

Ordination  
multidisziplinär  
GateKeeper  
Unternehmerin  
Forschung  
Impfungen  
Prävention  
Medikamentenmanagement  
Hausärztin  
Gemeindeärztin  
Schularzt  
Primärversorgung  
Kliniken  
Langzeitbetreuung  
Geriatric  
Früherkennung

## Allgemeinmedizin unterschätzte Disziplin

Primärversorgungszentrum  
Multimorbidität  
Arbeitsmediziner  
Rettungswesen  
1450  
LehrpraxisinhaberIn  
Krankenhaus  
Notärztin  
Gesundheitsmanagerin  
Hausapotheke  
Universität  
Arbeitgeber  
Ganzheitliche  
Medizin  
eHealth  
chronische Krankheiten  
Versorgungsauftrag

**Allgemeinmedizin. Unterschätzte Disziplin**

Z  
GP



Zeitschrift für Gesundheitspolitik  
**ZGP**

---

# Allgemeinmedizin Unterschätzte Disziplin

**Ausgabe 4/2023**

**LIG** LINZER  
INSTITUT  
FÜR  
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

[www.ligforschung.at](http://www.ligforschung.at)

Coverfoto: [www.malanda-buchdesign.at](http://www.malanda-buchdesign.at)

Redaktion: Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA, Mag. Katharina Wieser

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

# Liebe Leserin, lieber Leser,

in Österreich gibt es derzeit 50 medizinische Sonderfächer und in Kürze kommt wieder ein neues Fach hinzu. Der lang erwartete Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin wurde im Zuge der Ärztegesetz-Novelle 2023 endlich ins Rollen gebracht, rund dreißig Jahre nach dem Beschluss der ÖÄK (Kammertag 1992 in Schruns) für eine fachärztliche Ausbildung.

Grund genug, um die Allgemeinmedizin in dieser Ausgabe in den Fokus zu stellen. Der thematische Bogen umspannt die Auseinandersetzung rund um die Fachdefinition und zeigt den grundlegenden Wandel der allgemeinmedizinischen Anforderungen im Laufe der letzten Jahrzehnte.

Darüber hinaus werden die voraussichtlichen Inhalte der neuen postpromotionellen Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin skizziert und eine Initiative für einen speziellen Ausbildungsleiter für Allgemein- und Familienmedizin vorgestellt. Im Doppelinterview geben der Obmann der Bundeskurie Niedergelassene Ärzte und seine Stellvertreterin einen Einblick in den Alltag einer allgemeinmedizinischen Kassenordination und sprechen die gegenwärtigen Herausforderungen der Allgemeinmedizin an.

Abschließend blicken wir auch in dieser Ausgabe über den österreichischen Tellerand und geben einen Überblick über die Situation der Allgemeinmedizin bzw. hausärztlichen Medizin in Deutschland, Großbritannien, Finnland und in der Schweiz.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner  
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser  
Obmann LIG



# Inhalt

<b>Kurz notiert</b>	<b>8</b>
<b>Allgemeinmedizin/Familienmedizin unter der Zeit-Lupe</b>	<b>11</b>
<i>Univ.-Prof. Dr. Erika Zelko, PhD, MR Dr. Susanne Rabady, Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Kathryn Hoffmann, MPH</i>	
<b>Entwurf einer Ärztesetznovelle zur Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin</b>	<b>21</b>
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
<b>Doppelinterview: Allgemeinmedizin – Chancen und Zukunft</b>	<b>29</b>
<b>Höchste Zeit für ALAM</b>	<b>41</b>
<i>Dr. Florian Ardelt</i>	
<b>Allgemeinmedizin im Krankenhaus</b>	<b>49</b>
<i>Dr. Stefan Meusburger, MSc., Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA</i>	
<b>Deutschland: Die Zukunft der Allgemeinmedizin/hausärztlichen Medizin aus Sicht von DEGAM-Präsidiumsmitgliedern</b>	<b>59</b>
<i>Prof. Dr. Erika Baum, Dr. Uwe Popert, Prof. Dr. Marco Roos</i>	
<b>Allgemeinmedizin und Primärversorgung in Europa</b>	<b>91</b>
<i>Mag. Katharina Wieser</i>	

# Kurz notiert

## Vom praktischen Arzt zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Vor rund dreißig Jahren wurde die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ durch die neue Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ abgelöst. Im Zuge der europäischen Harmonisierung der Mindestanforderungen an die ärztliche Grundausbildung und die fachärztliche Ausbildung wurde die Bezeichnung „praktischer Arzt“ von der Bezeichnung „Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin“ abgelöst (Richtlinie 93/16/EWG).

2022 gab es in Österreich 11.394 berufstätige Allgemeinmediziner, davon waren 5.010 in einer Ordination tätig, 4.078 arbeiteten als angestellte Ärzte, 1.148 galten als gemischt tätig und 1.158 waren Wohnsitzärzte.

## Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin

Vergleicht man die Zeit und Inhalte der Ausbildungen zur Allgemeinmedizin innerhalb Europas, so zeigt sich, dass diese sowohl hinsichtlich der Inhalte als auch der Ausbildungszeit stark variieren. In Österreich wird die allgemeinmedizinische Ausbildung schrittweise bis 2030 auf fünf Jahre verlängert. Diese Neuregelung tritt mit Jänner 2024 in Kraft. Am Beginn der neuen Ausbildung steht wie in den anderen Fachrichtungen eine neunmonatige Basisausbildung, gefolgt von der Sonderfachgrundausbildung Allgemeinmedizin, welche verpflichtend die Fächer Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie und Traumatologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe beinhaltet. Die zwei zusätzlichen Jahre werden als Lehrpraxis überwiegend im niedergelassenen Bereich absolviert.

## **Einbindung der Allgemeinmedizin in die medizinischen Fakultäten**

Die erst in den letzten zwanzig Jahren eingerichteten Professuren für Allgemeinmedizin zeigen deutlich, dass die akademische Allgemeinmedizin in Österreich wahrlich kein Selbstläufer war. Mehr als die organmedizinisch orientierte Medizin musste sich die Allgemeinmedizin intensiver mit der Definition ihres Gebietes und ihrer fachspezifischen Lehrinhalte auseinandersetzen. Dass dies in vielen europäischen Ländern anders war, zeigt ein Überblick über die Historie der Lehrstühle an europäischen Universitäten. So feierte in diesem Jahr die Universität Ulm das 50-jährige Bestehen ihrer Professur für Allgemeinmedizin. Zudem ist in Deutschland bereits seit 1979 die Allgemeinmedizin obligates Prüfungsfach im zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung.

### **Professuren in Österreich**

- ◆ Februar 2023: Etablierung der Professur für Primary Care Medicine an der MedUni Wien, welche aus der Abteilung für Allgemeinmedizin entstand, die wiederum im Jahr 1991 als erste universitäre Einrichtung für Allgemeinmedizin in Österreich gegründet wurde.
- ◆ 2015 Gründung des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) an der Med-Uni Graz.
- ◆ Oktober 2021 Besetzung des Lehrstuhls Allgemeinmedizin an der Johannes Kepler Universität in Linz.
- ◆ Seit August 2022 gibt es an der Medizinischen Universität Innsbruck eine Stiftungsprofessur für das Fach Allgemeinmedizin, die Professur wird federführend von der Österreichischen Gesundheitskasse mit Unterstützung des Landes Tirol finanziert.



**Prof. Dr. Erika Zelko, PhD**

*Institut für Allgemeinmedizin JKU Linz*

**MR Dr. Susanne Rabady**

*Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Department Allgemeine Gesundheitsstudien, Kompetenzzentrum für Allgemein- und Familienmedizin*

**Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Kathryn Hoffmann, MPH**

*Department of Primary Care Medicine, Center for Public Health, Med. University of Vienna*

# Allgemeinmedizin/Familienmedizin unter der Zeit-Lupe

<b>1. Einleitung</b>	<b>12</b>
<b>2. Historisches</b>	<b>12</b>
<b>3. Neue Definition</b>	<b>14</b>
<b>4. Ausblick</b>	<b>16</b>
<b>5. Was zeichnet also einen Familienmediziner/Allgemeinmediziner aus? Was soll er beherrschen?</b>	<b>19</b>

*Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Allgemeinmedizin im Wandel der Zeit – von den Anfängen der ärztlichen Medizin über die Entwicklung der Fachdisziplinen, die Neudefinition der Allgemeinmedizin hin zur Familienmedizin und die modernen Herausforderungen, die dieser Beruf mit sich bringt. Vor allem sollte die Allgemeinmedizin mehr sein als die „Negativdefinition“ der Fachgebiete – also alles was keinem Fachbereich zugeschrieben werden kann. Eine eigene, moderne und bedarfsorientierte Beschreibung der Aufgaben und Kompetenzen der Allgemeinmedizin scheint mehr als angebracht, um in einem fragmentierten und hoch spezialisierten Gesundheitssystem an Bedeutung zu gewinnen.*

# 1. Einleitung

Nur wenige medizinische Fachgebiete waren (sind) so sehr damit beschäftigt, sich selbst zu definieren, wie die Familien- und Allgemeinmedizin. Manche würden sagen, dass dies vor allem darauf zurückzuführen ist, dass sich die Allgemeinmediziner gegen den öffentlichen Druck wehren, dass dieser Zweig der Medizin im Vergleich zu einigen großen Bereichen der klinischen Praxis „irrelevant“ sei und sie daher die Zukunft der Allgemein-/Familienmedizin sehr pessimistisch sehen. Aber ist das wirklich so?

## 2. Historisches

Die Familienmedizin hat sich aus einem älteren Zweig der Medizin, der Allgemeinmedizin, entwickelt. Die Beziehung ist jedoch nicht einfach. Der Begriff „General Practitioner“ wurde erstmals Anfang des neunzehnten Jahrhunderts in der Zeitschrift *Lancet* verwendet. Der Allgemeinmediziner, der im Amerika des 18. Jahrhunderts geboren wurde, erhielt seinen Namen im Großbritannien des 19. Jahrhunderts.

In Europa und Nordamerika war das 19. Jahrhundert das Zeitalter der Allgemeinmedizin. Auf beiden Kontinenten waren die meisten Mitglieder des ärztlichen Berufsstandes Allgemeinmediziner und es gab kaum eine Differenzierung der Funktionen, nicht einmal innerhalb der medizinischen Fakultäten.

In Österreich gab es hingegen bis tief ins 19. Jahrhundert nur Ärzte („Medici“), die keine operativen Tätigkeiten durchführten – das taten nur Chirurgen bzw. eigentlich Wundärzte, die lediglich eine handwerkliche Ausbildung erhalten hatten und schlecht beleumundet waren. Der Großteil der Bevölkerung wurde von Pflegerinnen bzw. Pflegern (in „Spitälern“), die meist Nonnen/Mönche waren, mit Kräutern u.Ä. behandelt. Eine Reform der Ärzteausbildung wurde unter Maria Theresia und dann v.a. Joseph II. durchgeführt – dann erst wurde die Bevölkerung in größeren Teilen medizinisch-wissenschaftlich versorgt.

