

# Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zum sogenannten „Quereinstieg“

Zunehmend häufiger können in Deutschland Vertragsarztsitze für die hausärztliche Versorgung nicht mehr besetzt werden, dieses gilt insbesondere im ländlichen Bereich. Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung ist durch den absehbaren Hausarztmangel zukünftig empfindlich gefährdet.

Im Moment liegt die durchschnittliche Weiterbildungszeit von Allgemeinärzten bei fast acht Jahren. Durch eine bessere Strukturierung der Weiterbildung (innerhalb strukturierter Weiterbildungsverbände) kann die Weiterbildungszeit verkürzt und deren Qualität trotzdem erheblich verbessert werden. **Die sinnvollste und daher prioritär zu fördernde Maßnahme zur Sicherstellung des notwendigen hausärztlichen Nachwuchses ist die Förderung strukturierter Weiterbildungsverbände.**

Angesichts einer nicht bedarfsgerechten und sogar weiter zurückgehenden Zahl absolvierter Facharztprüfungen (Fachärzte<sup>1</sup> für Allgemeinmedizin) wurde als mögliche kurzfristige Lösung der sogenannte „Quereinstieg“ vorgeschlagen. Darunter versteht man im Vergleich zu den Anforderungen der fünfjährigen Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin eine auf zwei bis drei Jahre verkürzte Weiterbildungszeit für Ärzte anderer Fachrichtungen, die sich mindestens fünf Jahre in patientennahen Bereichen qualifiziert haben. Ein Vorschlag für die Anrechenbarkeit dieser Weiterbildungszeiten für maximal zwei Jahre wird in **Tabelle 1** gemacht.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Argumente für und gegen einen entsprechenden Quereinstieg aufgeführt werden.

## Argumente pro Quereinstieg

### Der Quereinstieg...

- kann kurzfristig die Zahl der für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Ärzte erhöhen,
- ermöglicht eine relativ kurzfristige Lösung für Engpässe in der Versorgung,
- ist möglicherweise ein attraktives Angebot für Fachärzte in Spezialisierungen mit geringen Niederlassungsoptionen oder Versorgungsbedarf, die im ambulanten Bereich arbeiten wollen und
- honoriert ärztliche Erfahrung in anderen Fachgebieten.

Bedingung: Kriterien für einen Quereinstieg erfordern in jedem Fall eine klare Definition.

---

<sup>1</sup> Wenn in diesem Zusammenhang die männliche Form benutzt wird, geschieht dies nur aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Männer und Frauen.

## Argumente contra Quereinstieg

### Der Quereinstieg...

- be- oder verhindert ohnehin notwendige strukturelle Reformen (Medizinstudium, Weiterbildung, Vergütung), um den Facharzt für Allgemeinmedizin für Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung zu einem attraktiven Weiterbildungsziel machen,
- fördert die Weiterbildung von Ärzten in Spezialisierungen, in denen kein Bedarf besteht,
- kann eine kompetente breite allgemeinmedizinische Grundversorgung nicht ersetzen bzw. nicht garantieren,
- verlängert die individuelle Weiterbildungszeit,
- suggeriert, dass eine qualifizierte allgemeinmedizinische Versorgung von allen Ärzten geleistet werden kann, und ein fachlich einschlägig qualifizierter Facharzt für Allgemeinmedizin im Grunde überflüssig ist,
- demotiviert dadurch den in Weiterbildung befindlichen Nachwuchs der Allgemeinmedizin (eine Schlechterstellung gegenüber Quereinsteigern ist nicht akzeptabel),
- höhlt die bestehende Weiterbildungsordnung mit den begründeten Schwerpunkten Allgemeinmedizin und Innere Medizin aus,
- bedeutet eine nicht gesicherte Finanzierung des Qualifikationsweges von Quereinsteigern und
- beinhaltet keine Option über den Quereinstieg qualifizierte Ärzte zu verpflichten, sich in einem unterversorgten Gebiet niederzulassen.

