan* erstellen, aus dem Anfang und Beginn eines jeden Abschnitts im Verbund hervorgehen. Nur dann besteht für alle Beteiligten Planungssicherheit; gerade Krankenhausabteilungen müssen die Besetzung anderer Stellen (Spezial-Laufbahnen) mit dieser Planung abstimmen. Die vorgesehenen Abteilungen (leitende Ärzte, Personal-Oberärzte) haben ein berechtigtes Interesse, die für die Rotationen in ihrer Abteilung vorgesehenen Kollegen vor Vertragsabschluss kennen zu lernen.

Ein Verbund schränkt für die teilnehmenden Abteilungen oder Praxen natürlich die Möglichkeit ein, Mitarbeiter (Ärztinnen i. W.) selbständig auszuwählen. Dem sollte durch transparente und umfassende Informationen (Unterlagen von Bewerbern, Vorstellungsgespräche "Runde") und Einspruchsmöglichkeiten Rechnung getragen werden. Allerdings muss allen Beteiligten klar sein, dass sie nach der einmal erfolgten Einstellung eines Bewerbers diesem gegenüber eine Verpflichtung zur Beschäftigung und Weiterbildung in den vorgesehenen Fächern haben.

Auf Grund der organisatorischen Struktur unseres Gesundheitswesens ist es kaum möglich, einer einzelnen Ärztin einen übergreifenden *Arbeitsvertrag* für die stationären und ambulanten Abschnitte der allgemeinmedizinischen Weiterbildung anzubieten. Es gibt kein Rechtssubjekt, das die Weiterbildung in Praxis und Klinik gewährleisten könnte. Allerdings kann eine Krankenhausverwaltung einen Vertrag über die stationären Abschnitte abschließen, also in der Regel bis zu drei Jahre nach der geltenden WBO. Die Abfolge der einzelnen Fächer kann z.B. durch Nebenabreden festgelegt werden. Die Personalabteilung eines Krankenhauses und die einzelnen Fachabteilungen müssen klären, ob die Besetzung der übrigen Planstellen während der Beschäftigung einer Ärztin des Verbundsystems in einer Abteilung eingeschränkt sein soll.

In die individuelle Planung müssen auch weiterbildungsermächtigte Allgemeinpraxen einbezogen werden, damit diese nach Abschluss der stationären WB-Abschnitte den Übergang in die Praxis sicherstellen können. Eine rechtlich bindende Zusage (in Analogie zu einem Vertrag) ist von Praxen angesichts der Unsicherheit der wirtschaftlichen Situation mehrere Jahre im Voraus allerdings nicht zu erwarten und auch nicht zumutbar. Allerdings kann doch eine gewisse Sicherheit für den Übergang in die Praxis geboten werden, wenn mehrere weiterbildungsermächtigte Allgemeinärzte z.B. in der Umgebung eines Krankenhauses grundsätzlich zur Verfügung stehen.

Rechtlich sind die Rotationsärztinnen den übrigen Kolleginnen i. W. gleichgestellt. Ihre Verpflichtungen der einzelnen Abteilung gegenüber (einschließlich Bereitschaftsdienste, Einteilung zu Dienstaufgaben entsprechend der individuellen Kompetenz usw.) sind mit denen der übrigen Ärztinnen i. W. identisch. Für die zuständige Landesärztekammer stellen die jeweiligen Abteilungsleiter bzw. Praxisinhaber nach Abschluss eines jeden Abschnitts die erforderlichen Zeugnisse aus; Voraussetzung ist selbstverständlich deren WB-Ermächtigung, weshalb bei Initiierung eines Weiterbildungsverbundes die bestehenden Weiterbildungsermächtigungen unbedingt geprüft werden sollten.

Natürlich wird die individuelle Rotationsplanung für einen Ärztin i. W. hinfällig, wenn diese durch *Kündigung* ihres Arbeitsvertrages den Verbund verlässt. Dies wird umso weniger geschehen, wenn im Verbund hohe Weiterbildungsqualität, faire Bedingungen und planerische Verlässlichkeit geboten werden. Auch liegt es im Interesse aller Beteiligten, bei den Rotationsärztinnen die Motivation zu einer hausärztlichen Laufbahn zu unterstützen und zu fördern; gerade ein System persönlicher Mentoren und Weiterbildungs-Gruppen (s.u.) sind dazu geeignet. Schließlich wird bei einer größeren Zahl von Rotationsärztinnen eher die Möglichkeit gegeben sein, flexibel individuelle Rotationspläne an solche Situationen anzupassen.