Erst in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts bildeten sich die großen Spezialgebiete der Medizin heraus. Der technologische Fortschritt war rasant und

die Investitionen in die Forschung zahlten sich aus. Die medizinische Ausbildung orientierte sich zunehmend an den Laborwissenschaften und der Technologie in der Medizin. Die großen wissenschaftlichen Erkenntnisse fanden im Bereich der spezialisierten Disziplinen statt und erzeugten viel Aufmerksamkeit. Der Blick richtete sich auf technische und wissenschaftliche Errungenschaften. So gewannen die Spezialdisziplinen an Prestige, während die Allgemeinmedizin mit ihrer patientenorientierten Zuwendung, ihrem Fokus auf persönlicher Betreuung als deutlich weniger modern und dynamisch erschien. Erst im Jahr 1927 unterstrich der US-amerikanische Arzt Francis Peabody erneut die Notwendigkeit der Allgemeinmedizin. Trotzdem ging der Anteil der Allgemeinmediziner an den ausgebildeten Ärzten seit den 1930er Jahren kontinuierlich zurück, sowohl in absoluten Zahlen als auch im Verhältnis zum gesamten Berufsstand. Dieser Prozess wurde durch das faktische Verschwinden der Allgemeinmediziner aus den medizinischen Fakultäten nach dem Zweiten Weltkrieg und durch die weitere Subspezialisierung in den großen Fachgebieten, die in den 1950er Jahren einsetzte, beschleunigt.

Während das Zeitalter der Spezialisierung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts seinen Höhepunkt erreichte, erkannte man den Bedarf an einer neuen Art von Generalist\*innen. Diese mussten sich jedoch in ihrem Selbstverständnis von den alten Allgemeinmedizinern unterscheiden, da sich die Anforderungen vollkommen verändert hatten. Als Reaktion auf den Rückgang der Allgemeinmedizin wurden in den 1950er und 1960er Jahren in zahlreichen Ländern Colleges und Akademien für Allgemeinmedizin geschaffen.

International wurden die ersten postgradualen Ausbildungsprogramme für Allgemein- und Familienärzt\*innen eingerichtet, und es wurden große Fortschritte bei der Gestaltung der Lehrpläne erzielt. Zu dieser Zeit entstanden die ersten akademischen Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Großbritannien, Kanada, den Niederlanden sowie in den Vereinigten Staaten, und die Familienmedizin wurde in den Lehrplan des medizinischen Grundstudiums aufgenommen. 1972 wurde die World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine (WONCA) gegründet.

### 3. Neue Definition

Die erste Definition der Familienmedizin wurde 1974 auf der Europäischen Konferenz für Allgemeinmedizin vorgestellt. Dabei wurden Familienmediziner\*innen mit „Allgemeinmediziner\*innen“ gleichgesetzt und man definierte die Charakteristika dieser Berufsgruppe einschließlich der Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen. In Österreich wurde und wird häufig der Begriff Hausarzt\*innen als Synonym für die Allgemein- und Familienärzt\*innen verwendet.

Die Gründe für diesen Wandel waren vielfältig. Einerseits bezeichnete „Allgemeinmedizin“ sehr diffus alles, was keine Spezialisierung war – hatte also eine Art „Negativdefinition“ und wurde dementsprechend als vormodern empfunden. Andererseits sollte mit dem Begriffswandel auch ausgedrückt werden, dass die Allgemein- und Familienmedizin ein spezifisches, positiv definiertes Fach ist und sich von der reinen Allgemeinmedizin unterscheidet. Außerdem musste ein Name für den Wissensfundus, die neue klinische Disziplin gefunden werden, die definiert werden sollte.

Der neue Begriff der Allgemein- und Familienmedizin integriert nun allgemeinärztlich-generalistische Kompetenz mit neu entstandenen Fähigkeiten und Anforderungen. Der Begriff Familienmedizin steht in unserer modernen Welt für das patientenbezogene Umfeld – das keineswegs nur durch die „klassische“ Familie bestimmt ist. Andererseits ist die Integration von Dienstleistungen unerlässlich geworden, um Ressourcen zu sparen und Verschwendung zu vermeiden. Es wurden eine horizontale und eine vertikale Integration erwartet. Die horizontale wird dadurch erreicht, dass Hausärzte als Teammitglieder mit anderen Gesundheitsfachkräften und in Zusammenarbeit mit gemeindenahen Hilfsdiensten arbeiten. Vertikale Integration wird durch die Zusammenarbeit zwischen den drei Versorgungsebenen (primär, sekundär, tertiär) erreicht, z.B. bei der Entlassungsplanung im Krankenhaus. Leider ist diese Gliederung der Ebenen in Österreich formal noch nicht vollzogen. Der dritte wichtige Punkt für Entwicklung der Allgemein- und Familienmedizin ist die Verhaltenswissenschaft. Das Studium des menschlichen Verhaltens war für Hausärzt\*innen schon immer wichtig. In der Vergangenheit wurden die Erkenntnisse jedoch eher intuitiv als durch eine organisierte Herangehensweise an Probleme gewonnen.

Die jüngsten Entwicklungen in den Verhaltens- und Sozialwissenschaften sind für die Medizin insgesamt, insbesondere aber für die Familienmedizin/hausärztliche Medizin von großer Bedeutung. Die Verhaltenswissenschaft hat unsere Aufmerksamkeit auf den Prozess gelenkt, durch den Menschen medizinische Versorgung

in Anspruch nehmen. Sie hat die Ärzte selbst zum Forschungsgegenstand gemacht und uns damit die Bedeutung unseres eigenen Verhaltens für die Qualität der Versorgung bewusstgemacht, z.B. bei der Entscheidungsfindung, der Therapieentscheidung, Lebensstiländerung und vielem mehr. Sie hat unsere Erkenntnisse über die Beziehung zwischen Arzt und Patient, die familiären Beziehungen, unser Wissen über verhaltensbedingte und soziale Faktoren, die an der Verursachung von Krankheiten beteiligt sind und die Verhaltensaspekte von Krankheiten erweitert.

Ein weiterer Faktor für die Entwicklung der Familienmedizin ist das wiedererwachte Interesse an der Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses. Die Kosten für die stationäre Versorgung sind so hoch geworden, dass die Kriterien für die Aufnahme in ein Krankenhaus immer strenger werden.

## 4. Ausblick

Das Akutkrankenhaus scheint sich zu einer Einrichtung zu entwickeln, in der nur noch Patient\*innen behandelt werden, die eine hochtechnische und spezialisierte Versorgung benötigen, entweder stationär oder ambulant. Für diejenigen, die über einen längeren Zeitraum hinweg eine Vielzahl von Problemen behandeln lassen müssen, ist das Krankenhaus eine weit weniger zufriedenstellende Form der Versorgung. Eine große Einrichtung kann die Zersplitterung der Versorgung und den häufigen Wechsel des Personals kaum vermeiden, im Gegenteil zum niedergelassenem Bereich, wo eine integrierte, persönliche Medizin und langfristige Versorgung ein Merkmal der Arbeit ist.

Der Krankenhausaufenthalt birgt auch einige Risiken, insbesondere für ältere Menschen.

Und die Ausübung der Medizin außerhalb des Krankenhauses, insbesondere die wohnortnahe Versorgung, hat eine neue Bedeutung erlangt. In den kommenden Jahren ist ein ausgewogenes System erforderlich, in dem die persönliche und kontinuierliche Versorgung in der Gemeinde für alle zur Verfügung steht, während das Krankenhaus bei Bedarf spezialisierte Unterstützung leistet.

In Slowenien, den Niederlanden, Irland, Norwegen und einigen anderen Ländern wird die Rolle des Hausarztes manchmal als die des Gatekeepers bezeichnet. Die Bezeichnung hat den negativen Beigeschmack einer Person, die versucht, Menschen auszuschließen. Das ist nicht die Rolle, die der Allgemein- und Familienmedizin zukommt. Sie soll, was der Begriff „Gatekeeper“ wohl meint, auch die Stelle des Erstkontakts sein. Vor allem jedoch ist sie die zentrale Betreuungsstelle, die für alle Anliegen da ist, die mit Gesundheit und Befinden zusammenhängen. Es ist die Stelle, die sehr viele gesundheitliche Bedürfnisse selbst erfüllen kann, die jedenfalls das Problem identifiziert und eventuell an die jeweils am besten geeignete weiterbehandelnde Stelle weiterleitet.

Allgemein- und Familienärzt\*innen bleiben kontinuierlich als Ansprechpartner\*innen und begleitende, vertraute Expert\*innen an der Seite von Patient\*innen auf ihren Wegen durch das Gesundheitssystem. Die Aufgabenteilung zwischen Ärzten der Primär- und Sekundärversorgung ermöglicht es beiden Gruppen, das zu tun, was sie am besten können. Hausärzt\*innen unterstützen Spezialist\*innen dabei, ihre spezifischen Fähigkeiten und Kenntnisse zu entfalten, indem sie sich auf die Patient\*innen konzentrieren, deren Probleme in ihr Fachgebiet fallen. Spezialist\*innen wiederum unterstützen Hausärzt\*innen insofern, als sie spezialisiert

tes Wissen liefern, das diese wiederum in ein allgemein- und familienärztliches Gesamtkonzept integrieren können.

Im Jahr 2016 erstellte die WONCA ein Dokument, das die Standards für Familienärzte festlegt, um die weltweite Ähnlichkeit ihrer Arbeit zu gewährleisten und unseren Beruf auf wissenschaftlicher Grundlage kontinuierlich zu verbessern. Die letzte Definition der Familienmedizin stammt aus dem Jahr 2018 und ist als die Definition von Göktas bekannt:

„Allgemeinmediziner/Familienmediziner sind Fachärzte, die in den Grundsätzen des Faches ausgebildet sind. Sie sind persönliche Ärzte, die in erster Linie für die umfassende und kontinuierliche Betreuung jedes Menschen zuständig sind, der medizinische Hilfe sucht, unabhängig von Alter, Geschlecht und Krankheit. Sie betreuen den Einzelnen im Kontext seiner Familie, seiner Gemeinschaft und seiner Kultur und respektieren dabei stets die Autonomie ihrer Patienten. Sie sind sich bewusst, dass sie auch eine berufliche Verantwortung gegenüber ihrer Gemeinschaft haben. Bei der Besprechung und Ausarbeitung von Behandlungsplänen mit ihren Patienten beziehen sie physische, psychologische, soziale, kulturelle und existenzielle Faktoren ein und nutzen das Wissen und das Vertrauen, das durch wiederholte Kontakte entstanden ist. Allgemeinmediziner/Familienmediziner üben ihre berufliche Rolle aus, indem sie die Gesundheit fördern, Krankheiten vorbeugen und für Heilung, Versorgung oder Linderung sorgen sowie die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement der Patienten fördern.