**Es wird deutlich, dass der Quereinstieg nur eine befristete „Notlösung“ und kein optimaler Lösungsansatz gegen den Hausarztmangel sein kann.** Gesellschaft und Patienten müssen sich auf die Qualifizierung von Hausärzten verlassen können. Es ist bislang unklar, welche Abschnitte für einen Quereinstieg angerechnet werden können und in welchem Umfang bzw. wo eine verkürzte Qualifizierung stattfinden soll.

Eine Einzelfallentscheidung über den notwendigen Umfang der verkürzten Weiterbildung wäre entweder anfällig für Willkür oder würde einen genau definierten Kompetenzkatalog erfordern. Ein „Kompetenzbasiertes Curriculum“ zur Beantwortung der zentralen Frage: „Was darf die Bevölkerung von Fachärzten für Allgemeinmedizin erwarten?“ wird zurzeit von der DEGAM entwickelt. Die Zuständigkeit und die Ausgestaltung der formalen Anforderungen der Weiterbildungsordnungen liegen bei den Landesärztekammern, diese haben aber keinen direkten Einfluss auf den Weiterbildungsverlauf. Insgesamt fehlen in diesem Bereich Forschungsvorhaben zur Optimierung angestrebter Ziele, sinnvoll nutzbarer Wege und der resultierenden Versorgungsqualität. **Wirkungen und Nutzen eines solchen Quereinstiegs müssten unbedingt durch zielgerichtete Evaluationsforschung untersucht werden.**

Als **Minimalforderung** für den Quereinstieg können - je nach anrechenbaren Vorleistungen - zwei Jahre in der Allgemeinarztpraxis gelten. Dieser Abschnitt sollte auf besonders qualifizierte Praxen mit einem breiten Versorgungsspektrum und didaktischer Erfahrung beschränkt werden.

Für Quereinsteiger ohne Vorerfahrung in der Inneren Medizin sind min. sechs Monate (besser zwölf Monate) stationäre Innere Medizin notwendig, welche grundsätzlich in einem Haus der Grund- und Regelversorgung abgeleistet werden muss. Quereinsteiger ohne Vorerfahrung in einem operativen Fach müssen sechs Monate Chirurgie absolvieren.

Parallel zu den Weiterbildungszeiten ist es für jeden Quereinsteiger verpflichtend, an weiterbildungsbegleitenden Fortbildungen im Umfang von mindestens 120 Stunden teilzunehmen. Von diesen 120 Stunden sind mindestens 60 Stunden obligat in strukturierten Präsenzveranstaltungen zu absolvieren, in denen den Weiterzubildenden die notwendige allgemeinmedizinische Theorie

vermittelt wird (z.B. orientiert am Vorschlag des Bremer Hausärzterverbands [http://www.hausaerzterverband-bremen.de/uploads/media/Gesamt-CurriculumFortbildung\\_final.pdf](http://www.hausaerzterverband-bremen.de/uploads/media/Gesamt-CurriculumFortbildung_final.pdf)). Folgende Themen **sollen** darin abgehandelt werden:

- Niedrigprävalenzbereich, Epidemiologie von Beratungsanlässen
- Abwartendes Offenhalten und abwendbar gefährlicher Verlauf
- Koordination der Behandlung und Langzeitbetreuung von chronisch Kranken
- spezielle Pharmakologie in der allgemeinmedizinischen Versorgung, Polypharmazie
- das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem
- ethische Fragen der ambulanten Versorgung
- Evidenzbasierte Medizin
- Methoden lebenslangen Lernens
- Arzthaftungs- und Sozialrecht
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Prävention und Rehabilitation
- Arzt-Patientenkommunikation, motivierende Gesprächsführung
- Besonderheiten der verschiedenen Lebensphasen – familienmedizinischer Ansatz
- Qualitätsmanagement in der hausärztlichen Praxis
- Team-Orientierung und Mitarbeiterführung in der Hausarzt-Praxis
- Haus- und Heimbefuche
- Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis.

