

# Weiterbildung Allgemeinmedizin? Eine Entscheidungshilfe 2.0

## *Postgraduate Training in Family Medicine? A Decisional Aid 2.0*

Freya Ingendae<sup>1</sup>, Jost Steinhäuser<sup>1</sup>, Wolfgang Blank<sup>2</sup>, Jean-François Chenot<sup>3</sup>

**Zusammenfassung:** Dieser Artikel aktualisiert einen Beitrag in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin aus dem Jahr 2008 und vermittelt aktuelle Informationen an Studierende, Ärzte in Weiterbildung, Weiterbildungsbefugte sowie Quereinsteiger, die sich für die Weiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin interessieren. Die Darstellung der Weiterbildung sowie der Chancen bei der Berufswahl des Allgemeinmediziners soll einen konstruktiven Beitrag bei der Entscheidungsfindung leisten.

*Schlüsselwörter:* Weiterbildung Allgemeinmedizin; Berufswahl; Berufsaussichten; Kompetenzzentren Weiterbildung; Verbundweiterbildung

**Abstract:** This article is the update of an article in the German Journal of Family Medicine from 2008 and provides current information on postgraduate training and career opportunities in family medicine, addressing medical students, postgraduate trainees, trainers, and career changers. The aim is to present an overview of opportunities and possibilities as a helpful contribution and decisional aid for those considering a career in family medicine.

*Keywords:* postgraduate training in family medicine; career choices; career prospects; competence centers postgraduate training; rotation network program

### Hintergrund

Die Aussichten auf eine Weiterbildungsstelle für jetzige Medizinstudierende sind so gut wie lange nicht mehr. Auch die Zukunftsaussichten in Bezug auf einen planungssicheren Arbeitsplatz sind für Ärzte\* exzellent [1]. Erfahrungsgemäß variiert das Interesse für ein bestimmtes Fachgebiet im Studienverlauf stark. Dem Faktor Planungssicherheit kommt daher eine hohe persönliche Relevanz bei der Berufswahl zu [2]. Die endgültige Entscheidung für ein Fach scheint allerdings häufig nicht gegen Ende des Studiums, sondern im zweiten bis dritten Jahr der Weiterbildung zu fallen [3]. Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Spezialisierung und Digitalisierung im Gesundheitssystem ist der Bedarf an kompetenten ersten Ansprechpartnern und qualifizierten Koordinatoren im Gesundheitssystem, also an Hausärzten, hoch.

Der vorliegende Beitrag soll Studierende, Ärzte in Weiterbildung, Weiterbildungsbefugte und Quereinsteiger, die eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin in Erwägung ziehen, umfassend informieren, die vielfältigen Arbeitsmodelle aufzeigen und ihnen bei der Entscheidungsfindung helfen.

### Stellenwert der Allgemeinmedizin im Gesundheitssektor

Die größte Facharztgruppe im ambulanten Sektor ist die der Allgemeinärzte [4]. In Deutschland haben mehr als 90 % der Bürger einen Hausarzt [5]. In einem optimal funktionierenden primärärztlichen Versorgungssystem können Hausärzte abschließend die überwiegende Zahl aller Gesundheitsprobleme behandeln [6]. Das durch Universitätskliniken geprägte Medizinstudium in Deutschland kann allerdings diesen Stellenwert und das Auf-

gabenspektrum der allgemeinärztlichen Versorgung bisher kaum vermitteln.

### Rückblick

Durch den Beschluss des deutschen Ärztetages 2003 wurde der „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ als einheitliche Hausarzt-Qualifikation geschaffen. Parallel dazu sollte sich der Facharzt für Innere Medizin in den „Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung“ (z.B. Gastroenterologie) aufteilen. Dies wurde nicht in allen Landesärztekammern einheitlich umgesetzt. Auf dem deutschen Ärztetag 2007 erfolgte aufgrund von Forderungen der EU-Kommission bezüglich einer einheitlichen Fachkompetenz die Revidierung dieses Beschlusses. Daher ist seit 2010 der Facharzt für Allgemeinmedizin wieder eine eigene Facharztkompetenz in der Weiterbildungsordnung (WBO).