Dies geschieht entweder direkt oder durch die Dienste anderer, je nach den gesundheitlichen Bedürfnissen und den in der Gemeinschaft, in der sie tätig sind, verfügbaren Ressourcen, wobei sie die Patienten bei Bedarf beim Zugang zu diesen Diensten unterstützen. Sie müssen die Verantwortung für die Entwicklung und Erhaltung ihrer Fähigkeiten, ihres persönlichen Gleichgewichts und ihrer Werte als Grundlage für eine wirksame und sichere Patientenversorgung übernehmen. Wie andere medizinische Fachkräfte müssen sie die Verantwortung für die kontinuierliche Überwachung, Aufrechterhaltung und erforderlichenfalls Verbesserung der klinischen Aspekte, der Dienstleistungen und der Organisation, der Patientensicherheit und der Patientenzufriedenheit der von ihnen erbrachten Leistungen übernehmen.

Familienmediziner sind auf klinische Medizin spezialisiert und erbringen Primärvorsorgungsleistungen in allen Arten von Gesundheitssystemen. Der Familienmediziner ist in der Lage und befugt, innerhalb seines Fachgebiets ein breites Spektrum von Gesundheitsentscheidungen zu treffen und anzuwenden, er kann

diese Aufgabe jederzeit und überall wahrnehmen und ist in Bezug auf die Aufsicht autonom. Der Familienmediziner ist der Arzt aller Menschen und aller Angehörigen der Gesundheitsberufe, mit denen er bei der Überweisung von Patienten zusammenarbeitet.“

(DEGAM 2012; Starfield 1998)

Da sich die klinische Ausbildung am Patienten orientieren muss, muss diese Verlagerung hin zu einer gemeindenahen Versorgung letztlich auch zu einer Änderung des klinischen Curriculums führen. Logischerweise sollten Medizinstudenten in Einrichtungen der Primärversorgung untergebracht werden, wo sie die langfristige Versorgung von Patienten in der Nähe ihres Wohn- und Arbeitsortes und ihrer Familien erleben können. Einen Teil ihrer fachlichen Erfahrung können sie im gleichen Umfeld sammeln, in dem Hausärzte, Fachärzte und andere Gesundheitsberufe zunehmend zusammenarbeiten. Für andere Aspekte ihrer Ausbildung in den Fachgebieten können die Studenten in ein Akutkrankenhaus abgeordnet werden. Allgemein- und Familienmedizin hat den gesamten patient\*innenbezogenen Kontext zum Inhalt.

## 5. Was zeichnet also einen Familienmediziner/Allgemeinmediziner aus? Was soll er beherrschen?

Es ist ein Blumenstrauß aus verschiedenen Kompetenzen und Fähigkeiten, die einen Familienmediziner auszeichnen können, wo sich menschliche und medizinische Eigenschaften treffen und verbinden.

Ein Familienmediziner soll

- den Grundlagen der Heilkunde treu bleiben (Menschen helfen, Hoffnung geben, heilen wo es möglich ist, immer unterstützen),
- der wissenschaftlichen Medizin verpflichtet sein und breites evidenzbasiertes Wissen haben und anwenden,
- die Patient\*innen als Personen wahrnehmen (Gespräche, Lebensgeschichten, Vielfalt, Begleitung durch das Leben),
- das Unbekannte entdecken (Detektivarbeit, Zusammenführung von vielen verschiedenen Informationen, Umgang mit Unsicherheit),
- die Einzigartigkeit und Unverwechselbarkeit jedes Einzelnen im Blick haben,
- die menschlichen und medizinischen Grenzen akzeptieren und zulassen,
- verschiedene Rollen ausfüllen (die Rolle des Klärers, Koordinators, Diagnostikers, Vermittlers, Heilers).

Um die oben gestellte Frage zu beantworten: Es ist wichtiger denn je, die beruflichen und fachlichen Kompetenzen von Hausärzten/Allgemeinmedizinern/Familienmediziner zu beschreiben, da sie in einem fragmentierten und hoch spezialisierten Gesundheitssystem wieder zunehmend an Bedeutung gewinnen.



*Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner*

*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung*

# Entwurf einer Ärztegesetznovelle zur Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin

<b>1. Einleitung</b>	<b>22</b>
<b>2. Entwurf einer Ärztegesetznovelle</b>	<b>23</b>
<b>3. Dauer der geplanten Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemein- und Familienmedizin</b>	<b>24</b>
<b>4. Inhalte der Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin</b>	<b>25</b>
<b>5. Ausbildungsstätten</b>	<b>26</b>
<b>6. Übergangsregelung für Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin</b>	<b>27</b>
<b>7. Schlussbemerkung</b>	<b>28</b>

*In Österreich befindet sich derzeit eine Ärztegesetznovelle zur Einführung des Facharztes/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin im Entstehungsprozess. Diese soll zwischen 2026 und 2030 schrittweise in die Realität umgesetzt werden und wird Dauer und Inhalte der allgemeinmedizinischen Ausbildung verändern. Auch bereits praktizierenden Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin soll der Erwerb des Facharztstitels ermöglicht werden. Allerdings gibt es im derzeitigen Entwurf noch offene Fragestellungen, die vor der Verabschiedung des Gesetzes noch geklärt werden müssen.*

# 1. Einleitung

Seit vielen Jahren wird von der Politik die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin angekündigt.

Ärzte mit allgemeinmedizinischer Tätigkeit wurden im ursprünglichen Ärztegesetz als „**praktische Ärzte**“ bezeichnet. Mit der großen Ärztegesetznovelle BGBl 1994/100, mit der das ärztliche Berufsrecht anlässlich des Beitrittes zum EWR (Europäischer Wirtschaftsraum) an das Europarecht angeglichen wurde, wurde der Titel „Praktischer Arzt/Praktische Ärztin“ in „**Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin**“ abgeändert. Die Gesetzesmaterialien begründeten dies seinerzeit mit der Notwendigkeit einer Aufwertung des Allgemeinmediziners und mit der qualitativen Verbesserung, die europarechtlich bedingt darin bestand, dass die bis dahin nur fakultative Lehrpraxis in eine verpflichtende Lehrpraxis in der Dauer von sechs Monaten umgewandelt wurde (wobei allerdings zum damaligen Zeitpunkt diese sechs Monate auch noch in Erstaufnahmeeinrichtungen von Krankenanstalten absolviert werden konnten; vgl. ErläutRV 1361 BlgNR 18. GP, 35).

Seit geraumer Zeit wird mittlerweile von der Politik angekündigt, eine neuerliche Änderung der Bezeichnung für Allgemeinmediziner umzusetzen und den „Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin“ durch „den Facharzt/die Fachärztin für Allgemeinmedizin“ zu ersetzen. Auch im Programm der aktuellen Bundesregierung wurde diese Bezeichnungsänderung noch für die laufende Legislaturperiode angekündigt.

## 2. Entwurf einer Ärztesetznovelle

Tatsächlich wurde im Oktober 2023 der Entwurf einer Ärztesetznovelle aus-  
gesandt, der die Einführung „**eines Facharztes/einer Fachärztin für Allgemein-  
medizin und Familienmedizin**“ vorsieht. Im Folgenden soll der Inhalt dieses  
Entwurfes kurz dargestellt werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich die  
Regierungsvorlage zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels noch im Begut-  
achtungsstadium befand und daher weitere Änderungen möglich sind. Außerdem  
besteht für die Festlegung der Ausbildungsinhalte des Arztberufes von jeher ein  
dreistufiges Regulativ. Im **Ärztesetz** werden lediglich die Eckpunkte festge-  
legt. Diese werden dann durch eine Verordnung des Gesundheitsministers, die  
**Ärzte-Ausbildungsordnung**, genauer beschrieben. In dieser Verordnung findet  
sich insbesondere die Aufzählung der Fachrichtungen, die Definition ihres Aufga-  
bengebietes, sowie die grobe Festlegung der während der Ausbildung zu absol-  
vierenden Fachgebiete. Die genaue Festlegung der Ausbildungsinhalte wiederum  
findet sich erst in der von der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen  
Wirkungsbereich zu erlassenden **Verordnung über die Kenntnisse, Erfahrun-  
gen und Fertigkeiten in der Ausbildung sowie über die Ausgestaltung und  
Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher** (KEF  
und RZ-V). Ein Entwurf einer neuen Ärzteausbildungsordnung und erst recht ein  
Entwurf einer neuen KEF- und RZ-V für die Ausbildung zum Facharzt/ zur Fachärz-  
tin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin liegen noch nicht vor, weshalb der  
genaue geplante Ausbildungsinhalt auch noch gar nicht feststeht.

### 3. Dauer der geplanten Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemein- und Familienmedizin

Der Entwurf zur Ärztegesetznovelle sieht vor, dass **ab 1.6.2026** die Ausbildung zum neuen Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin beginnen soll. Ärzte, die ab 1.6.2026 ihre Basisausbildung aufnehmen, sollen zwingend in die neue Ausbildung einsteigen. Turnusärzte/Turnusärztinnen in Ausbildung zum Allgemeinmediziner, die zu diesem Zeitpunkt ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben, haben die Wahl, ob sie ihre Ausbildung nach den alten Ausbildungsvorschriften abschließen oder auf das neue System umsteigen wollen.

Derzeit beträgt die Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin inklusive der Basisausbildung in Summe 45 Monate (§ 7 i.V.m. § 235 Abs. 7 ÄrzteG). Ab 1.6.2027 hätte sich die Ausbildungszeit nach den geltenden Bestimmungen auf 48 Monate, also insgesamt vier Jahre Ausbildung, verlängert, was allerdings bei Umsetzung der neuen Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin obsolet würde.

Für den neuen Facharzt/die neue Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin ist eine Ausbildungsdauer von letztlich **insgesamt 5 Jahren** vorgesehen (§ 7 Abs. 1 des Entwurfes der Ärztegesetznovelle). Diese Erhöhung der Ausbildungsdauer soll allerdings in vollem Umfang erst für Ärzte/Ärztinnen greifen, die **ab 1.6.2030** ihre Basisausbildung beginnen. Mit Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, d.h. also mit Ausbildungsbeginn 1.6.2026, ist noch eine Ausbildungsdauer von vier Jahren geplant. Diese Ausbildungsdauer erhöht sich jedes Jahr um drei Monate. Sie beträgt daher für Ärzte, die am 1.6.2027 ihre Ausbildung beginnen, vier Jahre und drei Monate, für jene, die ab 1.6.2028 ihre Ausbildung aufnehmen, vier Jahre und sechs Monate und für Ärzte, die am 1.6.2029 die Ausbildung beginnen, vier Jahre und neun Monate.

## 4. Inhalte der Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin soll wie bisher mit einer neunmonatigen **Basisausbildung** beginnen. Zweck dieser weiterhin in § 6a ÄrzteG geregelten Basisausbildung ist die Vermittlung klinischer Basiskompetenzen in chirurgischen und konservativen Fachgebieten, wobei die Ausbildung ausschließlich in Krankenanstalten erfolgt. Im Anschluss an die Basisausbildung soll in Zukunft genauso wie derzeit schon bei den bestehenden Sonderfächern eine Aufspaltung in eine einheitliche Grundausbildung und in eine aus mehreren Varianten bestehende Schwerpunktausbildung erfolgen.

