



# Regionale Entwicklung der geförderten Weiterbildung Allgemeinmedizin im ambulanten Versorgungssektor in Deutschland im Zeitraum 2010 - 2012

Bätzing-Feigenbaum J • Blanke I\* • Hering R • Wandrey M\*\* • Schulz M

\* Studiengang Geoinformation, Beuth Hochschule für Technik Berlin

\*\* Medizinische Fakultät und Fachbereich Geowissenschaften, Universität Hamburg

## Abstract

### Hintergrund:

Zwei Drittel der demnächst aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung altersbedingt ausscheidenden Ärzte sehen gemäß Ärztemonitor 2014 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) große Schwierigkeiten, Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Eine der Voraussetzungen für die zukünftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ist eine qualitativ und quantitativ angemessene Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, um eine hinreichende Anzahl an Hausärzten für die anstehenden Praxismachbesetzungen zu gewährleisten. In 2008 haben die KBV, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine neue „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ getroffen. Im Rahmen der Neuregelung wurden die finanziellen Zuwendungen seit 2010 deutlich erhöht. Die Kostenträger haben u. a. vereinbart, pro Jahr mindestens 5.000 Weiterbildungsstellen zu fördern. Evaluierungsberichte dieses Förderprogramms Allgemeinmedizin werden von den Vertragspartnern regelmäßig veröffentlicht und stehen inzwischen für die Jahre 2010 bis 2012 zur Verfügung. Ziel der Untersuchung ist die Beurteilung der Entwicklung der hausärztlichen Weiterbildung auf regionaler Ebene sowie die Einschätzung der bisher erreichten Weiterbildungszahlen.

### Methodik:

Mittels vorliegender Daten aus den Evaluierungsberichten und ergänzender Daten der KBV sowie der Landesärztekammern wurden sechs Indikatoren entwickelt, um die Entwicklung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zwischen 2010 und 2012 zu untersuchen:

- *Hausärztliche Weiterbildungsrelation I* berechnet in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) von Ärzten/innen in Weiterbildung (AiW);
- *hausärztliche Weiterbildungsrelation II* berechnet in „Köpfen“ von AiW;
- *geschlechtsbezogener hausärztlicher Weiterbildungsanteil in Teilzeit (TZ)* für Ärztinnen in Weiterbildung;
- *geschlechtsbezogener hausärztlicher Weiterbildungsanteil in Vollzeit (VZ)* für Ärztinnen in Weiterbildung;
- Anteil *allgemeinmedizinischer Facharztanerkennungen* an allen Facharztanerkennungen;

Korrespondierender Autor: Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland  
Herbert-Lewin-Platz 3 - 10623 Berlin - Tel. (030) 4005-2419 E-Mail: jbaetzing-feigenbaum@zi.de





- *Ermächtigungsquote hausärztliche Weiterbildung* als Relation der Anzahl der weiterbildungsermächtigten Hausärzte bzw. Hausarztpraxen bezogen auf 100 Hausärzte.

Die Indikatoren werden überwiegend auf KV-Bereichs- bzw. Kammerebene, teilweise auch auf Kreisebene berechnet. Methodisch ist die Untersuchung ausschließlich deskriptiv.

#### **Ergebnisse:**

Bundesweit ist zwischen 2010 und 2012 ein Rückgang der Hausärzte von 350 VZÄ zu verzeichnen (-0,7%). Bei der Anzahl der geförderten AiW wird in diesem Dreijahreszeitraum bundesweit eine Zunahme von 584 AiW gefunden, was einen Anstieg um 18% bedeutet. Der Anteil weiblicher AiW in der geförderten allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist sowohl in VZ als auch in TZ steigend, unterscheidet sich jedoch regional stark. Die Spanne des Anteils hausärztlicher Facharztanerkennungen an allen Facharztanerkennungen liegt je nach Kammerbereich zwischen knapp 7% und 23%. Bei der Ermächtigungsquote hausärztlicher Weiterbildung in 2012 kommen im Bundesdurchschnitt 22,6 weiterbildungsbefugte Hausärzte auf 100 vertragsärztlich tätige Hausärzte. Die Spanne dieses Indikators liegt in den Kammerbereichen unter Ausschluss von Rheinland-Pfalz, für das keine Daten vorliegen, zwischen 11,5 und 41,4.

#### **Diskussion:**

Die in dieser Untersuchung genutzten Indikatoren lassen im Dreijahreszeitraum 2010 - 2012 eine Zunahme der im Förderprogramm Allgemeinmedizin weitergebildeten Ärzte/innen von 584 AiW erkennen, was einer Zunahme von insgesamt etwa 18% entspricht. Das Förderprogramm entwickelt sich regional unterschiedlich. Die in der Vereinbarung vorgesehene Zahl von jährlich bundesweit 5.000 geförderten AiW in der Allgemeinmedizin wird bisher bei Weitem nicht erreicht. Das bestehende Förderprogramm sollte daher dringlich um zusätzliche Maßnahmen erweitert werden, um die hausärztliche Versorgung auch zukünftig sicherzustellen. Entsprechende erforderliche Maßnahmen beinhalten z. B. erhöhte und angemessene Vergütung für die weiterzubildenden und Zuschüsse für die weiterbildenden Ärzte sowie die Ko-Finanzierung von dringend erforderlichen Infrastrukturmaßnahmen im Bereich der hausärztlichen Weiterbildung, die im Rahmen einer Stiftung umgesetzt werden könnten..

## Hintergrund

Laut einer repräsentativen Befragung ambulant tätiger, niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten (nach Arztgruppe und KV-Bereich disproportional geschichtete Zufallsstichprobe), die kürzlich im Ärztemonitor 2014 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht wurde, plant fast jeder vierte Arzt seine Praxisabgabe in den nächsten fünf Jahren. Hierbei sind die Gründe vor allem altersbedingtes Ausscheiden aus dem Berufsleben. Zudem sehen zwei Drittel der ausscheidenden Ärzte große Schwierigkeiten, Nachfolger für ihre Praxen zu finden [1]. Für Praxisnachbesetzungen bei Ausscheiden der bisherigen Praxisinhaber im hausärztlichen Bereich ist u. a. die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern in ausreichender Zahl erforderlich. Oft werden Hausarztpraxen von Ärzten übernommen, die ihren letzten allgemeinmedizinischen Weiterbildungsabschnitt kurz vor dem Ausscheiden der Praxisvorgänger in eben deren Praxis absolviert haben, was durch Daten im aktuellen „Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2014“ der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RP) belegt wird. Dort hat sich mit 35 von 59 inzwischen niedergelassenen Ärzten, deren Weiterbildung von 2011 bis 2013 gefördert wurde, über die Hälfte in Praxen niedergelassen, in denen sie auch als Weiterbildungsassistenten gearbeitet haben [2].

Nach der ersten Initiative im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz zum 01.01.1999 wurden die gesetzlichen Grundlagen in der jetzigen Form in 2008 gelegt, um u. a. durch Förderung der Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin, der jetzt erneut im KBV-Ärztemonitor beschriebenen Entwicklung entgegen zu treten. Grundlage ist Artikel 8 Abs. 2 GKV-SolG in der Fassung des GKV-OrgWG vom 15.12.2008 [3]. Die KBV, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben im Benehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) daraufhin Ende 2009 eine „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ getroffen [4]. Im Rahmen der Neuregelung wurden die finanziellen Zuwendungen seit 2010 deutlich erhöht.

Folgender Vertragszweck wurde gemäß §1 der Vereinbarung festgelegt:

„(1) Gemeinsames Ziel der Vertragspartner ist es, die hausärztliche Versorgung nach §73 SGB V langfristig zu sichern. Hierzu wird die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte ([...]‘ambulanter Bereich’), in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach §111 SGB V besteht ([...]‘stationärer Bereich’) gefördert.

(2) Durch die vorliegende Vereinbarung regeln die Vertragspartner gemäß Art. 8 Abs. 2 Satz 1 GKV-SolG insbesondere das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen und des PKV-Verbandes (Kostenträger).

(3) Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist primär durch die vermehrte Bereitstellung von Weiterbildungsstellen, eine angemessene Vergütung der Weiterzubildenden in den Weiterbildungsstätten sowie eine verbesserte sektorenübergreifende Koordination der Weiterbildung und Zusammenarbeit zu gewährleisten.

(4) [...]