Die obligatorisch zu absolvierenden 80 Stunden zur psychosomatischen Grundversorgung bleiben davon unberührt.

Wichtigstes Ziel des Curriculums ist es, dem Weiterzubildenden die Unterschiede zwischen dem hausärztlichen und dem fachspezialistischen Arbeiten zu verdeutlichen und ihn auf seine zukünftige Arbeit als Primärversorger vorzubereiten. Ohne eine theoretisch fundierte Grundlage besteht die Gefahr, dass bislang ausschließlich spezialistisch Tätige nicht den gedanklich konzeptionellen Wechsel zum Generalisten bewältigen können. Die Quereinstiegsoption muss auf zunächst fünf Jahre zeitlich begrenzt und in ihren Auswirkungen evaluiert werden, weil eine langfristige Quereinstiegsoption ohne Überprüfung der Zielerreichung die reguläre Weiterbildung Allgemeinmedizin ad absurdum führen würde. Sie ist auch europarechtlich bedenklich, da es in einem Land im Regelfall nur *einen* Weg zu einer Facharztqualifikation geben kann.

Es sind dringend konkrete Verbesserungen der Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit sowie eine erkennbare Wertschätzung der Leistungen von Hausärzten erforderlich. Dies erfordert abgestimmte Entscheidungen und konsequentes Handeln verschiedener Institutionen (u.a. Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Wissenschaft- und Sozialministerien, Krankenkassen, Städte und Gemeinden, Landkreise, Hausärzterverband). Nur dann ist für eine begrenzte **Übergangszeit** der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin überhaupt eine attraktive, faire und sinnvolle Möglichkeit für Ärzte, die bisher ein anderes Weiterbildungsziel hatten.

An diesem Prozess wird sich die DEGAM mit ihrer fachlichen Expertise gerne konstruktiv beteiligen.

Frankfurt, den 10. Mai 2011

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
Goethe-Universität, Haus 10 C, 1. OG  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt am Main  
Tel.: 069/65007245  
Geschaeftsstelle@degam.de

**Tabelle 1:** Vorschlag für die Anrechenbarkeit von Weiterbildungszeiten für den 5-jährigen Facharzt Allgemeinmedizin.\*

Faktor	Fach	Max. Anrechnungszeitraum
1,0	Betriebsmedizin	3 Jahre
	Geriatric	
	Innere Medizin	
	Kinder- und Jugendmedizin	
	Nervenheilkunde	
0,75	Physikalische und Rehabilitative Medizin	2,5 Jahre
	Anästhesie	
	Chirurgie	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
	Kinderchirurgie	
	Orthopädie und Unfallchirurgie	
	Rehabilitationswesen	
	Physikalische Therapie und Balneologie	
0,5	Sozialmedizin	2 Jahre
	Urologie	
	Augenheilkunde	
	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
	Kinder- und Jugendchirurgie und -Psychotherapie	
	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
	Neurochirurgie	
	Neurologie	
	Plastische Chirurgie	
	Psychiatrie und Psychotherapie	
0,25	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1,5 Jahre
	Psychotherapeutische Medizin	
	Öffentliches Gesundheitswesen	
	Arbeitsmedizin	
	Diagnostische Radiologie	
	Humangenetik	
	Hygiene und Umweltmedizin	
	Klinische Pharmakologie	
	Laboratoriumsmedizin	
	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
	Neuropathologie	
	Nuklearmedizin	
	Pathologie	
	Pharmakologie und Toxikologie	
	Phoniatrie und Pädaudiologie	
Radiologie		
Rechtsmedizin		
Strahlentherapie		
Transfusionsmedizin		

\*Kriterien für den Vorschlag zur Anrechenbarkeit sind:

- Die Breite des Gebietes
- Die epidemiologische und klinische Bedeutung in der hausärztlichen Versorgung
- Das Maß der Patienten-Nähe der bisherigen Tätigkeit
- Die Beteiligung an der ambulanten Versorgung