Die **Sonderfach-Grundausbildung** soll (schon ab 1.6.2026) 33 Monate umfassen. Sie soll jedenfalls sechs Monate Allgemeinmedizin und Familienmedizin beinhalten, die in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen, Lehrambulatorien oder einer Zentralen Ambulanten Erstversorgung (ZAE) einer Krankenanstalt absolviert werden können. Außerdem sind verpflichtend sechs Monate Innere Medizin, sowie 21 Monate Ausbildung in weiteren, noch in der Ärzteausbildungsordnung festzulegenden Sonderfächern geplant (die Gesetzesmaterialien erwähnen Pädiatrie, Orthopädie und Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin in der Dauer von jeweils drei Monaten sowie Wahlpflichtfächer in der Dauer von insgesamt vier Monaten). Die Ausbildungszeit in diesen ergänzenden Sonderfächern ist prinzipiell in Krankenanstalten zu absolvieren, wobei die Ärzteausbildungsordnung noch festlegen kann, dass höchstens sechs Monate in Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen niedergelassener Fachärztinnen/Fachärzte eines dieser Sonderfächer absolviert werden können.

Die **Sonderfach-Schwerpunktausbildung** für den Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin ist in der Startphase (ab 1.6.2026) mit einer Dauer von sechs Monaten geplant und erhöht sich pro Jahr um drei Monate, sodass im Endausbau ab 1.6.2030 die Sonderfachschwerpunktausbildung insgesamt 18 Monate dauern soll. Die Sonderfachschwerpunktausbildung kann ausschließlich extramural, also in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen, Lehrambulatorien, absolviert werden. Sie soll eine Ausbildung in Allgemein- und Familienmedizin einschließlich besonderer Aus-

bildungseinheiten zum vertieften Kompetenzerwerb umfassen, wobei die Gesetzesmaterialien als Beispiele für vertiefte Kompetenz die Geriatrie, Schmerztherapie, Palliativmedizin und Substitutionstherapie anführen. Genauere Festlegungen erfolgen aber erst in der vom Gesundheitsministerium noch diesbezüglich zu ändernden Ärzteausbildungsordnung.

## 5. Ausbildungsstätten

Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin erfolgt genauso wie derzeit die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in **anerkannten Ausbildungsstätten**, wofür Krankenanstalten mit der nötigen Personal- und infrastrukturellen Ausstattung, Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien in Frage kommen. Wie bisher ist vorgesehen, dass Voraussetzung für die Anerkennung als Lehrpraxis eine vierjährige freiberufliche Berufserfahrung ist. Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin können nach der Übergangsregelung des § 257 des Novellenentwurfes noch bis 31.5.2030 Allgemeinmediziner (auch Fachärzte/ Fachärztinnen) ausbilden. Ab diesem Zeitpunkt müssen sie selbst Fachärzte sein.

## 6. Übergangsregelung für Ärzte/ Ärztinnen für Allgemeinmedizin

Die derzeitigen Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin haben nach einer im Entwurf vorgesehen Übergangsregelung die Möglichkeit, den Titel des „Facharztes für Allgemeinmedizin und Familienmedizin/der Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ zu erwerben. Voraussetzung dafür ist, dass sie über eine ärztliche Berufserfahrung im Bereich der Grundversorgung (Primärversorgung) in einer **Gesamtdauer von zumindest 24 Monaten** in Vollzeitbeschäftigung (bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend länger) verfügen. Dabei soll allerdings nicht nur die selbständige Berufsausübung als Allgemeinmediziner angerechnet werden, sondern auch Ausbildungszeiten in der Allgemeinmedizin, die in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxis, Lehrambulatorien oder Einrichtungen, die der medizinischen Erstversorgung dienen, abgeleistet wurden. Angerechnet werden können nach den Materialien darüber hinaus auch Verwendungen als Stationsarzt/-ärztin mit entsprechendem Tätigkeitsprofil sowie Vertretungstätigkeiten in Ordinationen von Allgemeinmedizinern. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, so sollen Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin die Möglichkeit haben, die Facharztprüfung für das Sonderfach „Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ abzulegen und damit die Berechtigung zur Titelführung zu erreichen.

## 7. Schlussbemerkung

Wie eingangs festgestellt, handelt es sich bei der Regierungsvorlage allerdings natürlich nur um einen Entwurf, der sich im Laufe der weiteren Diskussion noch verändern kann. Offen ist insbesondere noch die Definition des Aufgabengebietes des Allgemein- und Familienmediziners, die erst durch eine Novelle der Ausbildungsordnung (einer Verordnung des Gesundheitsministers) festgelegt wird. Offen ist auch noch, wie die deutlich erweiterte Lehrpraxis bzw. Lehrgruppenpraxis finanziert werden soll, um Engpässe bei den Ausbildungsstätten zu vermeiden. Offen sind schließlich noch Fragen der Sonderfachbeschränkung. Während bisher Allgemeinärzte keinerlei Sonderfachbeschränkung unterlagen und prinzipiell den gesamten Bereich der Medizin anbieten konnten, sofern sie über die jeweils dazu erforderlichen Kenntnisse verfügen, gilt für Fachärzte und, soweit aus dem Entwurf ersichtlich, auch für den Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin eine Sonderfachbeschränkung und damit eine Eingrenzung des Kompetenzbereiches auf das in der Ärzteausbildungsordnung künftig zu definierende Aufgabengebiet. Anzunehmen ist, wenn auch im Entwurf noch nicht vorgesehen, dass von der Fachbeschränkung allerdings für bestimmte Tätigkeiten (genauso wie schon bei den derzeit bestehenden Sonderfächern) Ausnahmen gemacht werden, wie etwa für Notärzte oder Arbeitsmediziner.

## Doppelinterview:

# Allgemeinmedizin – Chancen und Zukunft

*Edgar Wutscher und Naghme Kamaleyan-Schmied im Gespräch mit Sabine Weißengruber-Auer über die Arbeit in einer allgemeinmedizinischen Kassenordination, die ärztliche Selbständigkeit und die gegenwärtigen Herausforderungen der Allgemeinmedizin.*

Der Tiroler Allgemeinmediziner Dr. Edgar Wutscher war 37 Jahre lang Kassenarzt in Sölden. Seit 2019 arbeitet er zweimal in der Woche in der Ordination einer Kollegin in Obergurgl sowie bei seiner Tochter in einer Kassenordination in Zirl. Neben seiner langjährigen Ordinationstätigkeit ist Edgar Wutscher seit 1978 auch standespolitisch engagiert, sowohl in Tirol als auch seit langem in der Bundeskurie. Seit 2022 hat er die Funktion des Obmanns der Bundeskurie niedergelassene Ärzte und des Vizepräsidenten der Österreichischen Ärztekammer inne.

Frau Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied, stellvertretende Bundeskurienobfrau der niedergelassenen Ärzte, führt seit 2010 eine Kassenordination in Wien Floridsdorf. Als die Allgemeinmedizinerin damals die Ordination übernahm, war ihr jüngstes Kind gerade einmal elf Monate alt, das zweite Kind ging in den Kindergarten. Frau Dr. Kamaleyan-Schmied übernahm eine kleine Kassenordination und man kann sagen, dass die Ordination mit den beiden Kindern mitgewachsen ist. Heute führt sie mit einer Partnerin eine Jobsharing-Ordination.

## Fragen:

**1. Herr Wutscher, Sie arbeiten seit mehr als 40 Jahren als Allgemeinmediziner in Tirol, davon 37 Jahre als Kassenarzt in Sölden und die letzten Jahre als Vertretungsarzt. Inwieweit haben sich die Tätigkeiten als Allgemeinmediziner seit Ihrem Studium verändert? Was vermissen Sie bzw. über welche Änderungen sind Sie erfreut?**

*Die Medizin hat sich unendlich weiterentwickelt und bietet vor allem in der Allgemeinmedizin ein völlig neues Bild. Denken Sie nur an den Ultraschall. Vor 40 Jahren war das eine exklusive Untersuchungsmethode mit Schallköpfen, welche größer als ein Staubsauger waren. Heute kann ich in der Ordination viele Untersuchungen schnell, ohne Strahlenbelastung und ohne Aufwand für den Patienten durchführen. Hier gäbe es noch zahllose Beispiele anzufügen.*

**2. Warum haben Sie sich damals für die Arbeit als Generalist und nicht für ein einzelnes Fach entschieden?**

*Allgemeinmedizin ist tatsächlich ein eigenes Fach. Dies wird sich auch in der anstehenden Einführung des Facharztes für Allgemein- und Familienmedizin abbilden. Wie erfüllend ist es, wenn ich von der Geburt das Baby, den Jugendlichen, den Erwachsenen und den alternden Menschen betreuen kann. Dies oft auch noch im Familienverband. Aber auch gerade am Land Unfallversorgung, Notfallmedizin, psychische Betreuung, wo kann man sonst so ein breites Betätigungsfeld finden?*

**3. Frau Kamaleyan-Schmied, wann haben Sie die Entscheidung für die Allgemeinmedizin getroffen? Welche Erwartungen, vielleicht auch Bedenken, hatten Sie zu Beginn Ihrer Ordinationstätigkeit?**

*Der Wunsch, einmal selbständig zu sein, stand bereits in meiner Studienzeit fest. Schon zu Beginn des Medizinstudiums hatte ich ein positives Bild von der Allgemeinmedizin, welches sich während meiner Turnuszeit noch bestärkt hat.*

*Nach der Geburt des zweiten Kindes wurde mir klar, dass ich mir ein Arbeiten im Spital mit zwei kleinen Kindern nicht vorstellen kann. Ich möchte nicht nur*

*Ärztin sein, sondern auch Ehefrau und Mutter. Da mein Vater seit langem eine Hausarztordination hatte, kannte ich die Aufgaben und Abläufe einer Kassenpraxis bereits. Während meines Medizinstudiums arbeitete ich des Öfteren in der Praxis meines Vaters. Ich habe mich jedoch entschieden, eine andere Ordination zu übernehmen.*

*Die Ordination, welche ich übernommen hatte, war damals eine kleine Ordination mit wenig Patienten, und die Ordinationszeiten umfassten drei Vormittage und zwei Nachmittage. Das ging sich mit der Kinderbetreuung gut aus. Man darf nicht vergessen, dass die meisten Kinderbetreuungsangebote in Wien um 17:00 Uhr schließen. Zum Glück hatte ich ein gutes familiäres Netzwerk.*

*Die Bedenken vor und kurz nach der Übernahme waren vor allem betriebswirtschaftlicher Natur. Geht sich alles finanziell aus, besonders, wenn man aufgrund der Kinder die Öffnungszeiten in den ersten Jahren kaum ausweiten konnte?*