(5) Die Vertragspartner überprüfen den Erfolg der in dieser Vereinbarung festgelegten Maßnahmen im jährlichen Abstand und verabreden anhand der Indikatoren nach §8 notwendige Änderungen, um die hausärztliche Versorgung weiter zu sichern.“[4]

Darüber hinaus wurde in §2 zur besonderen Förderung von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin u. a. vereinbart, dass

- die Kostenträger pro Jahr mindestens 5.000 Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich fördern;
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) den Vertragspartnern regelmäßig Meldung über den Stand der besetzten Weiterbildungsstellen im laufenden Jahr und im Folgejahr sowie deren regionale Verteilung machen [4].

Auch die jetzige Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag 2013 die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich zu einem Schwerpunkt der laufenden Legislaturperiode erklärt. Anreize zur Niederlassung in vorwiegend ländlichen und unterversorgten Gebieten, Abbau unnötiger bürokratischer Hürden, sowie die Optimierung der Rahmenbedingungen für Zulassungen für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen hierbei im Fokus [5]. Konkret wurde auch folgende Vereinbarung getroffen: „Die Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin wird um 50 Prozent erhöht und bei Bedarf länderübergreifend koordiniert [5].“

Darüber hinaus haben Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen weitere eigene und vielseitige Maßnahmen ergriffen, um die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin und damit die hausärztliche Versorgung sicherzustellen. Beispielsweise ermöglicht die KV Schleswig-Holstein Kieler Medizinstudenten Einblicke in die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung [6]. Die KV Sachsen-Anhalt erweitert ihr finanzielles Förderprogramm für die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung insbesondere in unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten. Gefördert werden zusätzlich ambulante Famulaturen, Blockpraktika und Medizinstudierende und Lehrpraxen im Ausbildungsabschnitt Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr. Darüber hinaus werden durch die KV Sachsen-Anhalt zwei Stipendienprogramme für Medizinstudierende angeboten [7-9]. Das Universitätsklinikum Essen möchte mit Hilfe eines Mentoriums die Begeisterung für die Allgemeinmedizin schon während des Studiums anregen. In persönlich ausgewählten „Patenpraxen“ können die Medizinstudenten den Alltag und Besonderheiten in der hausärztlichen Versorgung näher kennenlernen [10]. In Thüringen vergibt die „Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung“ Stipendien an Ärzte in Weiterbildung, welche sich danach im Land niederlassen wollen [11,12]. In Niedersachsen wurde von KV, Krankenkassen und Landesregierung ein Programm zur finanziellen Förderung der ärztlichen Niederlassung in Regionen, in denen aufgrund der Altersstruktur der Praxisinhaber mittelfristig eine Unterversorgung zu befürchten ist, auf den Weg gebracht [13]. Die KV Schleswig Holstein unterstützt über verschiedene Fördermaßnahmen

die studentische Ausbildung in der hausärztlichen Versorgung wie z. B. für Medizinstudenten der Universitätskliniken Kiel, Lübeck und Hamburg, für Studenten im Praktischen Jahr sowie für Famulaturen [14]. Einen guten Überblick über die regional ergriffenen Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung und -förderung in 14 Bundesländern gibt eine Veröffentlichung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG - AFS) [15].

Evaluierungsberichte des oben beschriebenen gemeinsamen Förderprogramms Allgemeinmedizin des GKV-Spitzenverbands, der KBV und der DKG [4] werden von den Vertragspartnern regelmäßig veröffentlicht und stehen inzwischen für die Jahre 2010 bis 2012 zur Verfügung [16-18].

## Methode

Ziel dieser Untersuchung ist die regionalisierte Darstellung und Beurteilung der Entwicklung der gemäß Vereinbarung von 2009 geförderten Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen hausärztlicher Facharztanerkennungen [4] für die Jahre 2010 bis 2012. Datengrundlage sind die Evaluierungsberichte für die Förderjahre 2010, 2011 und 2012 [16-18]. Alle 17 Landesärztekammern veröffentlichen im Internet aktuelle Informationen und Daten zu den weiterbildungsermächtigten Hausärzten im jeweiligen Kammerbereich. Die entsprechenden Angaben zur Zahl der weiterbildungsbefugten Ärzte im hausärztlich-allgemeinmedizinischen Bereich wurden Mitte 2014 über die Homepages der zuständigen Landesärztekammern abgerufen. Darüber hinaus wurden alle Landesärztekammern schriftlich um ergänzende Angaben gebeten. Daten zur Anzahl der Hausärzte (Vollzeitäquivalente) stehen durch das Bundesarztregister der KBV zur Verfügung [vgl. 19].

Folgende Daten wurden für die Indikatorenbildung im Rahmen der Untersuchung genutzt (angegeben sind die Art der Daten und der Erhebungszeitraum in Jahren):

- Anzahl der Hausärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 2010 - 2012;

- geförderte Ärzte in Weiterbildung (AiW) in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 2010 - 2012;
- Anzahl der geförderten Ärzte in Weiterbildung (AiW), absolute Zahl („Köpfe“), insgesamt und nach Geschlecht, unabhängig von der Beschäftigungsform 2010 - 2012;
- Anzahl der geförderten Ärzte in Weiterbildung (AiW) in „Köpfen“, insgesamt und nach Geschlecht, beschäftigt in Teilzeit (TZ) 2010 - 2012;
- Anzahl der geförderten Ärzte in Weiterbildung (AiW) in „Köpfen“, insgesamt und nach Geschlecht, beschäftigt in Vollzeit (VZ) 2010 - 2012;
- Anzahl der allgemeinmedizinischen Facharztanerkennungen 2010 - 2012;
- Anzahl der Facharztanerkennungen aller Facharztgruppen 2010 - 2012;
- Anzahl weiterbildungsermächtigter Hausärzte in „Köpfen“ im Fachgebiet Allgemeinmedizin 2010 - 2014\*.

\* Für die Landesärztekammer Bayern stehen Daten aus 2010 bis 2013, für Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Schleswig-Holstein aus 2010 bis 2012 sowie für Westfalen-Lippe aus 2012 und 2013 zur Verfügung; für die übrigen Landesärztekammern ausschließlich aus 2014. Für Rheinland-Pfalz sind keine Daten verfügbar.

Für sämtliche aufgeführten Indikatoren stehen Daten auf Ebene der KV-Bereiche bzw. der Landesärztekammern zur Verfügung, die geografisch identisch sind. Die KV- bzw. Kammerbereiche entsprechen bis auf Nordrhein-Westfalen auch den Bundesländern. Nordrhein-Westfalen besteht aus den zwei KV- bzw. Ärztekammerbereichen Nordrhein und Westfalen-Lippe, die im Rahmen dieser Untersuchung getrennt bearbeitet wurden.

### **Beschreibung des für die Studie entwickelten Indikatorensets**

Folgende Indikatoren wurden zur Durchführung der Studie mit den oben angeführten Daten gebildet und berechnet:

#### *1. Hausärztliche Weiterbildungsrelation I für die Jahre 2010 - 2012*

Hierunter wird die Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) der jährlich geförderten Ärzte in Weiterbildung (AiW) pro 100 Hausärzte (in VZÄ) in einem KV-Bereich und auf Kreisebene verstanden. Die Daten dieses Indikators auf Kreisebene sind nicht für 2010, sondern nur für 2011 und 2012 verfügbar. „Die Berechnung der Vollzeitäquivalente [...] erfolgt [für AiW] im ambulanten Bereich auf Basis des tatsächlichen Fördervolumens pro KV-Bezirk (entspricht 3.500,- € pro Monat (KV und Kostenträger Anteil) bei einer Vollzeitstelle unter Berücksichtigung des Fördervolumens eines 12 Monate in Vollzeit tätigen Arztes in Weiterbildung [16-18].“ Datenquellen [16-18; 19; KBV].

#### *2. Hausärztliche Weiterbildungsrelation II für die Jahre 2010 - 2012*

Dieser Indikator berechnet sich durch die Anzahl der jährlich geförderten AiW in „Köpfen“ unabhängig von der Beschäftigungsart in TZ oder VZ pro 100 Hausärzte (VZÄ) im KV-Bereich für die Jahre 2010 - 2012; Datenquelle [16-18; 19].

#### *3. Geschlechtsbezogener hausärztlicher Weiterbildungsanteil in Teilzeit (Ärztinnen) für die Jahre 2010 - 2012*

Prozentualer Anteil der Anzahl weiblicher geförderter AiW in TZ („Köpfe“) an der Gesamtanzahl der jährlich geförderten AiW in TZ („Köpfe“); Datenquelle [16-18].