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

<sup>2</sup> Gemeinschaftspraxis im Bayerwald, Allgemeinmedizin, Kirchberg im Wald

<sup>3</sup> Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Universität Greifswald

**Peer-reviewed article** eingereicht: 20.12.2017, akzeptiert: 22.01.2018

**DOI** 10.3238/zfa.2018.0086-0090

\* Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung wie z.B. Arzt/Ärztin verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

## Weshalb entscheidet man sich für die Allgemeinmedizin?

Hausärzte haben von allen Berufsgruppen die höchste Arbeitszufriedenheit [7, 8]. Sie entwickeln über die Zeit eine intensive, meist langjährige Arzt-Patient-Beziehung und erfahren u.a. daraus eine hohe Anerkennung durch ihre Patienten. Auch die Abwechslung und die intellektuelle Herausforderung durch das breite Spektrum werden sehr geschätzt [9].

In den letzten Jahren sind mannigfaltige Möglichkeiten entstanden, bei denen Ärzte in Kooperationen, Angestelltenverhältnissen oder auch Teilzeitverträgen arbeiten können. Als selbständig tätiger Arzt kann das Arbeitsumfeld weitgehend autonom gestaltet werden. Dies bezieht sich sowohl auf Diagnostik und Therapie als auch auf die Gestaltung von Arbeitszeit und Arbeitsumfeld.

## Praktisches Jahr in der Allgemeinmedizin?

Das Praktische Jahr (PJ) in der Allgemeinmedizin ist für alle Studierenden, unabhängig davon, ob sie Hausarzt werden wollen, empfehlenswert. Soll das PJ Klarheit über den Berufswunsch bringen, ist dieser vertiefende Einblick gewinnbringend. Für Studierende, die ein anderes Fachgebiet anstreben, sind Einblicke in die allgemeinärztliche Tätigkeit besonders für das gegenseitige Verständnis und zukünftige Kooperationen hilfreich. In NRW wird Studenten zudem die Möglichkeit geboten, sich das PJ in der Allgemeinmedizin auf die ambulante Weiterbildungszeit für den Facharzt anrechnen zu lassen [10].

## Was muss ein Allgemeinmediziner können?

Die Arbeitsgrundlage des Allgemeinmediziners ist eine auf Dauer angelegte Arzt-Patient-Beziehung, die durch die Möglichkeit der „erlebten Anamnese“ im soziokulturellen Umfeld des Patienten geprägt ist. Herausforderungen der Therapieentscheidungen sind das Erkennen von „red flags“ und damit von „abwendbar gefährlichen Krankheitsverläufen“ anscheinend banaler Beschwerdebilder [11].

Allgemeinmediziner sind durch ihre vielfältigen Aufgabenbereiche Zehn-

kämpfer in der Medizin. Schwerpunkt in der Weiterbildung muss deshalb eine gute Kenntnis verschiedenster Krankheiten und ihrer Symptome sein. Die meisten gesundheitlichen Probleme werden im hausärztlichen Bereich durch Anamnese und körperliche Untersuchung ohne hohen technischen Aufwand gelöst. Dazu ist eine qualifizierte Stufendiagnostik – mit dem damit verbundenen Aushalten „diagnostischer Unsicherheit“ – und die adäquate Vermittlung des weiteren gemeinsamen Vorgehens zwingend notwendig. Umfassende kommunikative Fähigkeiten stellen eine Kernkompetenz der Allgemeinmedizin dar.

Zu den klinisch-praktischen Fertigkeiten, die in der Allgemeinmedizin häufig angewendet werden, zählen (Langzeit-)EKG, Ergometrie, Langzeit-Blutdruckmessung, Lungenfunktion, kleine Chirurgie und Ultraschalldiagnostik [12].

Schließlich werden auch nicht unerhebliche sozialmedizinische und administrative Kenntnisse (z.B. Abrechnung) benötigt. Eine gute Praxisorganisation und die Fähigkeit, Arbeiten zu delegieren, sind hilfreich und können im Rahmen der Weiterbildung erlernt werden.

## Weiterbildungskonzepte in der Allgemeinmedizin

Die Grundzüge der Weiterbildung werden in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer festgelegt [13]. Die Umsetzung in den einzelnen Bundesländern unterliegt den Landesärztekammern.

Die wesentlichen Bestandteile der Weiterbildung zur Fachkompetenz Allgemeinmedizin sind in jeder Weiterbildungsordnung (WBO) zu erkennen. Es sind zwei Ausbildungsblöcke vorgesehen: Innere Medizin in der stationären und Allgemeinmedizin in der ambulanten Versorgung. Je nach WBO kommen Fortbildungen und Weiterbildungsabschnitte in Teilbereichen (z.B. Chirurgie) hinzu oder sind frei wählbar [14]. Auf Länderebene variiert die WBO, sodass im Regelfall die WBO der Landesärztekammer rechtsverbindlich ist, in der die Arbeitsstelle im letzten Weiterbildungsabschnitt liegt.