Zuschüsse

Seit 1999 sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Weiterbildung zum Allgemeinarzt durch Zuschüsse zu fördern. Diese betragen im stationären Bereich seit 1. Januar 2010 1.750 € pro Monat und Stelle, im ambulanten Bereich richtet sich der Betrag nach dem von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geleisteten Zuschuss (maximal 1.750 €,

insgesamt also 3.500 € pro Monat und Stelle). Je nach Situation sehen für 2011 die Rahmenvereinbarungen weitere Steigerungen vor.

Für den stationären Bereich müssen die Zuschüsse bei einer Clearingstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beantragt werden (nähere Informationen auf der Homepage der DKG). Grundsätzlich beziehen sich die Anträge auf ein konkretes "Paar" von WBer und Ärztin i. W. Durch einen WBV vereinfacht sich das bürokratische Verfahren, da die Erklärungen der Ärztin i. W. nur einmalig vorgelegt werden müssen; lediglich die Umwandlungsbescheinigungen müssen für jeden Abschnitt eingereicht werden (von der Intention des Gesetzes her sollen nur umgewandelte [also keine neu eingerichteten] Stellen gefördert werden). Einzelheiten des Verfahrens werden regelmäßig durch Verträge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen bzw. dem Spitzenverband Bund und der DKG festgelegt. Bisher sind die Mittel für den stationären Bereich nie ausgeschöpft gewesen.

Strikt davon getrennt werden die Zuschüsse im ambulanten Bereich vergeben. Weiterbilder und Ärztin i. W. müssen ihren Antrag bei der örtlichen KV stellen, entsprechend variieren Ansprechpartner und Formalitäten. Bei hoher Nachfrage nach Fördermitteln sind teilweise Losverfahren u.ä. eingesetzt worden. Die zugrunde liegenden Verträge werden zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden ausgehandelt. Jede Landes-KV beschließt dann die Höhe ihres Zuschusses (nach dem sich der Beitrag der Krankenkassen richtet), das gesamte Volumen (Ausschöpfung des möglichen Stellenkontingents) sowie den formalen Ablauf. Es gibt hier möglicherweise Verhandlungsspielraum, WBVe im Rahmen einer Experimentierklausel bevorzugt mit Zuschüssen zu bedenken.

Für Krankenhausabteilungen, die sich an einem WBV beteiligen, ist eine klare Regelung über den Verbleib der Zuschüsse zu treffen. Um die Motivation zum WBV insgesamt zu stärken, sollte den einzelnen Abteilungen die Verwendung der Mittel freigestellt werden (für Sach- oder andere Personalausgaben).

Wir erwarten, dass in Folge des Art. 4a Abs. 2 GKV-OrgWG angemessen hohe und verlässliche Gehälter für Ärztinnen i. W. auch im ambulanten Sektor möglich sein werden. Die Verbundlösung ist aus der Sicht des Gesetzgebers der bevorzugte Weg zur Fachärztin für Allgemeinmedizin.

Qualitätssicherung

Eine hohe Weiterbildungsqualität zu bieten, entspricht nicht nur einer allgemeinen Verpflichtung gegenüber dem Gesundheitswesen mit seinen vielfältigen Versorgungsaufgaben. Vielmehr sorgt ein klares Qualitätsprofil des Weiterbildungsverbundes dafür, dass Stellen mit qualifizierten Bewerberinnen besetzt werden können und die verschiedenen Kooperationspartner von dieser innovativen Struktur profitieren.

Traditionell ist die Weiterbildung in Deutschland von einer *Service-Philosophie* geprägt, d.h. die Weiterbildung wird als ein Nebeneffekt der Arbeit der Ärztin i. W. („Assistentin“) angesehen. Allerdings haben zur Zeit des aktuellen Ärztemangels die Krankenhäuser und Praxen einen kompetitiven Vorteil, bei denen für Ärztinnen i. W. auch eine *Lern-Philosophie* praktisch sichtbar wird.