#### *4. Geschlechtsbezogener hausärztlicher Weiterbildungsanteil in Vollzeit (Ärztinnen) für die Jahre 2010 - 2012*

Prozentualer Anteil der Anzahl weiblicher geförderter AiW in VZ („Köpfe“) an der Gesamtanzahl der jährlich geförderten AiW in VZ („Köpfe“); Datenquelle [16-18].

#### *5. Anteil allgemeinmedizinischer Facharztanerkennungen für die Jahre 2010 - 2012*

Prozentualer Anteil der hausärztlichen Facharztanerkennungen an der Gesamtanzahl aller Facharztanerkennungen eines Jahres; Datenquelle [16-18].



### 6. Ermächtigungsquote hausärztliche Weiterbildung (Näherungswert für das Jahr 2012)

Dieser Indikator wird durch die Anzahl weiterbildungsermächtigter Hausärzte bzw. Hausarztpraxen bezogen auf 100 Hausärzte (VZÄ) im jeweiligen KV- bzw. Kammerbereich Bereich errechnet. Datenquellen: Mitteilungen der Landesärztekammern bzw. Datenabfragen von den entsprechenden Homepages der jeweiligen Landesärztekammern sowie Daten aus dem Bundesarztregister der KBV [vgl. 19]. Als Nenner stehen Angaben zur Zahl der Hausärzte nach KV-Bereichen in 2012 zur Verfügung. Als Zähler wurden Daten aus 2012 genutzt, wenn diese von den jeweiligen Landesärztekammern übermittelt werden konnten. Dies traf für Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe zu. Für Rheinland-Pfalz liegen keine Daten vor. Für die übrigen Kammerbereiche konnten nur Daten mit Stand Jahresmitte 2014 verfügbar gemacht werden (Datenstand zwischen Juni und August 2014). Es wird aus methodischer Sicht ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei diesem Indikator aufgrund des partiell zeitlich nicht synchronen Bezugs der Daten aufeinander in den allermeisten Ausprägungen lediglich um Annäherungswerte handelt.

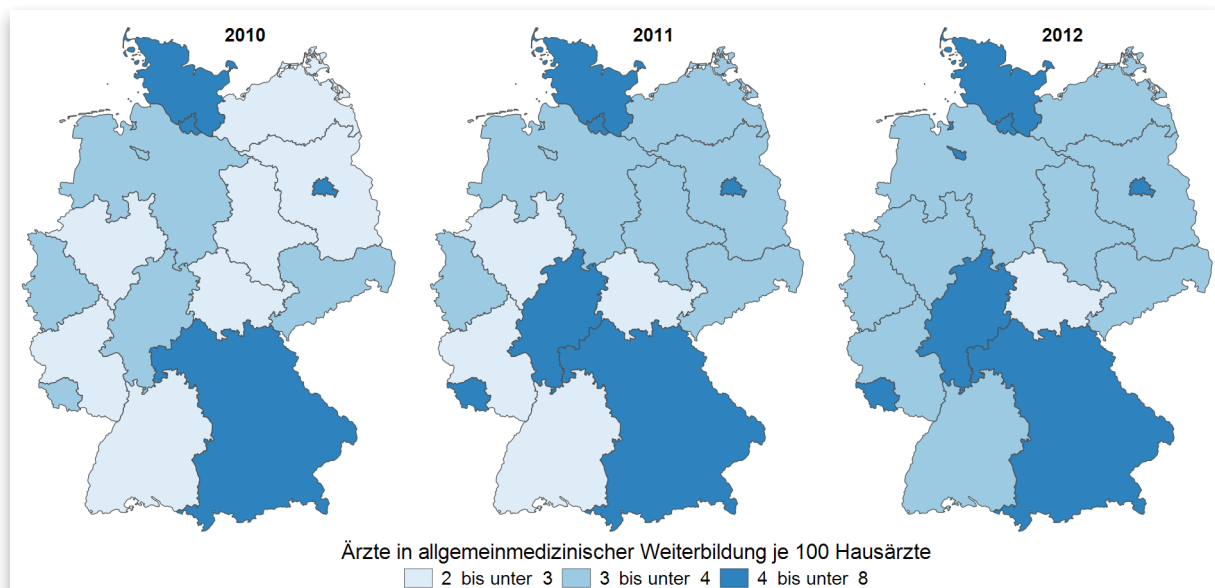
#### Auswertung

Die Berechnungen wurden mit Microsoft Excel 2010 durchgeführt. Die kartographische Arbeit

erfolgte mit Hilfe von Easy Map Version 9.4.

#### Ergebnisse

Bundesweit ist zwischen 2010 und 2012 ein Rückgang der Hausärzte von 350 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zu verzeichnen (-0,7%) (siehe Tabelle im Anhang). In Abbildung 1 (Darstellung in drei Klassen) sowie interaktiv im Versorgungsatlas wird die *Hausärztliche Weiterbildungsrelation I* nach Kammerbereichen für die Jahre 2010 - 2012 dargestellt. Einige Bereiche befinden sich seit dem Beginn der Beobachtung auf hohem Niveau (z. B. Berlin, Schleswig-Holstein und Bayern). In vielen weiteren Bereichen findet sich für den Beobachtungszeitraum ein Anstieg dieses Indikators (z. B. Hessen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg). Andere Kammerbereiche wie z. B. Thüringen verbleiben bisher auf einem eher niedrigen Niveau. Anstiegseffekte können methodisch bedingt anteilig auch durch den Rückgang der Anzahl der Hausärzte verursacht sein und vice versa. In der Tabelle (im Anhang) werden daher die den Karten zugrunde liegenden Daten dargestellt, um die Effekte auf den Quotienten durch Veränderung der Anzahl der Hausärzte bzw. Veränderung der Anzahl der AiW, die teilweise in unterschiedliche Richtungen verlaufen, jeweils regional besser sichtbar zu machen.



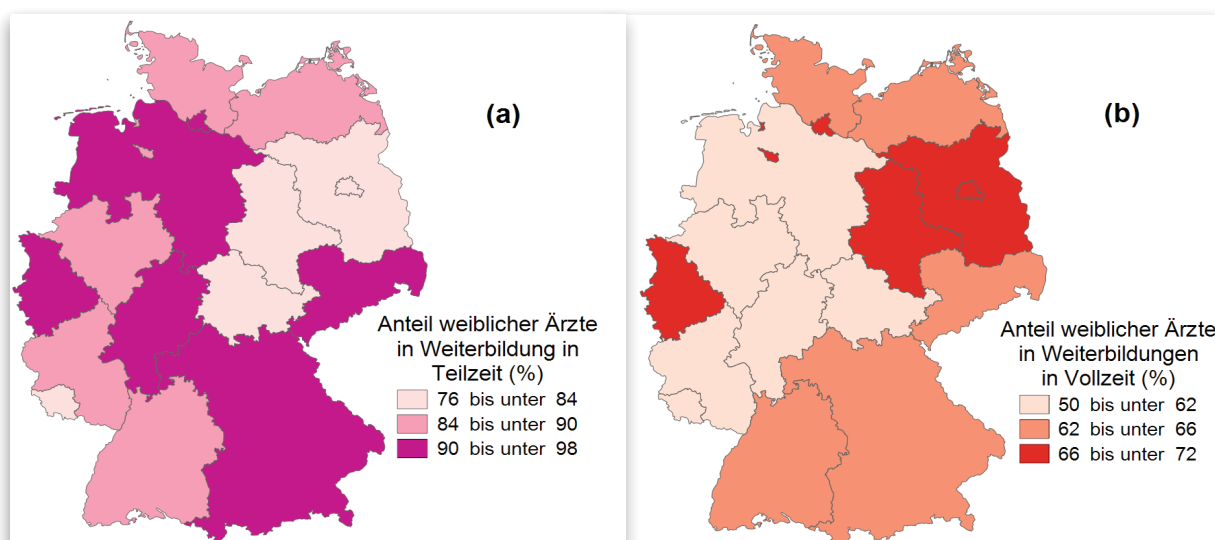
**Abbildung 1:** Hausärztliche Weiterbildungsrelation I [klassiert] nach KV- bzw. Ärztekammerbereichen in den Jahren 2010 - 2012 [Grundlage dieses Indikators ist die Zahl der geförderten Ärzte in Weiterbildung (AiW) pro 100 Hausärzte, beide in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)]

Darüber hinaus wird die *Weiterbildungsrelation I* für die Jahre 2011 und 2012 im Versorgungsatlas auf Kreisebene interaktiv dargestellt. Dabei lässt sich erkennen, dass die Zahl der Kreise mit einer höheren Zahl weitergebildeter VZÄ (drei oder mehr VZÄ jährlich pro 100 Hausärzte) zwischen 2011 und 2012 von knapp unter 200 auf über 230 leicht zugenommen hat. Dagegen liegt die Zahl der Kreise mit einer *Weiterbildungsrelation I* unter drei VZÄ pro 100 Hausärzte fast unverändert bei über 90. Bei den Kreisen ohne jegliche Weiterbildung gab es kaum Verschiebungen. Ihre Gesamtzahl ging von 17 in 2011 auf 15 in 2012 nur unwesentlich zurück (Datenquelle: KBV, 2014).