Während in Fächern wie Innere Medizin oder Chirurgie die gesamte Weiterbildung oft in einer Einrichtung möglich ist, erfordert die breiter gefächerte Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin eine ge-

wisse Mobilität. Mittlerweile gibt es in vielen Kliniken Verbundweiterbildungsprogramme, die es Ärzten in Weiterbildung ermöglichen, über einen Arbeitsvertrag die notwendigen Fachrotationen an kooperierenden Kliniken oder Praxen durchzuführen. Mehrfache Bewerbungsvorgänge und damit ggf. verbundene zeitliche Verzögerungen fallen dadurch weg.

Werden zu einer Verbundweiterbildung auch Seminartage, Mentoren und Train-the-Trainer-Kurse angeboten, wird diese „Verbundweiterbildung plus“ genannt [15–17]. Die Weiterbildungsinhalte der Seminartage entsprechen dem „Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin“ [18]. Sie bieten zudem die Möglichkeit, die wichtigsten Themen des Praxismanagements (z.B. Abrechnung, Personalrecht und Existenzgründung) während der Weiterbildungszeit zu adressieren [19]. War die Verbundweiterbildung vor rund zehn Jahren noch die Ausnahme, kann sie inzwischen durch die aktuell stattfindende Implementierung der „Kompetenzzentren Weiterbildung“ nahezu bundesweit angeboten werden. Dadurch wird die Grundlage geschaffen, die Qualität der Weiterbildung im Fachbereich Allgemeinmedizin flächendeckend zu verbessern und einen nahtlosen Übergang vom Studium in die Weiterbildung zu ermöglichen [20]. Kompetenzzentren Weiterbildung existieren aktuell in: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe [21]. Weitere werden folgen.

## Finanzielle Förderung der Weiterbildung

Auf der Grundlage der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin unterstützen Krankenkassen sowohl die Weiterbildungsabschnitte im stationären als auch im ambulanten Bereich. Für den stationären Abschnitt im Gebiet der Inneren Medizin beträgt die Förderung monatlich 1360 Euro, in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung sind es monatlich 2340 Euro. Die Förderung muss von Arzt in Weiterbildung und Weiterbildungsbildern gemeinsam bei der deutschen Krankenhausgesellschaft beantragt werden und bezieht sich auf die nach WBO

anrechenbaren Weiterbildungszeiten. Der ambulante Bereich wird zudem durch die Kassenärztliche Vereinigung gefördert. Im Rahmen des „Förderprogramm Allgemeinmedizin“ wurde das Fördervolumen für den ambulanten Abschnitt 2016 auf 4800 Euro monatlich erhöht [22]. In einigen Bundesländern werden zudem für ausgewiesene Regionen weitere Zuschüsse gewährt [23].

Der maximale Förderzeitraum beträgt im Regelfall fünf Jahre in Vollzeit, bei Teilzeitweiterbildung entsprechend länger [24]. Nur in Bayern wird eine Teilzeitweiterbildung unter 50 % anerkannt.

### Individuelle Planung der Weiterbildung

Die meisten beginnen ihre Weiterbildung im stationären Bereich in der Inneren Medizin. Ohne Erfahrung im Fachbereich Allgemeinmedizin, z.B. durch das PJ, sollte man erwägen zu Beginn und zum Ende der Weiterbildung jeweils eine Zeit in der Allgemeinmedizin einzuplanen, um früh einen Eindruck zu bekommen, welche Kompetenzen in der Praxis benötigt werden. So kann zunächst erlebt werden, welche Inhalte für die individuelle Weiterbildung relevant sind. Unterschiedliche Praxisführungsstile kennenzulernen kann zudem helfen, eigene Praxisführungs-kompetenzen zu entwickeln.

Bei der Wahl der Weiterbildungsstellen ist es sinnvoll, Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und ländliche Standorte zu bevorzugen. Diese bieten eher die Chance, die Breite eines Fachs kennenzulernen sowie die notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsstrategien zu erlernen, als es in hochspezialisierten Behandlungszentren möglich ist. Falls in einem Haus mit mehreren Subdisziplinen gearbeitet wird, ist es wichtig darauf zu achten, dass verbindlich alle sechs Monate eine Rotation erfolgt [25].