Anforderungskriterien für teilnehmende Krankenhausabteilungen und Praxen

Die Arbeitsgemeinschaft Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen (AWAH) hat für an der Weiterbildung teilnehmende hausärztliche Praxen einen Katalog von Qualitätskriterien entwickelt. Dieser umfasst:

- ausreichendes allgemeinmedizinisches Leistungsspektrum (regelmäßige Hausbesuchstätigkeit, Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen, EKG in der Praxis durchgeführt, Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung liegt vor);
- mindestens eine Fallbesprechung/Supervision pro Woche;
- Freistellung der Ärztin i. W. für begleitende Seminare, freies Studium, Hospitationen und sonstige Weiter-/Fortbildungsaktivitäten für jährlich fünf Werktage mit Gehaltfortzahlung (darüber hinaus können natürlich unbezahlte Freistellungen vereinbart werden);
- Teilnahme der weiterbildungsermächtigten Ärztinnen und Ärzte an einem Qualifikationsseminar zu "Lehre/Weiterbildung und praxisrelevanten Inhalten";
- Evaluation der Lehrqualität der Praxis durch Ärztin i. W.: der dazu speziell entwickelte Feedback Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) kann unter www.degam.de, „Sektion Weiterbildung“, heruntergeladen werden; dabei handelt es sich um ein Mittel zur persönlichen Rückmeldung der Ärztin i. W. an den Weiterbilder.

Diese Kriterien sind auf die an einem Verbund beteiligten Krankenhausabteilungen analog anzuwenden. Angesichts der Novität solcher Anforderungen ist vor Ort darauf zu achten, welche Anforderungen tatsächlich umsetzbar sind, ohne das Gesamtkonzept des WBV zu gefährden. Grundsätzlich ist aber zu bedenken, dass die langfristigen Aussichten eines Verbundes davon abhängig sein dürften, wie weit eine Qualitätsstrategie für die Weiterbildung deutlich wird.

Bisher knüpfen die Landesärztekammern nur formale Minimal-Anforderungen an die WB-Ermächtigung einer Allgemeinpraxis. So muss eine "Stehzeit" von drei bis fünf Jahren selbständiger Praxistätigkeit erfüllt sein; stellenweise werden Patientenspektrum (KV-Abrechnungsdaten) und apparative Ausstattungsmerkmale für eine zeitliche Staffelung der Ermächtigungen berücksichtigt. Dies ist – angesichts des internationalen Stands der Weiterbildung – völlig unzureichend.

Evaluation

Nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnitts sollte sich jede Ärztin i. W. dazu äußern können, ob die Weiterbildungsziele in diesem Abschnitt erreicht worden sind. Für den Bereich der Praxis liegt ein deutschsprachiges umfassend getestetes Fragebogen-Instrument vor (Homepage der DEGAM „www.degam.de“ - s.o.). Dieses kann in weiten Teilen auch für die stationären Abschnitte genutzt werden.

Rückmeldungen von Ärztinnen i. W. sind für das Koordinierungsgremium und die anderen Beteiligten eine Hilfe, den WBV insgesamt weiterzuentwickeln. Eine hohe Qualität wird sich

nur sichern lassen, wenn aus Problemen und Defiziten auch Konsequenzen gezogen werden. Neben der Weiterbildung als Prozess können das Patientenspektrum (zu speziell?), die spezifischen Arbeitsaufgaben (verschlissen als zweite Dauerassistenz im OP?) oder der Einsatz in sehr speziell ausgerichteten Bereichen (Spezialdiagnostik) Anlass zu Zweifeln geben, ob eine Abteilung für die Weiterbildung zu Allgemeinärztin geeignet ist. Am Anfang der Maßnahmen stehen dabei offene Gespräche mit den betroffenen Abteilungen oder Praxen sowie ein Plan zur Verbesserung; gegebenenfalls muss die Zusammenarbeit in einem Weiterbildungs-Verbund beendet werden können, wenn diese nicht bereit sind, die Qualitätsvorstellungen des Verbundes umzusetzen.