Bei der Anzahl der geförderten AiW unabhängig von der Beschäftigungsart TZ oder VZ („Köpfe“) wird im Beobachtungszeitraum bundesweit eine Zunahme von 584 AiW gefunden, was einen Anstieg um 18% bedeutet. Für diesen Indikator, die *Hausärztliche Weiterbildungsrelation II*, ergibt sich ein bundesweiter Anstieg um 1,2 (von 6,2 in 2010 auf 7,3 in 2012), was einer Zunahme von knapp 19% entspricht. Die regionale Verteilung ähnelt der *Hausärztlichen Weiterbildungsrelation I*. Die Daten zur *Hausärztlichen Weiterbildungsrelation II* sind im Versorgungsatlas für den Zeitraum 2010 bis 2012 auf KV-Bereichsebene als interaktive Karte verfügbar.

Der Anteil weiblicher AiW in der geförderten allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist sowohl in VZ als auch in TZ steigend, unterscheidet sich

jedoch regional stark (Abbildung 2). Der Anteil weiblicher AiW in VZ liegt je nach Kammerbereich zwischen 50 und 72%. Insbesondere die Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin sowie Brandenburg und Nordrhein weisen große Anteile zwischen 66 und 72% auf. Der Anteil weiblicher AiW ist bei der Beschäftigungsart TZ ist im Vergleich zu VZ noch größer und bewegt sich je nach Kammerbereich zwischen 76 und 98%. In Niedersachsen, Hamburg, Nordrhein, Hessen, Sachsen und Bayern liegt dieser Anteil zwischen 90 und 98%. In den meisten Kammerbereichen ist das Verhältnis von TZ und VZ weiblicher AiW eher komplementär, wobei diese unterschiedlich zu Gunsten einer der beiden Beschäftigungsarten gerichtet sein kann. Ein größerer Anteil von Ärztinnen in Teilzeit geht einher mit einem relativ geringeren Anteil in VZ. Umgekehrt kann ein relativ kleinerer Anteil von Ärztinnen in Teilzeit mit einem größeren Anteil bei Beschäftigung in VZ einhergehen. So ergibt sich bei Beschäftigung in TZ in Niedersachsen und Hessen eine Präferenz weiblicher AiW im Vergleich zu VZ, in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt dagegen gilt dies umgekehrt für Beschäftigung in VZ im Vergleich zu TZ. Es lassen sich allerdings auch Regionen erkennen, in denen weibliche AiW sowohl in TZ als auch in VZ eine große Rolle spielen (z.B. Hamburg und Nordrhein). Im Saarland und in Thüringen dagegen liegen die Anteile weiblicher AiW sowohl in TZ als auch in VZ zwar immer noch über 76 bzw. 50%, sind aber deutlich niedriger als in den meisten anderen Kammerbereichen.



**Abbildung 2:** (a) Anteil weiblicher Ärzte in geförderter Weiterbildung (AiW) in Teilzeit (TZ) an allen AiW in TZ sowie (b) AiW in VZ an allen AiW in VZ (Indikatoren Geschlechtsbezogene hausärztliche Weiterbildung in Voll- und Teilzeit) nach KV- bzw. Kammerbereichen für den Zeitraum 2010 - 2012 [klassiert, in %]

Der Indikator Anteil hausärztlicher Facharztanerkennungen wurde für den gesamten Beobachtungszeitraum als Durchschnittswert berechnet, da sich die Zeitspanne von drei Jahren als zu kurz erwies, um Trends erkennen zu können (Abbildung 3). Dieser Indikator beschreibt regionale Schwerpunkte allgemeinmedizinisch-hausärztlicher Facharztanerkennungen gegenüber denen in anderen Facharztgruppen. Die Spanne für diesen Indikator liegt je nach Kammerbereiche zwischen 6 und 23%. Schwerpunkte hausärztlicher Facharztanerkennungen liegen insbesondere in Rheinland-Pfalz (23%), Schleswig-Holstein (14,5%) und Bayern (12,9%), während dies nicht für Bremen (6,7%), Sachsen (7%) und Sachsen-Anhalt (8%) gilt. Der große Anteil in Rheinland-Pfalz ist jedoch auf einen Sondereffekt im Jahr 2011 zurückzuführen, in welchem von der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz die Wiedereinführung des Facharztes für Allgemeinmedizin beschlossen wurde [20]. Der 106. Deutsche Ärztetag hatte in 2003 den Beschluss gefasst, dass ab 2006 nur noch „Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin“ Hausärzte werden können. Im Zusammenhang mit der Wiedereinführung der alten Facharztbezeichnung war in Rheinland-Pfalz im Rahmen einer Übergangsfrist noch die Umschreibung der Facharztbezeichnung „Allgemeinmedizin“ von vor 2006 in „Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ möglich. Dies wurde von sehr vielen Allgemeinmedizinern genutzt. Der auffällig hohe Wert des Indikators in Rheinland-Pfalz lässt sich also nicht im Zusammenhang mit einem tatsächlichen Anstieg der Weiterbildung im hausärztlichen Bereich erklären.

Der Indikator stellt einen indirekten Hinweis auch auf die Weiterbildung im hausärztlichen Bereich dar, die ja Voraussetzung für die Zulassung zur Facharztprüfung für Allgemeinmedizin ist. Wie aber das Beispiel Rheinland-Pfalz zeigt, müssen bei der Interpretation regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Die *Ermächtigungsquote hausärztliche Weiterbildung* in 2012 (Abbildung 4) zeigt eine Annäherung an das regional verfügbare hausärztliche Weiterbildungspotential. Auch für diesen Indikator finden sich regionale Unterschiede beim Anteil der zur Weiterbildung befugten und damit potentiell verfügbaren Hausärzte. Im Bundesdurchschnitt kommen 22,6 weiterbildungsbefugte Hausärzte

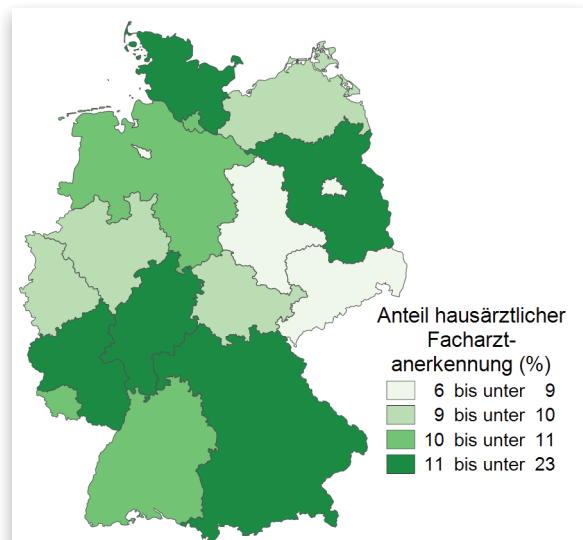


Abbildung 3: Anteil der hausärztlichen an allen Facharztanerkennungen im Dreijahreszeitraum 2010 - 2012 nach Ärztekammerbereichen [klassiert, in %]