Nach internationalen Empfehlungen sollte der längste Weiterbildungsabschnitt dem angestrebten Fach entsprechen. In Deutschland ist dies allerdings oft die Innere Medizin. Vor dem Hintergrund, dass lediglich 30% der Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis aufgrund von internistischen Erkrankungen stattfinden, muss dies kritisch hinterfragt werden [26]. Einige Fächer sind durch die WBO festgelegt, andere können aus eigenem Interesse gewählt werden. Ein Blick in das Kom-

petenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin kann helfen, den eigenen „blinden Fleck“ zu identifizieren und so Einfluss auf die Rotationsplanung nehmen. Auch die durch die Kompetenzzentren Weiterbildung ermöglichten Mentoringangebote können wichtige Hinweise zur Rotationsplanung geben. Besonders die Nähe zur ambulanten Versorgung sollte hierbei gesucht werden. Es ist zudem ratsam, im Voraus zu überprüfen, ob eine aktuell gültige und für die Allgemeinmedizin anerkannte Weiterbildungsbefugnis vorliegt.

Öffentliche Listen, aus denen hervorgeht, welche weiterbildungsberechtigten Ärzte im stationären oder ambulanten Bereich empfehlenswert sind, gibt es nicht. Neben dem individuellen Eindruck beim persönlichen Kennenlernen (z.B. bei einer Hospitation) kann daher der kollegiale Austausch bei lokalen Stammtischen, z.B. der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE), Anhaltspunkte geben [27].

Für Internisten, die sich niederlassen möchten, ist es besonders sinnvoll sich mit einigen hausärztlichen Schlüsselqualifikationen vertraut zu machen, mit denen sie im Rahmen ihrer Weiterbildung, anders als Allgemeinmediziner, nicht konfrontiert werden [28]. Es entstehen in einigen Bundesländern zudem zusätzliche Nachteile wie verkürzte Weiterbildungsbefugnisse und Abrechnungsausschlüsse. Auch erhält ein Allgemeinmediziner den Vorzug vor einem Internisten, sofern beide an einem Sitz interessiert sind.

### Beste Zukunftsaussichten für Allgemeinmediziner

Studien zeigen, dass eine weitere Verschiebung des Verhältnisses von Spezialisten und Generalisten zuungunsten der Generalisten mit erhöhten Kosten und nicht mit einer Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung einhergeht [29]. Daher erfährt die Allgemeinmedizin gesundheitspolitisch eine intensive Förderung.

Sehr wahrscheinlich wird es zukünftig in einigen Regionen weniger Praxisstandorte, dafür jedoch größere Kooperationspraxen geben. Diese Praxen bieten die Chance, multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperationen umsetzen [30, 31]. So können Delegationsmodelle wie z.B. das der VERAH® (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) arztentlastend weiter ausgebaut werden.

### Vereinbarkeit von Beruf und Familie und „Work-Life-Balance“?

Die durchschnittlichen Arbeitszeiten in Praxen mit mehr als einem Arzt unterscheiden sich zwischen ländlichen (48 h) und städtischen Regionen (51 h) nur marginal [32]. Prinzipiell ist jedes Arbeitszeitmodell denkbar. Insbesondere in Kooperationsformen kann die Arbeitszeit an die individuelle Lebensplanung gut angepasst werden. So kann jeder Arzt nach eigenem Ermessen Freiräume schaffen, um sich der Familie oder Hobbies zu widmen. Hierbei ist neben der Praxisform auch eine optimierte Organisation der eigenen Arbeitskraft notwendig. Ein gut strukturierter Arzt in einer Einzelpraxis kann unter Umständen einen größeren Freizeitanteil erzielen als ein unstrukturierter Kollege in einer Gemeinschaftspraxis.

Niedergelassene Ärzte haben im Vergleich zu Krankenhausärzten zudem deutlich weniger Nacht- und Wochenenddienste. Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Partnerschaft ist somit auch – oder gerade – im allgemeinmedizinischen Arbeitsumfeld möglich.