Außerdem gibt es eine informelle Evaluation, nämlich die regelmäßigen Gespräche zwischen Mentor (siehe unten) und Ärztinnen i. W. Hier können u.U. Probleme aufgezeigt werden, die in der Befragung mit einem standardisierten Instrument (Fragebogen) nicht deutlich werden.

Begleitende Gruppen oder Seminare

Teilweise in Zusammenhang mit WBVen, teilweise unabhängig davon sind von allgemeinmedizinischen Universitäts-Abteilungen regelmäßige Gruppen bzw. inhaltlich strukturierte Seminare angeboten worden.⁵ Dies entspricht dem internationalen Standard: solche begleitenden Veranstaltungen, zumindest ein Teil davon in kleineren Gruppen, gehören zu einem qualifizierten Verbund dazu.

Damit können Ärztinnen i. W. ihre eigene Arbeit in Praxis und Klinik reflektieren und selbstbestimmtes Lernen praktizieren, Methoden der Selbst- bzw. gegenseitigen Prüfung einüben sowie eine allgemeinmedizinische Perspektive und Kontinuität über verschiedene Weiterbildungsabschnitte hinweg sichern; schließlich fördern solche Gruppen die kollegiale Vernetzung künftiger Allgemeinärzte in der Region und stellen ein Bindeglied zu einer zeitgemäßen Fortbildung und lebenslangem Lernen dar.

Die Einrichtung einer solchen Gruppe dürfte erst bei einer Zahl von mindestens fünf Rotationsärztinnen sinnvoll sein; gegebenenfalls können hierzu auch mehrere WBVe regional zusammenarbeiten. Zweckmäßigerweise finden solche Gruppen unter Moderation erfahrener Allgemeinärzte statt; Universitäts-Abteilungen für Allgemeinmedizin oder der Hausärzteverband leisten ggf. personelle, inhaltliche und organisatorische Unterstützung. Wenn in begleitenden Gruppen oder Seminaren wesentliche Inhalte oder Kompetenzen der obligatorischen Kursweiterbildung (80 Stunden) abgedeckt werden, kann u.U. mit der zuständigen Landesärztekammer eine Anrechnung auf diese Pflichtzeit ausgehandelt werden.

Mentoren

Jede Ärztin i.W., die ihre Rotation im Verbund beginnt, bekommt einen Mentor. Dies kann auf eigene Wahl hin erfolgen; es sollte sich aber um einen erfahrenen Allgemeinarzt handeln, der mit der Weiterbildung und der Funktion als Mentor vertraut ist. Der Mentor wird an der Planung der Fächerabfolge innerhalb des Verbundes beteiligt, vermittelt zwischen Interessen der Ärztin i. W. einerseits und den Erfordernissen der beteiligten Abteilungen und Praxen andererseits, ist Ansprechpartner bei Problemen und Konflikten und sichert die

Motivation, die Weiterbildung erfolgreich abzuschließen. Eine Mentorenbetreuung ist auch in Form von Gruppen mehrerer Ärztinnen i. W. möglich. Konsequenterweise angewandt ist das Mentorenprinzip ein wichtiges Strukturelement für das Gelingen eines WBV.

Novellierungen der Weiterbildungsordnung

In den vergangenen Jahren sind die Weiterbildungsordnungen in Deutschland mehrfach verändert worden. Dabei kamen nur teilweise didaktische Motive zum Tragen, überwiegend ging es um – durchaus nachvollziehbare – politische Erwägungen. Mit dem Scheitern der einheitlichen hausärztlichen Qualifikation („Arzt für Innere und Allgemeinmedizin“) ist keine Rechtfertigung für eine gemeinsame Gebietsdefinition bzw. die Konstruktion eines Common Trunk von Allgemeinmedizin und Innerer Medizin mehr gegeben; die Ärztekammern in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern haben deshalb WBOen verabschiedet, die wieder eine eigene Gebietsdefinition für die Allgemeinmedizin und ein breiteres Fächerspektrum in der Weiterbildung vorsehen. Dies ist langfristig auch für andere Länder zu erwarten.