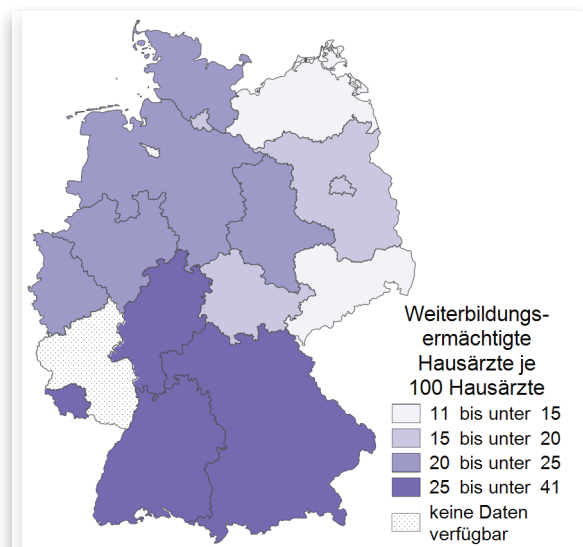


Abbildung 4: Quote aus Anzahl der im hausärztlichen Bereich zur Weiterbildung befugten Ärzte in 2012 (2014\*) und den in 2012 zugelassenen Hausärzten nach Ärztekammer- bzw. KV-Bereichen (Indikator Ermächtigungsquote hausärztliche Weiterbildung als Zahl der weiterbildungsbefugten Allgemeinmediziner auf 100 Hausärzte) [klassiert]

(\*) nur für fünf Kammerbereiche liegen Daten aus 2012 vor, so dass in den übrigen Kammerbereichen auf Daten mit Stand Jahresmitte 2014 zurückgegriffen werden musste. Für Rheinland-Pfalz konnte kein Wert errechnet werden, da keine Daten verfügbar waren. Wegen dieser methodischen Einschränkung handelt es sich bei diesem Indikator bezogen auf das Jahr 2012 somit lediglich um einen Näherungswert.

auf 100 vertragsärztlich tätige Hausärzte. Die Spanne des Indikators liegt in den Kammerbereichen unter Ausschluss von Rheinland-Pfalz, für das keine Daten vorliegen, zwischen 11,5 und 41,4. Dabei unterscheiden sich die Kammerbereiche der neuen Bundesländer (durchschnittlich 16,1; Spanne 11,5-22,0) und der alten Bundesländer, bei letzteren aber auch die Flächenstaaten



(alte Bundesländer ohne Berlin, Hamburg, Bremen und Rheinland-Pfalz durchschnittlich 26,6; Spanne 22,8-41,4) und die Stadtstaaten (im Durchschnitt 16,4, Spanne 14,1-18,7) deutlich. Im westlichen Landesteil ist deskriptiv darüber hinaus ein Süd-Nord-Gefälle zu erkennen. Wegen der methodisch bedingten Einschränkungen bei der Berechnung dieses Indikators wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich überwiegend um Näherungswerte handelt. Lediglich für die Kammerbereiche Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Sachsen und Westfalen-Lippe lagen Daten zur Zahl der Weiterbildungsbefugten Ärzte im hausärztlichen Bereich aus 2012 vor. Für alle anderen Kammerbereiche waren ausschließlich Angaben mit Stand Jahresmitte 2014 verfügbar, die somit lediglich eine Annäherung an die tatsächliche Situation in 2012 darstellen können.

## Diskussion

### Regionale Unterschiede

Zwischen 2010 und 2012 verzeichnete die *Hausärztliche Weiterbildungsrelation I* (AiW als VZÄ pro 100 Hausärzte als VZÄ) bundesweit einen Anstieg von 20%. Dieser Anstieg resultierte in erster Linie aus der steigenden Zahl von Ärzten in geförderter allgemeinmedizinischer Weiterbildung (in Vollzeitäquivalenten; VZÄ) bei gleichzeitig leicht sinkender Anzahl der Hausärzte (ebenfalls in VZÄ). Bei der regionalen Verteilung (Abbildung 1; Tabelle 1 im Anhang) wiesen Hamburg, Schleswig-Holstein, Berlin und Bayern schon zu Beginn des Förderprogramms einen vergleichsweise hohen hausarztbezogenen Weiterbildungsanteil auf. Der Indikator ist bereits 2010 hoch und kann gehalten bzw. nochmals gesteigert werden. Thüringen dagegen wies 2010 den geringsten Wert auf und setzte dieses Niveau auch über die Jahre fort. Niedersachsen, Nordrhein und Sachsen halten ein mittleres Niveau. Alle anderen Kammerbereiche können Fortschritte verzeichnen. Die geographische Verteilung der *Hausärztlichen Weiterbildungsrelation II*, deren Grundlage die absoluten Arztszahlen ohne Berücksichtigung der Beschäftigungsart (TZ oder VZ) ist, verhält sich ähnlich. Bei der beobachteten Entwicklung ist zu berücksichtigen, dass die Zuwendungen seit 2010 deutlich erhöht wurden, was nahelegt, dass finanzielle Inzentivierungsmechanismen

unter Umständen wirksam sein können.

Insgesamt weisen die beiden Indikatoren *Hausärztliche Weiterbildungsrelation I und II* mit der Intensivierung des Förderprogramms seit 2010 zwar eine leicht positive Entwicklung auf, die in der Vereinbarung angestrebte Zahl von jährlich 5.000 allgemeinmedizinisch weitergebildeten Ärzten wird jedoch bei Weitem nicht erreicht. Die regionalen Unterschiede geben Hinweise dafür, dass bereits ergriffene Fördermaßnahmen von ihrem regionalen Wirkungsspielraum abhängen und Veränderungen in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung anhand der genutzten Indikatoren erst zeitlich verschoben auftreten können. Die Förderung stieg von 76 Mio. € in 2010 auf knapp 91 Mio. € in 2012 [18].

Bei der geschlechtsbezogenen Auswertung zeigt sich, dass die hausärztliche Weiterbildung insgesamt stark weiblich geprägt ist. Insgesamt überwiegt in der Humanmedizin die Zahl der weiblichen Studenten seit Jahren die der männlichen. So zeigen die bundesweiten Daten des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) für den 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (sogenanntes „Physikum“) in den Jahren 2007 - 2012 jeweils einen Anteil von über 60% weiblicher Prüfungsanwärter (höchster Anteil in 2009 mit 64%; Datenquelle: [21]; eigene Berechnungen). In einer Umfrage des Hartmannbunds unter Medizinstudenten und -studentinnen (n=4.396) im Jahr 2012 lag die Präferenz weiblicher Studierender für eine zukünftige Hausarztztätigkeit mit 23% über der ihrer männlichen Kommilitonen (20%) [22]. Der Anteil von Ärztinnen in der geförderten allgemeinmedizinischen Weiterbildung liegt sowohl in TZ als auch in VZ in allen Kammerbereichen über 50%, überwiegt in TZ sogar mit 75% noch deutlicher. Die regionalen Darstellungen der Beschäftigungsformen TZ bzw. VZ (Abbildungen 2 a/b) lassen aber deutliche Unterschiede erkennen. Die regionale Verteilung zeigt, dass vor allem in einigen neuen Bundesländern und in den Stadtstaaten bei Ärztinnen in geförderter Weiterbildung zur Hausärztin die Vollzeitvariante gegenüber den männlichen AiW deutlich überwiegt, z. B. mit bis zu 72% in Berlin. Dagegen präferieren weibliche AiW in einigen alten Bundesländern und Sachsen im Vergleich zu den männlichen AiW die Teilzeit-Variante deutlich gegenüber VZ. Ein besonders hoher Frauenanteil für Weiterbildung von Ärztinnen in TZ

findet sich in Nordrhein (97,0%), Sachsen (96,6%) und Hessen (94,8%). Es ist davon auszugehen, dass die Entwicklung zu mehr Ärztinnen in der hausärztlichen Versorgung in naher Zukunft weitergehen wird. 2012 erfolgten bereits 67% der allgemeinmedizinischen bzw. hausärztlichen Facharztanerkennungen für Ärztinnen, während der weibliche Anteil bei Berücksichtigung aller Facharztprüfungen nur bei 50,5% lag [18].

Die Daten lassen insgesamt erkennen, dass das Förderprogramm vermutlich abhängig von regional unterschiedlichen Lebensumfeldern und Präferenzen, Ärztinnen verschiedene Optionen in TZ bzw. VZ ermöglicht, ihre allgemeinmedizinische Weiterbildung entsprechend konkreter persönlicher Lebensumstände anzugehen. Dieser Umstand trägt ebenfalls zur zukünftigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland bei und sollte bei der Umsetzung des Förderprogramms weiterhin berücksichtigt bleiben. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang auch die sogenannte „HB-Umfrage“ des Hartmannbunds unter Assistenzärzten und -ärztinnen im Jahr 2012 (n=900, davon 61% weiblich), laut der 80% der Ärztinnen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf für einen bestimmten Zeitraum eine Teilzeitanstellung annehmen würden, aber nur 50% der Ärzte [23].