### Einkommen

Das Jahreseinkommen unterliegt, durch Einflüsse wie z.B. dem Standort einer Praxis, Schwankungen. Es beträgt in etwa 187.000 Euro [33, 34]. Zur individuellen, standortbezogenen Berechnung kann ein interaktiver Verdienstkalkulator hilfreich sein, wie z.B. der des Hausärzterverbandes [35]. Damit liegt das Einkommen deutlich über dem der Durchschnittsbevölkerung und etwas über dem Gehalt der angestellten Fachärzte im klinischen Bereich [36, 37]. Entscheidend ist jedoch nicht nur das Einkommen, sondern der dafür nötige Arbeitseinsatz, was wiederum zumeist in der strukturierenden Hand des Arztes liegt.

### Muss ich eine Praxis kaufen, um Hausarzt zu werden?

Die klassische Alternative zum Angestelltenverhältnis besteht in einer Beteiligung oder dem Kauf einer Praxis. Hier ist im Vorfeld oft ein vorübergehendes Angestelltenverhältnis möglich, um sich in die Praxis einzuarbeiten. Der Wahl der Praxis sollte dabei immer eine

### Freya Ingendae ...



... ist seit Oktober 2017 Ärztin in Weiterbildung für Allgemeinmedizin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Sie promoviert zum Thema „Sicherheit und Gewaltprävention in allgemeinmedizinischen Praxen und beim Hausbesuch“ und ist Mitglied der JADE.

### Korrespondenzadresse

Freya Ingendae  
Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Ratzeburger Allee 160, Haus 50  
23538 Lübeck  
Tel.: 0451 31018006  
f.ingendae@uni-luebeck.de

vorherige Standortanalyse zugrunde liegen.

2014/15 lag das Finanzierungsvolumen bei Praxisübernahmen durch Allgemeinmediziner im Schnitt bei 153.000 Euro [37]. Die (Voll-)Finanzierung einer Praxis durch Bankkredite ist in der Regel problemlos möglich. Zudem gibt es lokale Förderprogramme für z.B. Praxisübernahmen oder die Ausstattung von Praxen [38].

### Einzelkämpfer oder Teamplayer?

Grundsätzlich bestehen verschiedene Möglichkeiten, tätig zu werden:

- Die **Einzelpraxis** hat den Charme, alleine für die Arbeit in der Praxis verantwortlich zu sein, sich nicht mit Kollegen absprechen und auch die Einnahmen nicht aufteilen zu müssen. Nachteilig ist, dass ein Korrektiv für die tägliche Arbeit fehlt. Ein medizinischer oder persönlicher Austausch in der Praxis findet nicht statt. Ausfälle durch Krankheit können nicht so leicht kompensiert werden, was zu Einnahmeverlusten führen kann.
- Die **Gemeinschaftspraxis** erfordert neben einem hohen Maß an Kooperationsfähigkeit und Kompromissbereitschaft die Notwendigkeit, die Therapiestrategien der Partner abzustimmen. Auch die Aufteilung des Gewinns nach Arbeitsleistung kann zu Problemen führen. Klarer Vorteil sind die Zeitgestaltung, die freien Zeiträume, das gegenseitige Einspringen bei Krankheit und der fachliche Austausch. Bei der Wahl des Praxispartners muss immer berücksichtigt werden, dass man in Bezug auf medizinische Inhalte sowie auf die Arbeits- und Gewinnverteilung eine ähnliche Sichtweise haben sollte.
- Die **Praxisgemeinschaft** ist eine Form der Kostengemeinschaft, in der Kosten für gemeinsam genutzte Praxis-

räume und gemeinsames Personal von allen Partnern getragen werden. Im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis ist jeder Arzt jedoch selbstständig und rechnet für sich selbst ab. Dieses System erlaubt einen niedrigeren Kostenanteil am Umsatz des einzelnen Arztes bei weitgehend medizinischer Autonomie.

- Die **Anstellung** in der Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) ist aufgrund der geringeren wirtschaftlichen Verantwortung und des festen Einkommens – unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Praxis – für die geeignet, die den Schritt in die Selbstständigkeit (noch) nicht gehen möchten. Eigene Schwerpunkte zu setzen oder die Zeitgestaltung aktiv zu beeinflussen, kann als angestellter Arzt Probleme aufwerfen.

Plant man den Einstieg in eine Praxis, muss abgewogen werden, ob die Partner miteinander harmonieren können. Ein gemeinsames Arbeiten über einen definierten Zeitraum ist hilfreich, um Arbeitsweisen abzugleichen und die persönliche Kompatibilität zu testen. Die Bedingungen des Praxiseinstiegs müssen für alle Partner fair sein, damit die weitere Zusammenarbeit nicht belastet wird.