Zwar werden Ärztinnen i. W. und Weiterbilder durch diese Veränderungen verunsichert; andererseits ergibt sich ein Vertrauensschutz dadurch, dass eine Weiterbildung zu den Bedingungen der WBO abgeschlossen werden kann, die zu Beginn gültig gewesen ist. Für WBVe ergibt sich dadurch allerdings das Problem, dass verschiedene Ärztinnen i. W. im Verbund nicht nach einer einheitlichen WBO weitergebildet werden.

Weiterbildungsverbände: Beispiele

Marburg

Seit 2002 können am Universitätsklinikum Marburg (jetzt Universitätsklinikum Gießen-Marburg der Rhön AG) drei, später vier Ärztinnen i. W. die stationären Weiterbildungszeiten absolvieren. Stellenausschreibungen im Dt. Ärzteblatt stießen auf große Resonanz (bis zu 80 Bewerbungen). Bewerber werden von den beteiligten Kliniken gemeinsam ausgewählt, Rotationspläne gemeinsam erstellt. Die Koordination wird durch die Abteilung für Allgemeinmedizin (N. Donner-Banzhoff) sichergestellt, diese sorgt auch für die anschließende Weiterbildung in der allgemeinärztlichen Praxis. Beteiligt haben sich bisher die Fächer Innere Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Hämatologie & Onkologie), Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Pädiatrie, Geburtshilfe, Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, HNO beteiligt. Alle sechs Monate wird die Stelle gewechselt, dadurch kann das Klinikum (Standort Marburg) ein breites Erfahrungsspektrum bieten. Inzwischen sind die vier Rotationsstellen ausdrücklich für die Allgemeinmedizin ausgewiesen. Von den fünf bisherigen Absolventen haben zwei die Facharztprüfung Allgemeinmedizin bestanden, zwei befinden sich derzeit in der Praxis-Weiterbildung.

Winterberg

Ausgeschriebene Stellen des örtlichen Krankenhauses wie auch einer allgemeinmedizinischen Landarztpraxis konnten vor zehn Jahren nicht mehr qualifiziert besetzt werden. Dies war die anfängliche Motivation für ein abgestimmtes Rotationssystem in der Weiterbildung Allgemeinmedizin, das seit dem Jahr 2000 in Winterberg angeboten wird.

Zwei bis vier Ärztinnen i. W. absolvieren eine durch einen allgemeinärztlichen Mentor koordinierte Weiterbildung. Kurze Wege, persönliche Strukturen und nahtlose Übergänge ermöglichen ein „familiäres Arbeiten“ mit minimalen Reibungsverlusten.

Nicht spezialisierte Abteilungen und Ambulanzen eines Krankenhauses der Grundversorgung (Chirurgie, Innere, Anästhesie) sowie Praxen für Gynäkologie und Pädiatrie gewährleisten breit gefächerte Erfahrungen für die Tätigkeit eines „Generalisten“. Eine allgemeinmedizinische Lehrpraxis ermöglicht u.a. durch die Anbindung an die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Marburg auch überregionale Kontakte bis hin zu wissenschaftlichem Arbeiten.

Die Urlaubsregion Winterberg bietet auch außergewöhnliche Randgebiete der allgemeinmedizinischen Versorgung. Über Naturheilverfahren bis zur Betreuung des Olympiastützpunktes mit regelmäßigen international besetzten Sportereignissen kommt auch der Prävention unter sportmedizinischen Aspekten große Bedeutung zu.

In Evaluationen schätzten die bisherigen Absolventen die Flexibilität und Vielseitigkeit der Weiterbildung von Landarztmedizin über betriebswirtschaftliche Aspekte bis hin zur Leistungssportbetreuung.

Kompetenzzentrum Baden-Württemberg

Im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg wurde Mitte des Jahres 2008 das Programm „Verbundweiterbildung^{plus}“ initiiert.

Neben der Etablierung und Koordinierung regionaler Weiterbildungsrotationen (perspektivisch in ganz Baden-Württemberg) bietet dieses Programm ein übergeordnetes Weiterbildungsangebot, eine Mentoren-Betreuung sowie die Anbindung an die universitäre Strukturen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin. Zusätzliche fortbildungsfreie Tage, die im Konsens mit den regionalen Verbundpartnern gewährt werden, können von Ärztinnen i. W. sowohl für die übergeordneten ganztägigen Weiterbildungsveranstaltungen als auch für den Besuch fachspezifischer Kongresse genutzt werden.