Eine direkte Korrelation zwischen den *Hausärztlichen Weiterbildungsrelationen I und II* (Abbildung 1) und den allgemeinmedizinischen Facharztanerkennungen (Abbildung 3) auf regionaler Ebene ist aus methodischen Gründen nicht möglich. Bei deskriptiver Betrachtung fällt jedoch auf, dass in Kammerbereichen mit hohen Werten für die hausärztlichen Weiterbildungsrelationen wie Bayern, Schleswig-Holstein und Hessen im Beobachtungszeitraum auch ein größerer Anteil von hausärztlichen Facharztanerkennungen erfolgte als in anderen Kammerbereichen. Dagegen lag dieser Anteil in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg niedriger, während gleichzeitig relativ hohe Weiterbildungsrelationen zu beobachten waren. Der Anteil allgemeinmedizinischer Facharztprüfungen an der Gesamtzahl der abgelegten Prüfungen liegt hier niedriger. Dagegen ist dieser Anteil z. B. in Brandenburg hoch, die hausärztlichen Weiterbildungsrelationen jedoch niedriger. Überraschend niedrig ist der Anteil hausärztlicher Facharztanerkennungen in Sachsen und Sachsen-Anhalt. Es ergeben sich

somit Hinweise dafür, dass das Förderprogramm Weiterbildung Allgemeinmedizin sowohl für die Wahl des Kammerbereichs, in dem die Weiterbildung durchgeführt wird, als auch für die Wahl der Ärztekammer zur Ablegung der Facharztprüfung den zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzten einigen Entscheidungsspielraum belässt, der auch genutzt wird. Aber auch andere Hypothesen können zur Erklärung gebildet werden, z. B. Präferenz der Ausbildung zum Facharzt in einigen Regionen statt der Ausbildung zum Hausarzt aufgrund größerer Attraktivität fachärztlicher Tätigkeit selbst oder das Ausweichen zur Weiterbildung aus Stadtstaaten in andere Kammerbereiche im Umland.

Bei der Ermächtigungsquote für die allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Weiterbildung deutet sich ein geografisches Ost-West- bzw. auch Stadt-Land-Gefälle an (Abbildung 4). Die Spanne bewegt sich bundesweit (ohne Rheinland-Pfalz) zwischen 10,5 und 41,4 weiterbildungsbefugten Ärzten pro 100 Hausärzte. Insgesamt verfügen die neuen Bundesländer und die drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg über einen geringeren Anteil weiterbildungsbefugter Hausärzte als die Kammerbereiche der Flächenstaaten unter den alten Bundesländer (ohne Berlin, Bremen, Hamburg und Rheinland-Pfalz). Möglicherweise könnten hier Maßnahmen, die die Zahl der weiterbildungsbefugten Allgemeinmediziner erhöhen, zu einer Verbesserung der Gesamtsituation beitragen.

Aus der deskriptiven Gesamtschau der Daten lassen sich jedoch nicht ohne weiteres Rückschlüsse auf die Attraktivität bzw. Effizienz der Weiterbildung in bestimmten Kammerbereichen ziehen. Es ist bei der Interpretation u. a. zu berücksichtigen, dass ÄiW einzelne Ausbildungsabschnitte in kammerfremden Bereichen ableisten können, was z. B. auch von ÄiW aus Stadtstaaten in den angrenzenden bzw. umschließenden Flächenländern wahrgenommen wird. Die Facharztprüfung muss aber immer in dem Kammerbereich abgelegt werden, wo der letzte Weiterbildungsabschnitt absolviert wurde. Andererseits weisen die Kammerbereiche der Stadtstaaten eher höhere Weiterbildungsrelationen auf als diejenigen der Flächenstaaten, was wiederum ein Hinweis für deren Attraktivität für die hausärztliche Weiterbildung sein kann.

Neben rein quantitativen Auswertungen sollen jedoch auch noch einige qualitative Aspekte berücksichtigt werden. Ergebnisse der Medizinstudierendenbefragung des Hartmannbundes (n=4.396) aus 2012 [21] zeigen, dass unter Medizinstudenten prinzipiell eine große Bereitschaft besteht, zu einem späteren Zeitpunkt in eine eigene Praxis zu wechseln (85% stimmen zu). 90% ziehen eine Gemeinschaftspraxis bzw. Praxiskooperation oder ein MVZ einer Einzelpraxis vor, die sich nur 10% vorstellen können. Allerdings geben über drei Viertel der Medizinstudenten an, sich nur in Städten mit einer Einwohnerzahl von mindestens 50.000 Einwohnern oder in noch größeren Gemeinden niederlassen zu wollen. Als häufigste Faktoren, die eine Niederlassungsentscheidung beeinflussen können, wurden Kinderbetreuung (63%), kostenlose Praxisräume (59%) und Arbeitsplatz des Lebenspartners (51%) genannt. Einen Kompromiss in dem Sinne, auf dem Land in der Praxis zu arbeiten, aber in der Stadt zu wohnen, ist für eine deutliche Mehrheit von 80% zumindest vorstellbar. Dabei geben 47% an, Anfahrtswege von bis zu 50 km in Kauf zu nehmen [21]. Zur weiteren Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung im ambulanten hausärztlichen Bereich sollten daher auch die Lebens- und Arbeitsvorstellungen zukünftiger Ärzte- und Ärztinnengenerationen frühzeitig Berücksichtigung finden. Die qualitative Anpassung der geförderten Weiterbildung Allgemeinmedizin an sich verändernde Lebensplanungen potentieller zukünftiger Hausärzte ist eine weitere Voraussetzung für den mittel- und langfristigen, nachhaltigen Erfolg dieses Programmes.

### Gesamtbeurteilung

Die in dieser Untersuchung genutzten Indikatoren bieten Hinweise dafür, dass durch die geförderte Weiterbildung im Dreijahreszeitraum 2010 - 2012 bei deutlicher Erhöhung der finanziellen Zuwendungen [18] eine geringe Zunahme der im Förderprogramm Allgemeinmedizin weitergebildeten VZÄ von 20% eingetreten ist. Die in der Vereinbarung vorgesehene Zahl von jährlich 5.000 ÄiW in der Allgemeinmedizin wird jedoch bei Weitem nicht erreicht.

Ob und inwieweit die Zahl der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin durch das Förderprogramm gesteigert wird, kann nicht beurteilt werden. In jedem Fall reicht der Beitrag des Förderprogramms angesichts der

Größenordnung des zu lösenden Problems nicht aus. Die Zahl der allgemeinmedizinischen Facharztanerkennungen liegt im Beobachtungszeitraum bundesweit deutlich unter den Werten, die für den in den kommenden Jahren zu erwartendem Ersatz für ausscheidende Hausärzte benötigt werden. Gemäß dem jüngsten KBV-Ärztemonitor werden in den kommenden 5 Jahren 25% der Vertragsärzte ausscheiden, im Mittel also etwa 5% pro Jahr [1]. Bei bundesweit knapp über 52.000 Hausärzten in 2012 (vgl. Tabelle im Anhang) müssten somit jährlich mindestens etwa 2.600 hausärztliche VZÄ ersetzt werden, nur um den aktuellen Stand in der hausärztlichen Versorgung zu halten. Nicht berücksichtigt ist potentieller Mehrbedarf durch eine demografisch bedingte quantitative und qualitative Zunahme der behandlungsbedürftigen Morbidität sowie durch neue Arbeitszeitmodelle in der Versorgung wie z. B. die Zunahme von Teilzeittätigkeit.

Mit jährlichen allgemeinmedizinischen Facharztanerkennungen zwischen 1.085 und 1.374 im Zeitraum 2010 und 2012 [16-18] ist perspektivisch schon der einfache Ersatzbedarf nicht zu decken. In 2012 entsprechen die Facharztanerkennungen einem Quotienten von knapp 64% aus abgelegten allgemeinmedizinischen Facharztprüfungen und weitergebildeten VZÄ. Es ist darüber hinaus davon auszugehen, dass nicht alle Allgemeinmediziner nach Abschluss der Weiterbildung in die hausärztliche Versorgung gehen. Der Quotient aus den in der hausärztlichen Versorgung tatsächlich zur Verfügung stehenden Ärzten und weitergebildeten VZÄ dürfte daher noch niedriger sein, kann aber mangels belastbarer Daten im Rahmen dieser Untersuchung nicht abgeschätzt werden. Somit steht außer Frage, dass das Förderungsprogramm in seiner jetzigen Form die erforderliche Zahl von Hausärzten in absehbarer Zeit nicht rekrutieren kann.