### Welche alternativen Karrieremöglichkeiten haben Allgemeinmediziner?

Neben der klassischen Tätigkeit in der Praxis haben sich inzwischen viele weitere Alternativen entwickelt. So ist auch eine akademische Karriere als forschender und/oder lehrender Allgemeinmediziner möglich. An 27 der 37 Medizinischen Fakultäten in Deutschland haben sich selbstständige allgemeinmedizinische Institute oder Abteilungen etabliert – Tendenz steigend [39]. Weitere Möglichkeiten für Hausärzte ergeben sich in Notfallambulanz, Rehabilitationseinrichtungen

und im nicht-kurativen Bereich (z.B. Beraterfirmen, Krankenkassen ...).

### Fachgesellschaft

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hausärzte ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) [40]. Sie vertritt Allgemeinmediziner in der Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachgesellschaften und erstellt Leitlinien für die hausärztliche Versorgung. Berufspolitische Belange werden durch den Deutschen Hausärzterverband (HÄV) vertreten [41].

### Schlusswort

Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit befinden sich in einem ständigen Wandel, die Allgemeinmedizin ist davon nicht ausgenommen. Aktuelle wirtschaftliche Aspekte sollten daher bei der Auswahl der Weiterbildung gut bedacht, aber auf keinen Fall überbewertet werden. Für die Berufswahl entscheidend sind Neigung, Interesse und der Wunsch nach einer langfristigen Perspektive. Eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin eröffnet neben der traditionellen Arbeit des Hausarztes ein breites und zukunftsfähiges Berufsfeld. Die hohe Zufriedenheit mit der Tätigkeit als Hausarzt und dem Einkommen sowie die Möglichkeit der Anpassung der Weiterbildung an die individuelle Lebensplanung machen den Beruf des Allgemeinmediziners für junge Ärztinnen und Ärzte außerordentlich attraktiv.

**Danksagung:** Die Autoren danken Herrn Dr. med. Jens Lassen für sein Feedback und die konstruktiven Anregungen bei der Erstellung des Manuskripts.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