*In betriebswirtschaftlicher Hinsicht konnte ich zudem immer meinen Vater fragen, wir hatten auch den gleichen Steuerberater, all das hat den administrativen und betriebswirtschaftlichen Faktor für mich in der Anfangszeit erleichtert.*

**4. Im Hinblick auf den späteren Berufsalltag: Welche spezifischen Fähigkeiten braucht ein guter Allgemeinmediziner?**

**Kamaleyan-Schmied:** *An erster Stelle stehen für mich ganz klar die Empathie und die Bereitschaft, den Patienten zuzuhören. Als Hausarzt hat man einen sehr intensiven Kontakt zu den Patienten. Wir begleiten Patienten über viele Jahre. Liegt die Oma im Sterben, dann leide ich mit den Enkeln mit.*

*Zudem deckt die Allgemeinmedizin das gesamte medizinische Spektrum ab. Wir sehen in unseren Ordination Patienten mit den unterschiedlichsten Erkrankungen von einem grippalen Infekt bis hin zu sehr seltenen Erkrankungen. Das Einlassen auf die Vielseitigkeit des Behandlungsspektrums sehe ich als weitere Kernkompetenz der Allgemeinmedizin. Man weiß nie, welche Beschwerden der nächste Patient hat.*

*Und natürlich Interesse an den betriebswirtschaftlichen Tätigkeiten, welche eine eigene Ordination mit sich bringt.*

**Wutscher:** *Wie bereits erwähnt, braucht ein Allgemeinmediziner die Freude an einer breitgestreuten medizinischen Versorgung und an der Familienmedizin. Neben der medizinischen Basisausbildung im Krankenhaus kann dies besonders in der Lehrpraxis optimal präsentiert werden. Mit diesen gelernten Fähigkeiten aus der täglichen Arbeit in der allgemeinmedizinischen Praxis ist der junge Kollege und die junge Kollegin ideal gerüstet, um alleinstehend die Arbeit als Allgemeinmediziner zu machen.*

**?** *5. Aus welchen Gründen war die Thematik Facharzt für Allgemeinmedizin kein „Selbstläufer“? Es dauerte bekanntlich rund 30 Jahre, bis es zur Umsetzung der Facharztausbildung kam.*

**Wutscher:** *Zunächst mussten Widerstände innerhalb der Ärzteschaft überwunden werden. Dann hatte das Ministerium Bedenken, aber auch die Sozialversicherungen. Manchmal hat sich ein Winterschlaf über die Aktivitäten gelegt. Aber gut Ding brauch eben Weile und ist nun zu einem erfolgreichen Ende gekommen.*

**Kamaleyán-Schmied:** *Eines gleich vorweg, die Wertschätzung der Patienten ist unbestritten, leider war bzw. ist die politische Wertigkeit nicht gegeben. Die Politik kreiert Begriffe und Schlagwörter wie PVE und vergisst, dass der Arzt, sprich der Hausarzt, das Zentrum der medizinischen Behandlung ist.*

*Solange es genügend Allgemeinmediziner gab und kein Druck da war, geschah nichts. Die Allgemeinmedizin wurde lange sehr stiefmütterlich behandelt. Erst als sich immer weniger Kolleginnen und Kollegen dafür entschieden, Allgemeinmediziner zu werden, kam langsam Bewegung in die Sache. An dieser Stelle möchte ich noch einmal ein ganz großes Lob an Dr. Wutscher aussprechen, der in dieser Sache so beharrlich gewesen ist.*

*Die Einführung des Facharztstitels ist eine große emotionelle Aufwertung und ein großer Schritt in die richtige Richtung. Wir brauchen noch mehr Maßnahmen für eine nachhaltige Aufwertung der Allgemeinmedizin, und da sehe ich als wichtigen nächsten Schritt die Aufwertung der Zuwendungsmedizin, die bis jetzt nicht ausreichend honoriert wird. Die Zeit, die ein Hausarzt für seine Patienten aufwendet, darf nicht limitiert sein. Wenn einem Allgemeinmediziner in Wien nur 20 % seiner therapeutischen Aussprachen honoriert werden, dann fehlt es ganz klar an Wertschätzung seitens der Verantwortlichen.*

**6. Warum erfährt der Allgemeinmediziner unter manchen Studierenden so wenig Wertschätzung?**

**Wutscher:** *Erfreulicherweise orte ich in den letzten Jahren genau das Gegenteil. Sicherlich durch die Einführung der Allgemeinmedizin mit Professur an den Universitäten wird die Information an Studenten kompetent weitergegeben.*

**Kamaleyan-Schmied:** *Auch im Studium fehlt der Allgemeinmedizin die nötige Wertschätzung. Lange Zeit war die Allgemeinmedizin in der Lehre unterrepräsentiert. In meiner Studienzeit gab es die Allgemeinmedizin einfach nicht. Allgemeinmedizinische Themen hatten in den Lehrplänen kein „Matscherl“ drauf, oft sahen Studentinnen und Studenten hausärztliche Kerntätigkeiten einfach nicht. Zentrales Ziel wäre es, die Ausbildungsinhalte der Allgemeinmedizin im Studium sichtbarer zu machen. Oft ändert sich danach das Bild der Studenten.*

*Es ist notwendig, junge Studierende früh für die Allgemeinmedizin zu begeistern und bereits im Studium die Lehrpraxen zu forcieren. Es ist wichtig, dass Studenten frühzeitig hausärztliche Fälle kennenlernen und lernen, häufige Krankheitsbilder zu erkennen. Auch für angehende Mediziner, welche später einmal im Krankenhaus tätig sein möchten, wäre es wichtig zu lernen, Patienten ganzheitlich zu erfassen und den Bereich der Differentialdiagnostik in der Primärversorgung kennen zu lernen.*

**7. Was muss getan werden, um die Relevanz der Allgemeinmedizin für unser Gesundheitswesen besser sichtbar zu machen, Stichwort: Positionierung der Allgemeinmedizin?**

**Wutscher:** *Auch hier sind wir auf einem guten Weg. Bereits das Studium, hier das klinisch praktische Jahr, die Famulaturen und jetzt die Lehrpraxis vermitteln den jungen Kolleginnen und Kollegen einen positiven Einblick in die Allgemeinmedizin. In der Gesellschaft sind wir bestens aufgestellt, alle Studien weisen den Allgemeinmedizinern höchste Kompetenz und Versorgungswirksamkeit zu. Wenn einzelne Politiker und Vertreter der Sozialversicherung einen sonderbaren Zugang zu uns Ärzten haben, kann auch das in überzeugender Arbeit ausgemerzt werden.*

### **Kamaleyan-Schmied:**

- *Wir brauchen eine Imagekampagne, die zeigt, welchen Wert eine qualitativ hochwertige Basisversorgung hat! Hausärztliche Praxen versorgen wohnortnah Patienten wie in einer kleinen Spitalsambulanz.*
- *Wir brauchen, wie bereits erwähnt, ein frühes Kennenlernen der Allgemeinmedizin, dies fördert die positive Einstellung der Studenten!*
- *Wir brauchen nach dem Studium eine verpflichtende Zeit in einer Ordination für Allgemeinmedizin, um die jungen Ärzte optimal auf die Anforderungen in ihrem späteren Berufsleben vorzubereiten!*

*Viele junge Fachärzte in den Spitälern wissen einfach nicht, was in einer hausärztlichen Ordination alles gemacht wird und was nicht gemacht werden kann bzw. darf. Da hört man immer wieder Aussagen wie: Warum hat Ihr Hausarzt denn nicht gleich ein Röntgen gemacht?*

*Es wäre wünschenswert, wenn wir mehr in den Ordinationen machen dürfen bzw. dafür auch honoriert werden, wie zum Beispiel auch die Durchführung von sonografischen Untersuchungen.*

**8. Frau Kamaleyan-Schmied, das geänderte Geschlechterverhältnis in der Ärzteschaft wird seitens der Krankenversicherungen immer noch unterschätzt (Stichwort Vier-Tage-Woche im Kassenbereich).**

**Wo sehen Sie bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Kassenärzte noch Verbesserungsbedarf?**

*Verbesserungsbedarf gibt es bezüglich der Familienfreundlichkeit durch die ÖGK.*

*Beispiel: Eine junge Kollegin, die eine Kassenordination übernehmen möchte und drei kleine Kinder hat, schafft nur schwer zwei Randordinationszeiten pro Woche, das geht sich mit dem derzeitigen Kinderbetreuungsangebot in Wien einfach nicht aus. Derzeit wird es einer Kassenärztin, einem Kassenarzt nicht erlaubt, eine Ordination zu führen, welche nur vormittags geöffnet ist. Gleichzeitig gibt es aber in Wien Spezialambulanzen, welche nur vormittags geöffnet sind.*

*In Zeiten eines Mangels an Kassenordinationen sind die Verantwortlichen gefordert, die vorhandene Ressource „Arzt“ besser einzusetzen. Die Allgemeinmedizin wird zunehmend weiblicher und dies führt dazu, dass die*

*Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärztinnen, wie bereits erwähnt, familienfreundlicher werden müssen. Wenn eine Kollegin aufgrund familiärer Gründe eine Zeit lang Patienten nur am Vormittag versorgen kann, dann soll man ihr das bitte erlauben. Wir brauchen flexiblere Kassenverträge, sonst verlieren wir unnötigerweise Ärztinnen im öffentlichen System!*

*Zudem muss es dem Vertragspartner egal sein, in welcher Zusammenarbeitsform ich als Selbständiger arbeite oder wie viele Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Ordination den Versorgungsauftrag erfüllen. Ob die Gruppenpraxis aus zwei oder drei Partnern besteht, die sich in ihrem Tätigkeitsfeld ergänzen, sollte keine Rolle spielen.*

*Viele Kassenärztinnen und -ärzte fühlen sich zu stark fremdbestimmt. Tatsache ist, dass eine weniger starke Regulierung durch die Kassen mehr junge Ärzte dazu motivieren würde, kassenärztlich tätig zu sein.*

**9. Herr Wutscher, Ihre Tochter ist Hausärztin in Tirol – was müsste verändert werden, um Familie und Beruf besser unter einen Hut zu bekommen?**

*Meine Tochter (und nicht deswegen, weil sie meine Tochter ist) ist ein wunderbares Beispiel, wie man Beruf und Familie unter einen Hut bringt. Sie arbeitet wirklich voll in der Praxis, macht Nachtdienste und Sprengeldienste und hat auch noch Zeit, die Kinder bestens zu betreuen. Es hängt wohl viel von der Gabe ab, Zeitmanagement ideal umzusetzen.*

**10. Mit der Errichtung des Lehrstuhls für Primary Care Medicine an der MedUni Wien im Februar 2023 haben endlich alle öffentlichen Universitäten Österreichs einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. Warum wurde der Allgemeinmedizin von den öffentlichen Universitäten so wenig Aufmerksamkeit geschenkt?**

**Kamaleyan-Schmied:** *Dazu fällt mir spontan das allseits bekannte Zitat ein: „Wenn die Welt untergeht, dann gehe ich nach Wien. Dort passiert alles zwanzig Jahre später.“*

**Wutscher:** *Auch hier die Antwort: Die Allgemeinmedizin wurde immer, besonders in der Bevölkerung, bestens wahrgenommen.*

**?** 11. Welche Verknüpfungspunkte gibt es zwischen den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin und den Ärztekammern? Gibt es hier konkrete Maßnahmen, um die Vernetzung zu forcieren?