Im Rahmen des Programms Verbundweiterbildung^{plus} soll zunächst zentral eine Weiterbildungsgruppe etabliert werden, die alle Ärztinnen i. W. umfasst, die bundeslandweit im Verbundprojekt arbeiten. Für diese Weiterbildungsgruppe ist ein übergeordnetes, nach Themen strukturiertes Weiterbildungsprogramm gestartet worden (geplant sind sechs ganztägige Termine pro Jahr). Ziel ist es, die Ärztinnen i. W. sowohl medizinisch-inhaltlich als auch unternehmerisch auf eine selbständige hausärztliche Tätigkeit vorzubereiten. Die Weiterbildungsinhalte sollen mittelfristig durch ein noch zu entwickelndes Curriculum transparent und evaluierbar gemacht werden.

Eine Anzeige im Dt. Ärzteblatt im Dezember 2008 stieß auf große Resonanz, so dass die ersten Ärzte i.W. bereits im Dezember ihre Weiterbildung im Rahmen des Programms beginnen konnten. Stellen werden seither kontinuierlich auf einer eigens eingerichteten Homepage (www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de), online-Stellenbörsen und auf den elektronischen Plattformen der medizinischen Fakultäten ausgeschrieben, wobei zunehmend mehr Bewerber ihr Interesse an dem Programm anmelden.

Die Mehrzahl der durch überdurchschnittliche Leistungen auffallenden Bewerber ist weiblich und im ersten Drittel ihrer Weiterbildung. Aus Sicht der Ä.i.W. sind insbesondere folgende Aspekte einer Verbundweiterbildung relevant:

- kontinuierliche und strukturierte Weiterbildung
- festes Rotationsschema
- Anbindung an universitäre Strukturen (hier das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden Württemberg)
- Begleitende, kostenfreie Weiterbildungsangebote
- Möglichkeit der Vernetzung und des Austausches durch Weiterbildungsgruppen
- Möglichkeit einer wissenschaftlichen Rotation in einer Abteilung Allgemeinmedizin

Aktueller Stand Juli 2009

Zum jetzigen Zeitpunkt haben sich über 60 Ä.i.W. für eine Weiterbildung im Rahmen der Verbundweiterbildung^{plus} interessiert. Dies zeigt, dass die Bedürfnisse junger Ärzte mit dem Programm angesprochen werden, so dass sogar bereits Kollegen aus dem Ausland zurückgekehrt sind (z.B. England).

Aktuell wurden bereits 12 Verbände in Baden Württemberg etabliert. In diesen konnten bis zum jetzigen Zeitpunkt 30 Ä.i.W. eingestellt werden. Mit vier weiteren Standorten finden derzeit Gespräche statt. Interessant ist, dass mit Bekanntwerden des Programms zunehmend mehr Krankenhäuser aktiv ihr Interesse als Kooperationspartner anmelden.

(Informationen zum aktuellen Stand des Programms Verbundweiterbildung^{plus} unter www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de)

Ansprechpartner

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Sektion Weiterbildung:
Sprecher Prof. Dr. Thomas Lichte (thomas.lichte@med.ovgu.de)

Universitätsabteilungen für Allgemeinmedizin:

http://www.degam.de/links_uniabteilungen.html

Deutscher Hausärzterverband:

<http://www.hausaerzterverband.de/cms/Weiterbildung-Allgemeinmedizin.322.0.html> (hier u.a. auch eine Vermittlung von Weiterbildungs-Mentoren)

Perspektiven

Ein Weiterbildungsverbund hat nicht nur die bereits erwähnten Folgen von Nachwuchssicherung und breiterer Kompetenz künftiger Allgemeinärztinnen. Er kann bei den Beteiligten auch neue Begeisterung für das Fach wecken – gerade auch bei den „Lehrern der Allgemeinmedizin“. Durch die Zuständigkeit der Ärztekammern ist die Weiterbildung in Deutschland leider völlig „durchpolitisiert“; edukative Initiativen werden hier schnell frustriert, und die Weiterbildung wird überwiegend von berufspolitischen Erwägungen bestimmt. Weiterbildungsverbünde können helfen, eine Gruppe von engagierten Weiterbildungswachsenden zu lassen, die durch die Integration von Praxiserfahrung, Erkenntnissen der Erwachsenenbildung („adult learning“) und Wissenschaft Begeisterung für eine aktive Gestaltung des Gesundheitswesens von morgen wecken können.