## Literatur

1. [www.aerzteblatt.de/archiv/132334/Zukunftsperspektiven-fuer-Aerzte-Der-schoenste-Beruf-der-Welt](http://www.aerzteblatt.de/archiv/132334/Zukunftsperspektiven-fuer-Aerzte-Der-schoenste-Beruf-der-Welt) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
2. Götz K, Miksch A, Hermann K, et al. Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz“. Dtsch med Wochenschr 2011; 136: 253–257
3. Tandjung R, Senn O, Marty F, Krauss L, Rosemann T, Badertscher N. Career after successful medical board examination in general practice – a cross-sectional survey. Swiss Med Wkly 2013; 143: w13839
4. [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
5. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH. Einschätzungen der Bundesbürger. Ergebnisse einer Umfrage im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Internist 2002; 5: 94–99
6. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001; 344: 2021–2025
7. [www.faz.net/aktuell/wirtschaft/beruf-check/berufs-check-welche-berufe-glu-ecklich-machen-14995601.html](http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/beruf-check/berufs-check-welche-berufe-glu-ecklich-machen-14995601.html) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
8. [www.kbv.de/media/sp/2016\\_10\\_20\\_Aerztemonitor\\_infas\\_Praesentation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_20_Aerztemonitor_infas_Praesentation.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
9. Roos M, Blauth E, Steinhäuser J, Ledig T, Joos S, Peters-Klimm F. Gebietsweiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland: Eine bundesweite Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2011; 105: 81–88
10. [www.aekwl.de/fileadmin/rechtsabteilung/doc/heilberufsgesetze/Heilberufsgesetz\\_2013-04-30.pdf](http://www.aekwl.de/fileadmin/rechtsabteilung/doc/heilberufsgesetze/Heilberufsgesetz_2013-04-30.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
11. [www.degam.de/fachdefinition.html](http://www.degam.de/fachdefinition.html) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
12. Jäkel K, Flum E, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Welche häufig in der Allgemeinmedizin durchgeführten Prozeduren beherrschen Ärzte in Weiterbildung in ihrer Selbsteinschätzung bereits nach dem Studium? – eine Querschnittstudie. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2016; 115–116: 85–92
13. [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
14. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/FA%20AllgMed\\_120%20D%C3%84T%202017.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/FA%20AllgMed_120%20D%C3%84T%202017.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
15. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/DEGAM\\_Konzept\\_Verbundweiterbildung\\_plus\\_130718.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130718.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
16. Hoffmann M, Flum E, Steinhäuser J. Mentoring in der Allgemeinmedizin: Beratungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2016; 112: 61–65
17. Ledig T, Flum E, Magez J, et al. Fünf Jahre Train-the-Trainer-Kurs für weiterbildungsbefugte Hausärzte – qualitativ-quantitative Analyse der Begleitevaluation. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2016; 117: 65–70
18. Steinhäuser J, Chenot JF, Roos M, Ledig T, Joos S. Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. BMC Res Notes 2013; 6: 314
19. Flum E, Magez J, Aluttis F, et al. Das Schulungsprogramm der Verbundweiterbildung plus Baden-Württemberg: Entwicklung und Implikationen für die Implementierung von Verbundweiterbildungsprogrammen in Deutschland. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2016; 112: 54–60
20. [www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/75a.html](http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/75a.html) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
21. [www.desam.de/kompetenzzentren-weiterbildung.html](http://www.desam.de/kompetenzzentren-weiterbildung.html) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
22. [www.kbv.de/media/sp/Foerderung\\_Allgemeinmedizin.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
23. [www.foerderdatenbank.de](http://www.foerderdatenbank.de) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
24. [www.allgemeinmedizin-bw.de/faq/](http://www.allgemeinmedizin-bw.de/faq/) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
25. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/degam-verbundweiterbildung%20100108.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/degam-verbundweiterbildung%20100108.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
26. Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrsg.). Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009. Heidelberg: Springer, 2010
27. [www.jungeallgemeinmedizin.de/tiki-index.php?page=Regionales](http://www.jungeallgemeinmedizin.de/tiki-index.php?page=Regionales) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
28. Larson EB, Fihn SD, Kirk LM, et al. The future of general internal medicine. Report and recommendations from the Society of General Internal Medicine (SGIM) Task Force on the Domain of General Internal Medicine. J Gen Intern Med 2004; 19: 69–77
29. Phillips RL, Doodoo MS, Green LA. Adding more specialists is not likely to improve population health: is anybody listening? Health Aff (Millwood) 2005; Suppl Web Exclusives: W5–111–W5–114
30. Erler A, Beyer M, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 2. Das Modell der Primärversorgungspraxis. Z Allg Med 2010; 4: 159–165
31. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
32. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Miksch A. A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. BMC Fam Pract 2011; 12: 112
33. [www.praktischarzt.de/arzt/gehalt-arzt](http://www.praktischarzt.de/arzt/gehalt-arzt) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
34. [www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/Kostenstruktur/KostenstrukturAerzte2020161159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/Kostenstruktur/KostenstrukturAerzte2020161159004.pdf?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
35. [www.perspektive-hausarzt-bw.de/berufseinstieger/geld-und-finanzen/verdienstkalkulator/](http://www.perspektive-hausarzt-bw.de/berufseinstieger/geld-und-finanzen/verdienstkalkulator/) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
36. [oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/uniklinik?id=tv-aerzte&g=%C4\\_3&s=2&zv=VBL&z=100&zulage=&stj=2017&stkl=1&r=0&zklf=0&kk=15.5%25](http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/uniklinik?id=tv-aerzte&g=%C4_3&s=2&zv=VBL&z=100&zulage=&stj=2017&stkl=1&r=0&zklf=0&kk=15.5%25) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
37. [www.apobank.de/content/dam/g8008-0/ueber\\_uns/presse/160926/existenzgruendungsanalyse-aerzte-2015.pdf](http://www.apobank.de/content/dam/g8008-0/ueber_uns/presse/160926/existenzgruendungsanalyse-aerzte-2015.pdf) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
38. [www.foerderdatenbank.de/Foerder-DB/Navigation/Foerderrecherche/suche.html?get=views;document&doc=11387](http://www.foerderdatenbank.de/Foerder-DB/Navigation/Foerderrecherche/suche.html?get=views;document&doc=11387) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
39. Richter-Kuhlmann E, Rieser S. Allgemeinmedizin: Ein Fach im Aufwind. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: A-1866
40. [www.degam.de/mitglied-werden.html](http://www.degam.de/mitglied-werden.html) (letzter Zugriff am 15.01.2018)
41. [www.hausaerzterverband.de/cms/](http://www.hausaerzterverband.de/cms/) (letzter Zugriff am 15.01.2018)