**Wutscher:** Am Beispiel Tirol kann berichtet werden, dass der Vorstand des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin voll in der Praxis tätig ist, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Dozenten und Vortragende) sind ebenfalls aktive Allgemeinmediziner.

**Kamaleyan-Schmied:** Frau Prof. Kathryn Hoffmann von der MedUni Wien und ich kennen uns seit langem, uns beiden ist die Allgemeinmedizin als eigenständige Disziplin sehr wichtig. Ich bin überzeugt, wir werden in den nächsten Jahren sicherlich gut zusammenarbeiten.

**?** 12. Was wünschen Sie sich von den Universitäten in Bezug auf die Allgemeinmedizin?

**Wutscher:** Wir werden hier in unserem Tätigkeitsfeld präsentiert und erreichen dadurch hoffentlich, dass Studierende Interesse und Gefallen an der Allgemeinmedizin finden werden.

**Kamaleyan-Schmied:** Ein deutliches Sichtbarmachen der Allgemeinmedizin. Nach wie vor sind die Berührungspunkte mit dem niedergelassenen Bereich im Medizinstudium gering. Dabei wird ein Großteil der Patienten in Ordinationen behandelt.

Wir sollten gemeinsam unterschiedliche Angebote zum Kennenlernen des Ordinationsalltags entwickeln und mehr Seminare im Ordinationsmanagementbereich anbieten.

**?** 13. Vor dem Hintergrund des bereits heute manifesten und sich zukünftig noch weiter verstärkenden Hausärztemangels bietet die ÖGK ab dem Studienjahr 2022/23 Studierenden Stipendien an, welche an eine verpflichtende fünfjährige Tätigkeit als Kassenarzt gebunden sind. Was halten Sie von dieser Nachwuchswerbung?

**Wutscher:** Ich werde die Entwicklung und vor allem die Auswirkungen gespannt verfolgen.

**Kamaleyen-Schmied:** Ehrlich gesagt, ich finde das furchtbar. Für mich wirkt das Angebot fast so, als müssten wir Almosen bezahlen, damit jemand einen Kassenvertrag annimmt. Anstatt die Tätigkeit im Kassenbereich per se attraktiver zu machen, lockt die ÖGK mit finanziellen Anreizen, das halte ich nicht für den richtigen Weg.

Wir brauchen mehr Flexibilisierung der Kassenverträge. Wir brauchen mehr Freiheiten als Unternehmer, hier wird Kassenärzten noch immer ein zu starres Konzept vorgeschrieben.

Alles in allem brauchen wir dringend ein System, das Ärzte nicht in den Wahlartzbereich drängt.

 14. Abschließend ein Blick in die Zukunft: Auf welche standespolitischen Themen werden Sie in den nächsten Monaten Ihren Fokus legen, wo sehen Sie die Schwerpunkte Ihrer politischen Arbeit?

**Wutscher:** In der Standespolitik ist es wichtig, die Aufgaben und die Rolle der niedergelassenen Ärzte darzustellen. Vor allem gemeinsam mit Politik und Sozialversicherung unsere Expertise und unsere Erfahrung einzubringen, damit sich unser Gesundheitssystem weiterhin optimal entwickeln kann.

Dies vor allem im Interesse einer idealen Versorgung der Patientinnen und Patienten und im Sinne einer fruchtbringenden Beratung im Rahmen der Prävention und Vorsorgemedizin.

**Kamaleyen-Schmied:** Entscheidend für zukünftige Entwicklungen ist der Leitsatz: „Primärversorgung passiert durch den Arzt!“ Es gibt Gruppenpraxen, hausärztliche Einzelpraxen, PVEs und die Vielfalt ist wichtig. Wichtig für zukünftige Entwicklungen ist, dass der Arzt selbst entscheiden darf, in welcher Zusammenarbeitsform er arbeiten möchte.





# Investieren Sie Seite an Seite mit unserer Eigentümerfamilie

| Vorausschauend  
seit Generationen

Wer dieselben Ziele verfolgt, kommt gemeinsam besser voran.  
Vertrauen Sie auf unsere jahrzehntelange Erfahrung und legen Sie  
bei der LGT nach derselben Strategie an wie unsere Eigentümerin,  
die Fürstliche Familie von Liechtenstein. [lgt.com/at](https://lgt.com/at)



Private  
Banking



**Dr. Florian Ardelt**

*Allgemeinmediziner in Marchtrenk, Präsident der OBGAM*

# Höchste Zeit für ALAM

(Ausbildungsleiter:in für Allgemein- und Familienmedizin)

<b>1. Einleitung</b>	<b>42</b>
<b>2. Wer kann ein:e ALAM sein?</b>	<b>44</b>
<b>3. Von der Umsetzung dieses Programmes erhoffen wir uns eine Triple-Win-Situation</b>	<b>46</b>

*Anders als in den anderen Fachrichtungen, gibt es in den meisten Krankenhäusern keinen Ausbildungsverantwortlichen für den Bereich Allgemeinmedizin. Zudem dominieren in der allgemeinmedizinischen Ausbildung häufig intramurale Versorgungsaufgaben. Die Entwicklung eines extramuralen Kompetenzprofils steht dabei selten im Fokus.*

*Der Beitrag beschreibt den Ansatz eines Ausbildungsleiters für Allgemein- und Familienmedizin, sein Kompetenzprofil und ein mögliches Tätigkeitsprofil.*

# 1. Einleitung

Um einen Einblick zu geben, wie es dazu gekommen ist, ALAM zu konzipieren, muss ich ein bisschen in meiner Biografie zurückgehen.

Mein Vater ist Allgemein- und Familienmediziner und ich war seit meiner Kindheit immer wieder in der Ordination, um dort auszuhalten: beim Ordnen der Karteikarten, Beschriften der Blutröhrchen etc. Auch in der Zeit meines Studiums habe ich dort famuliert und dann natürlich meine Lehrpraxis absolviert. Während meiner gesamten Ausbildungszeit hatte ich also jemanden an meiner Seite, mit dem ich mich austauschen konnte über Ängste und Sorgen sowie über mein Ziel, Allgemeinmediziner mit eigener Ordination zu werden.

Wenn ich im Krankenhaus mit Fachärzt:innen über das Thema Allgemein- und Familienmedizin sprach, merkte ich, dass sie zwar Expert:innen in ihrem Fachbereich waren, aber sehr wenig Ahnung davon hatten, wie eine allgemein- und familienmedizinische Ordination geführt wird. Und da beziehe ich mich nicht nur auf das medizinische, sondern auch auf das organisatorische und betriebswirtschaftliche Know-how.

Viele Jahre später traf sich der Vorstand der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (OBGAM) zu einer Klausur in Haslach im dortigen Primärversorgungszentrum. Im Laufe der Tagung reflektierten wir auch über den größten Teil der allgemein- und familienmedizinischen Ausbildung – die Zeit im Krankenhaus. Während dieser ca. drei Jahre kommt man mit Allgemein- und Familienmedizin eigentlich nicht in Berührung. Natürlich gibt es das Mentoring-Programm, das von der OBGAM gemeinsam mit der Ärztekammer Oberösterreich und dem oberösterreichischen Teil der österreichischen Gesundheitskasse entwickelt wurde. Dieses Angebot ist aber nur für Einzelpersonen zugänglich und, aus welchen Gründen auch immer, nicht sehr bekannt im Kreise der Turnusärzt:innen in allgemein- und familienmedizinischer Ausbildung.

Aus diesem Umstand heraus begannen wir die Idee des/der ALAM zu entwickeln. ALAM steht für **A**usbildungs**l**eiter:in für **A**llgemein- und Familien**m**edizin. Wir wussten, dass es in jedem Fach eine/n Ausbildungsverantwortliche/n gab. Diese/r begleitet die Auszubildenden während ihrer gesamten Fachärzt:innenausbildung. Die Turnusärzt:innen in allgemein- und familienmedizinischer Ausbildung kommen aber erst in der Lehrpraxis mit jemandem in Kontakt, der/die die spezifischen medizinischen, organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Probleme einer Ordination für Allgemein- und Familienmedizin kennt – und auch die Lösung dieser Probleme.



## 2. Wer kann ein:e ALAM sein?

Ein:e Allgemein- und Familienmediziner:in mit fünf Jahren Berufserfahrung. Es muss eine Kassenordination geführt werden oder eine versorgungswirksame Wahlarztpraxis. Selbstverständlich können auch pensionierte Kassenärzt:innen als ALAM tätig sein.

In einem Einstiegsseminar wird vermittelt, was die Aufgaben des/der ALAM sind.

### 2.1. Was soll nun Aufgabe des/der ALAM sein?

- Sie sollen Ansprechpartner:innen für Ärzt:innen in der Basisausbildung sein. Jeder Turnusarzt und jede Turnusärztin in der Basisausbildung mit Interesse an Allgemein- und Familienmedizin soll die Möglichkeit eines Termins mit dem/der ALAM haben. In diesem Gespräch geht es darum, den/die ALAM und seine/ihre Funktion vorzustellen. Auch soll auf die Möglichkeiten des Mentorings und der Lehrpraxis aufmerksam gemacht werden.
- Sie sollen Ansprechpartner:innen für Ärzt:innen in Ausbildung zur/zum Allgemein- und Familienmediziner:in sein. Hier geht es um die Herstellung von Praxisbezug: Was ist auf welchen Abteilungen im Krankenhaus wichtig für die Praxis, was muss man unbedingt können, welche ärztlichen Tätigkeiten fallen in der Praxis oft an? Dabei hilft die Darstellung der Häufigkeiten in der Allgemeinmedizin anhand der Fällverteilung nach Dr. Robert Braun.
- Es geht zudem um eine konkrete Vorstellung des Mentoring-Programms. Wer bietet dieses an? Wer hat noch freie Plätze?
- Sie sollen Hilfestellung bieten beim Herstellen des Kontakts zu Lehrpraxisleiter:innen im Umkreis des Krankenhauses beziehungsweise dort, wo später die Niederlassung geplant ist.
- Pro Jahr sind vier Quartalstreffen mit dem/der ALAM vorgesehen. Diese sollen im Krankenhaus stattfinden. Bei den Quartalstreffen geht es um die Beantwortung konkreter Fragen der Auszubildenden sowie um Wissensvermittlung mit Fokus auf der Arbeit in einer allgemein- und familienmedizinischen Praxis sowohl medizinisch als auch in Bezug auf organisatorische und betriebswirtschaftliche Dinge.