### Limitationen

Die Untersuchung weist folgende Beschränkungen auf:

- Aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums für die Jahre 2010 bis 2012 bleibt die Auswertung ausschließlich deskriptiv und verzichtet auf Trendanalysen.
- Bei dem Indikator *Ermächtigungsrelation hausärztlicher Weiterbildung* handelt es sich

um einen Annäherungswert. Die als Nenner für diesen Quotient genutzte Anzahl der im hausärztlich-ambulanten Bereich tätigen Ärzte waren Daten für 2012, das letzte Jahr des Beobachtungszeitraums dieser Studie, verfügbar. Zeitlich synchrone Daten für die als Zähler definierte Anzahl der weiterbildungsbefugten Hausärzte liegen nur aus fünf Landesärztekammerbereichen vor (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe). Für Rheinland-Pfalz sind gar keine Daten verfügbar. Für die übrigen Kammerbereiche waren ausschließlich Daten aus der Jahresmitte 2014 zu erhalten, die somit lediglich eine Annäherung an die tatsächliche Situation in 2012 darstellen.

- Die Aussagekraft der *Weiterbildungsrelationen I und II* ist eingeschränkt, da die der Berechnung zugrunde liegenden Werte, Anzahl der Hausärzte im Nenner und Ärzte in hausärztlicher Weiterbildung (AiW) im Zähler, voneinander abhängen. Ohne das Vorhandensein von Hausärzten kann keine entsprechende Weiterbildung erfolgen, ohne weitergebildete Allgemeinmediziner ist die Neubesetzung von frei werdenden Hausarztsitzen nicht möglich. Einerseits kann der Quotient steigen, wenn die Zahl der Hausärzte sinkt, aber die Zahl der AiW gleichbleibt. In diesem Fall verteilt sich die Last der Weiterbildung auf weniger Schultern. Andererseits kann der Quotient unverändert bleiben, wenn die Anzahl der tätigen Hausärzte und die Anzahl der AiW gleichermaßen steigen. Aktuell standen jedoch keine anderen Daten für die Berechnungen zur Verfügung, mit denen eine besser beurteilbare, regionalisierte Darstellung der Entwicklung kartografisch möglich wäre. Um dem Dilemma dieser Beschränkung entgegenzuwirken, werden in der Tabelle (im Anhang) die dem Indikator *Hausärztliche Weiterbildungsrelation I* zugrunde liegenden Daten im Einzelnen dargestellt, so dass für jeden Kammer- bzw. KV-Bereich beide zugrundeliegenden Faktoren, die Entwicklung der Zahl der Hausärzte und der AiW, getrennt voneinander betrachtet und beurteilt werden können.
- Aus methodischen Gründen können die verschiedenen gewählten Indikatoren nicht

direkt verglichen und daher auch mathematisch nicht korreliert werden. Daher bleibt die Untersuchung ausschließlich deskriptiv und auf den Einsatz analytischer Methoden wird verzichtet. Die verschiedenen Indikatoren erlauben lediglich einen Blick auf die Lage und Entwicklung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin aus verschiedenen Perspektiven.

- Bundesweit liegen ausschließlich Daten zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung vor, die gemäß der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung aus 2009 [4] durchgeführt wird. Daten zu Weiterbildungen auf Grundlage individueller Verträge zwischen weiterbildenden und weiterzubildenden Ärzten werden nicht erhoben. Es sind keine Indikatoren bekannt, mit denen der Umfang nicht geförderter hausärztlicher Weiterbildungen abgeschätzt werden kann.

#### Schlussfolgerung

Erfolge aufgrund des neuen Förderprogramms zur Weiterbildung von Ärzten in der Allgemeinmedizin seit 2010 können anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse angenommen werden. Die in der Vereinbarung zum Förderprogramm angestrebte Zahl von 5.000 jährlich weitergebildeten Ärzten wird aber bei Weitem nicht erreicht. Bei Ärztinnen in Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin spielt Teilzeittätigkeit eine sehr große Rolle. Hier werden allerdings große regionale Unterschiede beobachtet. Die Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin ist auf fünf Jahre in Vollzeit angelegt; wird sie in Teilzeit absolviert, verlängert sich die Weiterbildungszeit entsprechend. Damit wird auch die Verfügbarkeit der Weitergebildeten für die hausärztliche Versorgung zeitlich hinausgeschoben.

Das Förderprogramm Allgemeinmedizin in seiner seit 2010 bestehenden Form weist bei der Untersuchung anhand der Indikatoren dieser Studie regionale Unterschiede sowohl auf KV-Bereichsebene als auch auf Kreisebene auf. Die gefundenen regionalen Unterschiede können somit im Einzelfall geprüft werden, um möglicherweise ungünstige regionale Entwicklungen zu erkennen und durch entsprechende spezifische Maßnahmen und Impulse richtungsweisend



positiv zu beeinflussen. Maßnahmen zur weiteren Verbesserung könnten u. a. sein, regionsabhängig die Zahl der Weiterbildungsbefugten zu erhöhen, die Motivation der Ärzte mit vorhandener Weiterbildungsbefugnis tatsächlich auch weiterzubilden zu erhöhen, die Motivation der Interessenten auf nicht genutztes Weiterbildungspotential zu lenken sowie Teilzeitmodelle weiter zu entwickeln.

Trotz bundesweit leicht steigender Zahlen im Ergebnis der geförderten allgemeinmedizinischen Weiterbildung zwischen 2010 und 2012, reichen die bisher weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte prospektiv nicht aus, um den entstehenden Bedarf durch das erwartete Ausscheiden niedergelassener Hausärzte aus der Versorgung kurz- bis mittelfristig zu decken. Effektive allgemeinmedizinische Weiterbildung ist eine der Grundlagen für eine auch zukünftig gesicherte hausärztliche Versorgung in Deutschland. Das bestehende Förderprogramm muss daher dringend um zusätzliche Maßnahmen erweitert werden, um die hausärztliche Versorgung auch zukünftig sicherzustellen. Entsprechende erforderliche Maßnahmen beinhalten z. B. erhöhte und angemessene Vergütung für die weiterzubildenden und Zuschüsse für die weiterbildenden Ärzte sowie die Ko-Finanzierung von dringend erforderlichen Infrastrukturmaßnahmen im Bereich der hausärztlichen Weiterbildung. Für diese Fördermaßnahmen kann die Einrichtung einer Stiftung einen erfolgreich gangbaren Weg weisen.

## Literatur

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ärztemonitor 2014. Berlin 2014. Link: <http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php> (letzter Zugriff am 08.07.2014)
2. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KVRP). Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2014. Bevölkerung - Ärzteschaft - Versorgungsstrukturen. Mainz, 2014; S. 41. Link: [http://www.kvrlp.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP\\_Versorgungsatlas\\_2014.pdf](http://www.kvrlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_2014.pdf)
3. Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJ). Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin 2008. Link: <http://www.gesetze-im-internet.de/gkvsolg/BJNR385300998.html> (letzter Zugriff am 08.07.2012)
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung. Berlin 2009. Link: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Allgemeinmedizin-1.pdf> (letzter Zugriff am 09.07.2014)
5. Die Bundesregierung. Koalitionsvertrag - 18. Legislaturperiode. Berlin 2013. Link: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html> (letzter Zugriff am 09.07.2014)
6. Deutsches Ärzteblatt. KV stellt Medizinstudierenden ambulante Einrichtungen auf dem Land vor (2014). Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58934/KV-stellt-Medizinstudierenden-ambulante-Einrichtungen-auf-dem-Land-vor> (letzter Zugriff am 09.07.2014)
7. Deutsches Ärzteblatt. Sachsen-Anhalt: Förderprogramm für mehr Hausärzte erweitert (03.07.2014). Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59256/Sachsen-Anhalt-Foerderprogramm-fuer-mehr-Hausaerzte-erweiter> (letzter Zugriff am 09.07.2014)
8. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt. Ärzte in Weiterbildung. Magdeburg o. J. Link: [http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/aerzte\\_in-weiterbildung.html](http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/aerzte_in-weiterbildung.html) (letzter Zugriff am 6.8.2014)
9. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt. Medizinstudierende. Magdeburg o. J. Link: <http://www.kvsa.de/praxis/medizinstudierende.html> (letzter Zugriff am 6.8.2014)