Es ist sicher auch zu wünschen, wenn wir uns künftig von der engen Beschränkung auf Pflichtzeiten in bestimmten Fächern lösen und mehr auf ein Curriculum allgemeinärztlicher Kompetenzen konzentrieren. Bis dahin allerdings müssen wir bei der Gestaltung von Verbänden die bestehenden WBOen der Landesärztekammern berücksichtigen.

Eine Bitte zum Schluss

Der Gegenstand dieses Leitfadens ist im Fluss, immer wieder erfahren wir von neuen Initiativen, die allgemeinmedizinische Weiterbildung nach einem Verbundprinzip zu organisieren. Wir freuen uns deshalb über Erfahrungen und kritische Anmerkungen, die in künftige Auflagen dieses Leitfadens einfließen werden (*Kontaktadressen siehe Impressum*).

Literatur

- ¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001.
- ² in der Schmitten J, Helmich P. Weiterbildung Allgemeinmedizin: Qualifizierung für die primärärztliche Versorgung. Entwicklung, Gegenwart und Perspektiven der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsordnung in Deutschland. Stuttgart: Schattauer; 2000.
- ³ Heinrich W, Cypionka B, Baum E, Donner-Banzhoff N. Weiterbildungsverbände Allgemeinmedizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Z. Allg. Med. 2006; 82: 441 – 5.
- ⁴ Hall M, Dwyer D, Lewis T. The GP Training Handbook. Oxford: Blackwell;1999.
- ⁵ Steinhäuser J, Joos S, Ledig T, Peters-Klimm F. FORUM Weiterbildung – gegen Zufall und Beliebigkeit – Beitrag zur Entwicklung einer die Weiterbildung begleitende Gruppe. Z. Allg. Med. 2008; 84: 336-339

Die DEGAM stellt sich vor

Hausärztinnen und Hausärzte, Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrärztinnen und -ärzte sowie wissenschaftliche Mitarbeiter der universitären Institute für Allgemeinmedizin finden ihre fachliche Heimat in der **Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)**.

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die hausärztliche Medizin in Deutschland in vielen Bereichen, z.B. den Universitäten, unterrepräsentiert.

Die DEGAM engagiert sich für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Forschung, der allgemeinmedizinischen Lehre und insbesondere der Weiter- und Fortbildung.

Von Hausärzten für Hausärzte erstellte Leitlinien zu praxisrelevanten Beratungsanlässen geben wertvolle und industrieneutrale Informationen für den Alltag.

Die Veranstaltungen der DEGAM, z. B. der jährliche DEGAM-Kongress, bieten Gelegenheit zur Weiter- und Fortbildung, zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und zu fachlichem Austausch.

Gute Gründe für Ihre Mitgliedschaft:

- Aktueller E-Mail-Service zu hausärztlich relevanten Studienergebnissen (**DEGAM-Benefits**)
- Kostenloses Abonnement der **ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin** [Normalpreis: 114,00 €]
- Kostenloses Abonnement von **Infomed-Screen**, 6 x jährlich der ZFA beigelegt [Normalpreis 41,00 €]
- Kostenloses "**blitz-at**", E-mail-Service des Arzneitelegramms; regulär erhältlich nur über ein Abonnement des at [Normalpreis: 48,00 €]
- Kostenloser Newsletter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- Kostenlose Kurzform jeder **DEGAM-Leitlinie**
- Kostenloser Zugang zur Vollversion der **Cochrane-Library**, der weltweit größten Datenbank für medizinische Studien
- Reduzierter Teilnahmepreis für DEGAM-Veranstaltungen
- Reduzierte Abo-Kosten für hausärztliche Zeitschriften
- Kompetente Beratung in allen mitgliederrelevanten Fragen durch Sektionssprecher und Bundesgeschäftsstelle
- **Reduzierter Mitgliedsbeitrag für Studierende, medizinische Fachangestellte und Ärzte in Weiterbildung**