- Es sollen die Rasterzeugnisse besprochen werden, ob wirklich auch alles vermittelt wurde, was darin angeführt ist. Dies auch vor dem Hintergrund der immer schlechter werdenden Ergebnisse der Prüfung für Allgemein- und Familienmedizin.

Jahr	Antritte	Bestanden		Nicht bestanden	
		Anzahl	Quote	Anzahl	Quote
1999	33	32	96,97%	1	3,03%
2000	339	329	97,05%	10	2,95%
2001	587	560	95,40%	27	4,60%
2002	638	588	92,16%	50	7,84%
2003	745	684	91,81%	61	8,19%
2004	878	802	91,34%	76	8,66%
2005	971	919	94,64%	52	5,36%
2006	784	751	95,79%	33	4,21%
2007	967	909	94,00%	58	6,00%
2008	942	865	91,83%	77	8,17%
2009	927	867	93,53%	60	6,47%
2010	946	899	95,03%	47	4,97%
2011	969	912	94,12%	57	5,88%
2012	992	937	94,46%	55	5,54%
2013	928	863	93,00%	65	7,00%
2014	891	815	91,47%	76	8,53%
2015	875	811	92,69%	64	7,31%
2016	779	701	89,99%	78	10,01%
2017	742	658	88,68%	84	11,32%
2018	555	486	87,57%	69	12,43%
2019	438	386	88,13%	52	11,87%
2020	442	380	85,97%	62	14,03%
2021	551	489	88,75%	62	11,25%
2022	477	417	87,42%	60	12,58%
2023	175	0	0,00%	0	0,00%
<b>SUMME</b>	<b>17 396</b>	<b>16 060</b>	<b>92,32%</b>	<b>1 336</b>	<b>7,68%</b>

Tab. 1: Statistik der Prüfung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemein- und Familienmedizin (seit Einführung) nach Dr. Erwin Rebhandl

- Es soll besprochen werden, ob es Probleme in der allgemein- und familienmedizinischen Ausbildung gibt. Wenn es entweder personelle oder strukturelle Probleme gibt, wird der/die ALAM gemeinsam mit der Krankenhausleitung versuchen, diese Probleme zu beseitigen.
- Damit alle Beteiligten auch wissen, wie es um die Ausbildungsqualität steht, sollen jährliche Feedbackgespräche mit den Ausbildungsverantwortlichen (bei Notwendigkeit auch früher) stattfinden.

### 3. Von der Umsetzung dieses Programmes erhoffen wir uns eine Triple-Win-Situation

**Der/die TÄ in Ausbildung zum Allgemein- und Familienmediziner:in** kommt früher mit dem extramuralen Bereich in Kontakt und kann sich noch fokussierter auf seine /ihre spätere Arbeit vorbereiten. Und dies nicht nur in fachlicher, sondern auch in organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Hinsicht. Auch bekommt sie/er eine klarere Sicht, welche beruflichen Möglichkeiten Allgemein- und Familienmediziner:innen haben.

Zum Beispiel:

- Niedergelassene/r Ärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin vulgo Hausärzt:in
- Kassenärzt:in/Wahlärzt:in
- Angestellte Ärzt:in in einer Klinik oder Praxis
- Chefärzt:in, Amtsärzt:in, Beratungsärzt:in, Gutachter:in, Sachverständige/r
- Arbeitsmediziner:in
- Lehrende/Lehrender
- Wissenschaftler:in
- (Standes-)Politiker:in
- u.v.m. ...

Die **Krankenhäuser** bekommen besser ausgebildete allgemein- und familienmedizinische Turnusärzt:innen. Ebenso verbessert sich so auf lange Sicht die extramurale Versorgung, was sich wiederum positiv auf die intramurale Versorgung auswirkt.

Die **Krankenkassen** bekommen wieder mehr Ärzt:innen, die in einer eigenen Ordination als Allgemein- und Familienmediziner:innen arbeiten wollen. Denn einer der Hauptgründe, nicht in die Niederlassung zu gehen, ist die Angst vor dem Unbekannten, das habe ich in vielen Gesprächen mit Studierenden und Ärzt:innen in Ausbildung herausgehört.

All das ist natürlich ein Vorgriff auf die/den Ausbildungsassistentin:en, der/die verpflichtend kommen muss, sobald Allgemein- und Familienmedizin zu einer Fachärzt:innenausbildung wird.

In Oberösterreich haben wir von der OBGAM der Ärztekammer für Oberösterreich das Konzept präsentiert, und sowohl von der Kurie der Angestellten Ärzte als auch von der Kurie der Niedergelassenen Ärzte wurde beschlossen, dass dieses Projekt umgesetzt werden soll.

Es fanden Gespräche mit den ärztlichen Direktionen des Ordensklinikums Barmherzige Schwestern Linz, Kepler Universitätsklinikum und dem Krankenhaus Freistadt statt.

Die ärztlichen Direktionen haben ihre grundsätzliche Zustimmung signalisiert, aber betont, dass zuerst die Finanzierung des Pilotprojektes geklärt sein muss.

Mit der/dem ALAM könnte man eine sehr große Anzahl an Personen erreichen und ihnen die Allgemein- und Familienmedizin näherbringen. Konkret gab es in Oberösterreich mit Stand 3.8.2023:

- 246 Ärzt:innen in der Basisausbildung,
- 4 Ärzt:innen in Ausbildung zur/m AM nach ÄAO 2006,
- 206 Ärzt:innen in Ausbildung zur/zum AM nach ÄAO 2015.

Man kann also von zumindest 210 Personen ausgehen, die prinzipiell Interesse an der Allgemein- und Familienmedizin haben. Je mehr Unterstützung sie aktiv bekommen, desto mehr wird man ihnen auch die Angst vor dem Unbekannten nehmen und sie für die Arbeit als Allgemein- und Familienmediziner:innen gewinnen können.

Und vielleicht kann in Zukunft jede/r Allgemein- und Familienmediziner:in sagen, dass sie/er während der gesamten Ausbildungszeit jemanden hatte, mit dem er/sie sich austauschen konnte über Ängste und Sorgen sowie über das Ziel, Allgemein- und Familienmediziner:in mit eigener Ordination zu werden.



**Dr. Stefan Meusburger, MSc.**  
*Geschäftsführer Ordensklinikum Linz*

**Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA**  
*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung*

# Allgemeinmedizin im Krankenhaus

## *Die Rolle des Arztes für Allgemeinmedizin*

<b>1. Einleitung</b>	<b>50</b>
<b>2. Allgemein- und Familienmedizin</b>	<b>51</b>
<b>3. Der Bedarf an Allgemeinmedizin im Krankenhaus</b>	<b>53</b>
<b>4. Rolle und Entwicklungsperspektiven des Arztes für Allgemeinmedizin im Krankenhaus</b>	<b>57</b>
<b>5. Resümee und Ausblick</b>	<b>58</b>

*Die voranschreitende Spezialisierung in der Medizin steigert den Bedarf nach integrierendem allgemeinmedizinischen Wissen und Fähigkeiten in Krankenanstalten. Vor diesem Hintergrund und verstärkt durch eine steigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen müssen Patienten stärker sektorenübergreifend betreut werden. „Schnittstellen“ zwischen den betreuenden Personen und Institutionen werden zu überlappenden „Nahtstellen“.*

*Zugleich nimmt aufgrund der Bedürfnisse der Mitarbeiter und der Bestimmungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) die Anwesenheitszeit der einzelnen Ärzte im Krankenhaus ab. Der Bedarf nach fachkundiger Kommunikation und Abstimmung innerhalb der behandelnden Ärzteschaft und zwischen den die Patienten betreuenden Berufsgruppen steigt jedoch.*

*Alle diese Entwicklungen zeigen einen erhöhten Bedarf an einer allgemeinmedizinischen Herangehensweise in den Krankenanstalten und stärken die integrierende Rolle von Ärzten für Allgemeinmedizin – in einem vielfältigen und erfüllenden ärztlichen Berufsfeld.*

# 1. Einleitung

Die Aufgaben eines Arztes für Allgemeinmedizin in der niedergelassenen Praxis sowie dessen Berufs- und Selbstbild decken sich in weiten Bereichen mit den Notwendigkeiten der Patientenbetreuung in einem Krankenhaus – und über dessen Grenzen hinaus.

Beides führte in den vergangenen Jahren zur Entwicklung eines weitgehend neuen Berufsbildes des Allgemeinmediziners. Vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Gesundheitssystem und in der Krankenhausmedizin besteht ein hoher und wachsender Bedarf an deren Tätigkeit. Aufgrund der Fähigkeiten und Fertigkeiten, des Selbstbildes und der Herangehensweise von Ärzten für Allgemeinmedizin können sie diesen Bedarf abdecken.

## 2. Allgemein- und Familienmedizin

Inhalte und Aufgaben der Allgemeinmedizin sind vielfältig und werden – je nachdem, aus welchem Blickwinkel man sie betrachtet – unterschiedlich gewichtet. Die Vielfalt der Ergebnisse einer Literatursuche mit den Suchwörtern „Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Hausarzt, Familienmedizin“ und die Inhalte der Ausbildungsordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin spiegeln dies wider.

Zu den Tätigkeiten als Arzt für Allgemeinmedizin gehören unter anderem

- Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention,
- Nachsorge,
- Früherkennung von Erkrankungen/Vorsorgeuntersuchungen,
- Diagnostik und Behandlung jeder Art von Erkrankungen (inklusive lebensbedrohlicher Krankheitszustände, z.B. Notfallbehandlungen),
- allgemeinmedizinische Betreuung behinderter, chronisch kranker und alter Menschen,
- Integration medizinischer, psychischer und sozialer Hilfen,
- Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen,
- Zusammenarbeit mit Fachärzten, anderen Gesundheitsberufen und Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser).<sup>1</sup>

In Anlehnung an die Definition der Wonca stellt die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin das Tätigkeitsfeld und die Herangehensweise von Ärzten für Allgemeinmedizin bildlich wie folgt dar (siehe Abbildung 1):

---

<sup>1</sup> <https://www.praktischerarzt.at/magazin/arzt-allgemeinmedizin/> (eingesehen am 23.9.2023, 18:22 Uhr)