10. Deutsches Ärzteblatt. Mentorium Allgemeinmedizin bietet praktische Einblicke in den Hausarztberuf (04.07.2014). Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59275/Mentorium-Allgemeinmedizin-bietet-praktische-Einblicke-in-den-Hausarztberuf> (letzter Zugriff am 09.07.2014)
11. Deutsches Ärzteblatt. Breite Förderung für ambulante Medizin in Thüringen (15.5.2014). Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58690/Breite-Foerderung-fuer-ambulante-Medizin-in-Thueringen?s=th%FCrungen> (letzter Zugriff am 11.7.2014)
12. Deutsches Ärzteblatt. Thüringen: Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung erfolgreich (23.7.2014). Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59476/Thueringen-Foerderung-ambulanter-aerztlicher-Versorgung-erfolgreich> (letzter Zugriff am 6.8.2014)
13. Deutsches Ärzteblatt. Niederlassung in Niedersachsen mit einer Million Euro gefördert (31.3.2014). Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58164/Niederlassung-in-Niedersachsen-mit-einer-Million-Euro-gefoerdert?s=niederlassen+in+niedersachsen> (letzter Zugriff am 17.7.2014)
14. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH). Bad Segeberg (persönliche Mitteilung vom 25.7.2014)
15. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG - AFS). Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung in Deutschland. Hannover o. J. Link: [http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Massnahmen\\_web.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Massnahmen_web.pdf) (letzter Zugriff am 6.8.2014)
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Evaluationsbericht 2010: Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Berlin 2012. Link: [http://www.kbv.de/html/themen\\_2861.php](http://www.kbv.de/html/themen_2861.php) (letzter Zugriff am 09.07.2014)
17. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Evaluationsbericht 2011: Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Berlin 2013. Link: [http://www.kbv.de/html/themen\\_2861.php](http://www.kbv.de/html/themen_2861.php) (letzter Zugriff am 09.07.2014)
18. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Evaluationsbericht 2012: Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Berlin 2013. Link: [http://www.kbv.de/html/themen\\_2861.php](http://www.kbv.de/html/themen_2861.php) (letzter Zugriff am 09.07.2014)
19. Schulz M, Hering R, Bätzing-Feigenbaum J, Mangiapane S, v Stillfried D. Erläuterungen zum Beitrag Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner (nach Arztgruppen) - Update 2011/2012. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas. Berlin 2014. Link: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=20>
20. Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz verabschiedet in der 6. Sitzung der 11. Vertreterversammlung vom 05.05.2004 i. d. F. der 19. Änderung der 6. Sitzung der 13. Vertretervers. vom 07.05.14 - in Kraft getreten am 02.07.2014 zuletzt genehmigt mit Schreiben des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie RLP vom 12.05.14, Az. 652-01 723-17.1. Koblenz, 2014: 18-19. Link: <http://www.laek-rlp.de/downloads/wbo.pdf> (letzter Zugriff am 6.8.2014)
21. Deutsche Hochschulmedizin e. V., Verband der Universitätsklinika Deutschlands, Medizinischer Fakultätentag. Landkarte Hochschulmedizin. Lehre Humanmedizin - Teilnehmer/innen schriftliche Prüfungen. Link: <http://www.landkarte-hochschulmedizin.de> (letzter Zugriff am 16.7.2014)
22. Hartmannbund. Der Arztberuf von morgen - Erwartungen und Perspektiven einer Generation Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder

- Ärztin?“. Berlin 2012. Link: [http://www.hartmannbund.de/uploads/2012\\_Umfrage-Medizinstudierende.pdf](http://www.hartmannbund.de/uploads/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf) (letzter Zugriff am 16.7.2014)
23. Hartmannbund. Assistenzarzt (m/w) 2012 - Die HB-Umfrage. Berlin 2012. Link: [http://www.hartmannbund.de/uploads/Downloads/2012\\_Umfrage-ASSI2012.pdf](http://www.hartmannbund.de/uploads/Downloads/2012_Umfrage-ASSI2012.pdf) (letzter Zugriff am 16.7.2014)
24. Mangiapane S, von Stillfried D. Infoblatt: Ärzte je 100.000 Einwohner. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas. Berlin 2012. Link: [http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/20/Arztzahlen\\_Infoblatt.pdf](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/20/Arztzahlen_Infoblatt.pdf) (letzter Zugriff am 17.7.2014)

## Anhang

KV- bzw. Ärztekammerbereich	HA 2010 [vZÄ]	AiW 2010 [vZÄ]	Weiterbildungsrelation I 2010
Baden-Württemberg	6.977,5	183,31	2,63
Bayerns	8.836,8	381,34	4,32
Berlin	2.376,3	137,92	5,80
Brandenburg	1.493,3	41,43	2,77
Bremen	449,8	15,21	3,38
Hamburg	1.244,0	73,27	5,89
Hessen	3.845,2	141,33	3,68
Mecklenburg-Vorpommern	1.116,5	24,22	2,17
Niedersachsen	4.878,5	160,25	3,28
Nordrhein	5.952,3	193,48	3,25
Rheinland-Pfalz	2.611,2	69,46	2,66
Saarland	648,2	20,20	3,12
Sachsen	2.640,0	86,98	3,29
Sachsen-Anhalt	1.445,0	29,67	2,05
Schleswig-Holstein	1.892,9	98,55	5,21
Thüringen	1.449,0	30,98	2,14
Westfalen-Lippe	4.850,3	121,08	2,50
Summe (Bund)	52.706,4	1.808,68	3,43
KV- bzw. Ärztekammerbereich	HA 2011 [vZÄ]	AiW 2011 [vZÄ]	Weiterbildungsrelation I 2011
Baden-Württemberg	6.937,0	205,52	2,96
Bayerns	8.774,8	380,74	4,34
Berlin	2.372,5	163,58	6,89
Brandenburg	1.504,3	47,83	3,18
Bremen	440,5	14,24	3,23
Hamburg	1.235,8	76,48	6,19
Hessen	3.839,9	156,77	4,08
Mecklenburg-Vorpommern	1.106,8	35,42	3,20
Niedersachsen	4.878,0	169,24	3,47
Nordrhein	5.947,8	198,44	3,34
Rheinland-Pfalz	2.624,6	67,92	2,59
Saarland	650,4	27,59	4,24
Sachsen	2.663,5	86,20	3,24
Sachsen-Anhalt	1.431,5	42,97	3,00
Schleswig-Holstein	1.866,4	93,54	5,01
Thüringen	1.427,5	39,90	2,80
Westfalen-Lippe	4.825,0	136,71	2,83
Summe (Bund)	52.525,9	1.943,09	3,70

KV- bzw. Ärztekammerbereich	HA 2012 [VZÄ]	AiW 2012 [VZÄ]	Weiterbildungsrelation I 2012
Baden-Württemberg	6.914,0	260,57	3,77
Bayerns	8.728,3	411,96	4,72
Berlin	2.382,0	188,83	7,93
Brandenburg	1.485,5	50,45	3,4
Bremen	439,5	17,72	4,03
Hamburg	1.239,5	83,75	6,76
Hessen	3.842,6	169,83	4,42
Mecklenburg-Vorpommern	1.113,3	42,00	3,77
Niedersachsen	4.855,3	167,40	3,45
Nordrhein	5.948,8	208,59	3,51
Rheinland-Pfalz	2.592,1	78,85	3,04
Saarland	649,1	27,08	4,17
Sachsen	2.658,5	98,69	3,71
Sachsen-Anhalt	1.432,3	51,88	3,62
Schleswig-Holstein	1.830,3	108,98	5,95
Thüringen	1.440,5	42,77	2,97
Westfalen-Lippe	4.805,0	146,26	3,04
Summe (Bund)	52.356,3	2.155,61	4,12

**Tabelle:** Anzahl der Hausärzte (HA; Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten), Ärzte in geförderter Weiterbildung (AiW), beide angegeben in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), und daraus errechneter Indikator Hausärztliche Weiterbildungsrelation I (AiW pro 100 Hausärzte) nach KV- bzw. Landesärztekammerbereichen für die Jahre 2010 bis 2012 [Datenquellen: 16-19;24]