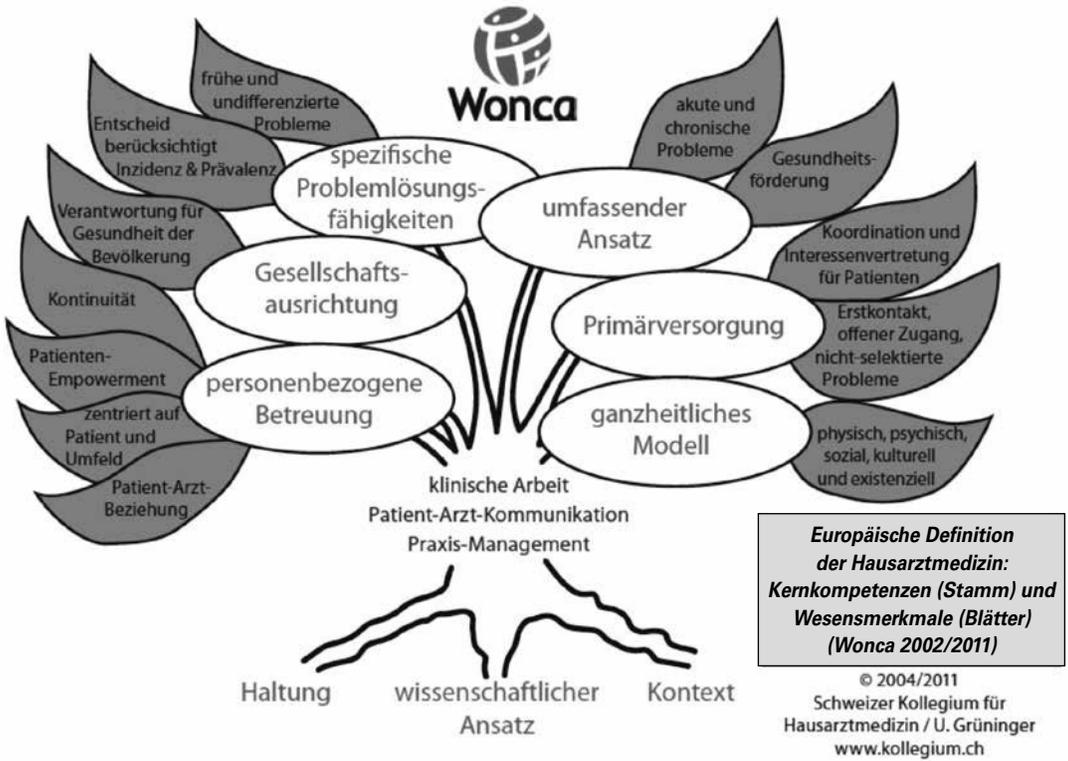


Abb. 1: Tätigkeitsfeld von Ärzten für Allgemeinmedizin<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Aus: <https://oegam.at/leitbild> (eingesehen am 27.9.2023, 20:00 Uhr)

## 3. Der Bedarf an Allgemeinmedizin im Krankenhaus

Im Folgenden werden die medizinischen Entwicklungen und organisatorischen Veränderungen in der Patientenbetreuung durch Krankenanstalten dargestellt. Damit einhergehend ergibt sich ein verstärkter Bedarf an allgemeinmedizinischem Wissen und an einer generalistischen Herangehensweisen in Akutkrankenhäusern.

### 3.1. Die Rolle eines Akutkrankenhauses in der medizinischen Versorgung

Ein allgemein öffentliches Akutkrankenhaus gewährleistet für die Bevölkerung seines Einzugsbereiches Krankenhausbasismedizin (Leistungen, die jedes allgemein öffentliche Krankenhaus unabhängig von seiner Versorgungsstufe erbringt und erbringen muss). Die Bezeichnung „Krankenhausbasismedizin“ soll der Unterscheidung zu den im niedergelassenen Bereich erbrachten fach- oder hausärztlichen medizinischen Leistungen dienen.

Mit steigender Versorgungsstufe erbringen die Krankenanstalten noch zusätzlich spezialisierte Krankenhausspitzenmedizin, die sowohl das koordinierte Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlichster medizinischer Sonderfächer als auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen erfordert, verbunden mit einem hohen apparativen Aufwand. Beides, sowohl die Krankenhausbasismedizin als auch die Krankenhausspitzenmedizin, können sowohl die Akutversorgung als auch dringliche oder eine weitgehend elektive Versorgung umfassen.

### 3.2. Bedarf an interprofessioneller Behandlungscoordination und -abstimmung

Die zunehmende Spezialisierung der Medizin und die gesteigerte Nachfrage nach Leistungen, verbunden mit gesellschaftlichen Veränderungen (Work-Life-Balance), führen zu einem absoluten oder relativen Mangel an Arbeitskräften. Deshalb muss die Betreuung und Behandlung durch unterschiedlichste Anbieter aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vor und nach dem Krankenhausaufenthalt verstärkt gemeinsam und aufeinander abgestimmt erfolgen.

In vergangener Zeit waren die Behandlungsmöglichkeiten – aus fachlicher Sicht im Vergleich zu den derzeitigen Möglichkeiten – beschränkt. Das medizinische Spektrum konnte von relativ wenigen ärztlichen Berufsgruppen gewährleistet werden. Der niedergelassene „Praktische Arzt“ deckte einen großen Teil der medizinischen Bedürfnisse der Menschen ab. Medizinisches, pflegerisches, medizinisch-technisches und Verwaltungspersonal waren in den Krankenanstalten im Allgemeinen in ausreichender Zahl verfügbar – die „Ärztenschwemme“ Ende der 1970er, Anfang der 1980er Jahre sei als Beispiel dafür genannt.

Der für die Betreuung der Patienten notwendige Informationsaustausch und die Abstimmung der Behandlungswege erfolgte innerhalb der vorhandenen Strukturen und konnte von den beteiligten Personen „nebenbei“ gewährleistet werden. Ein weitergehender Bedarf an gemeinsamer Abstimmung der Behandlung über die Grenzen der Bereiche hinweg bestand nur in eingeschränktem Ausmaß.

Patienten konnten weitgehend autonom in beiden Bereichen (extra- und intramural) betreut werden. Wenn Bedarf an einer Behandlung im Krankenhaus bestand, wurden die Patienten an den „Schnittstellen übergeben“. Meist reichte der „Arztbrief“ als Medium des Informationsaustausches aus.

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung aufgrund unterschiedlicher Entwicklungen grundlegend verändert.

Zum einen führt die Zunahme multimorbider, chronisch kranker Patienten zu einer Steigerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen sowohl im niedergelassenen als auch im Krankenhausbereich. Um dennoch die notwendigen krankenhausspezifischen Leistungen für die Patienten in ihrer Gesamtheit zur Verfügung stellen zu können, verkürzt sich die Aufenthaltsdauer. Dies führt dazu, dass sowohl die prähospitalen Abklärung als auch die Betreuung durch andere Einrichtungen und Personen nach dem Krankenhausaufenthalt intensiviert, geplant und aufeinander abgestimmt werden muss.

Ein weiteres Faktum ist die bereits erwähnte fortschreitende Ausdifferenzierung in der Medizin. Die aktuelle Ärzte-Ausbildungsordnung beinhaltet 50 Sonderfächer (ÄAO 2015). Zum Vergleich: Nach der „alten“ ÄAO 2006 gab es nur 45 Sonderfächer. Damit einhergehend erhöht sich der Abstimmungsbedarf zwischen den Fachärzten in der Betreuung der Patienten, aber auch die Notwendigkeit, in der Krankenanstalt explizit allgemeinmedizinisches Wissen zur Verfügung zu stellen.

Auch führt der Wunsch nach kürzeren Arbeitszeiten und Teilzeitbeschäftigung (siehe Zeitschrift für Gesundheitspolitik Ausgabe 01/2023) verbunden mit der Novellierung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes 2014 zu einer Verkürzung der Präsenzzeiten von Ärzten im Krankenhaus.

Diese Entwicklungen erschweren die Informationsweitergabe und die Behandlungs- und Betreuungskoordination innerhalb der Krankenanstalt und zwischen Krankenanstalten und im extramuralen Bereich. Dieses „Patientenmanagement“ wird in der Regel durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Mitarbeiter der Pflege und des Sozialbereiches gemeinsam gewährleistet.

### **3.3. Bedarf an allgemeinmedizinischem Fachwissen im Krankenhaus**

In Oberösterreich waren im Jahr 2023 749 Ärzte als angestellte Ärzte für Allgemeinmedizin eingetragen, davon arbeiteten 310 in einer Akutkrankenanstalt. In diesen Zahlen sind auch jene Ärzte enthalten, welche sowohl eine Ausbildung zum Allgemeinmediziner als auch eine zusätzliche Facharztausbildung absolvierten und meist fachärztlich tätig sind.

Zu Zeiten der „Ärztenschwemme“ absolvierten viele Ärzte, die eine Ausbildung in einem medizinischen Sonderfach anstrebten, die vor 2015 in Oberösterreich übliche dreijährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin. Dadurch erwarben sie Wissen und Kenntnisse, die es ihnen auch als Fachärzte ermöglichte, Patienten in deren Gesamtsituation allgemeinmedizinisch zu beurteilen und zu betreuen. Diese Fähigkeiten können, trotz des Versuches der Anpassung der Studienpläne während des Medizinstudiums, nicht in dem Maße vermittelt werden, wie das durch den dreijährigen „Spitalsturnus“ vor 2015 erfolgte.

Die bereits erwähnten Spezialisierungstendenzen bewirken, dass Fachärzte ganz überwiegend in „ihrem Fachgebiet“ ausgebildet und beschäftigt sind bzw. beschäftigt sein müssen. Durch die mit dem technischen Fortschritt einhergehende Weiterentwicklung der Medizin kann ein Arzt in seinem Sonderfach nicht mehr gleichzeitig ausreichend in Allgemeinmedizin ausgebildet sein, um diesen Bedarf nebenbei abzudecken.

Die zunehmende Ausdifferenzierung der Medizin steht mitunter im Widerspruch zu den demografischen Herausforderungen. Viele ältere Patienten bewegen sich aufgrund ihrer Multimorbidität in mehreren Fachgebieten, wodurch in den Häusern der Bedarf an Ärzten mit einer breiten multidisziplinären Ausbildung im Steigen ist. In die Akut- und Notfallambulanzen kommen immer häufiger ältere multimorbide Patienten, die in ihren Krankheitsbildern keiner Abteilung eindeutig zuzuordnen sind und dennoch einer kurzfristigen stationären Behandlung bedürfen. Auch zur Betreuung dieser Patienten ist der Aufbau allgemeinmedizinischer Kompetenz in der Krankenanstalt notwendig.

### **3.4. Aufgaben und Kompetenzen des Allgemeinmediziners im Krankenhaus**

Mit zunehmender Komplexität der Leistungserbringung, Zunahme der medizinischen Möglichkeiten, steigender Inanspruchnahme und Alterung der Patienten benötigen Krankenanstalten vermehrt auch medizinisches Fachwissen in allgemeinmedizinischen Bereichen, die früher wie bereits erwähnt „nebenbei“ durch die Ärzte der Sonderfächer des Krankenhauses wahrgenommen wurden.

Ein Ansatz zur „ganzheitlichen“ Sichtweise auf Patienten und zur Verhinderung einer Fragmentierung des Behandlungsverlaufs sind Modelle mit Generalisten, die – analog zur Rolle der Hausärzte im niedergelassenen Bereich – eine Koordinations- und Integrationsfunktion wahrnehmen, beispielsweise durch das Führen und die Gesamtorganisation des Diagnose- und Behandlungsablaufes oder durch die Einbindung von Geriatern in die Behandlung.

Zudem besteht durch den Erwerb verschiedener Diplome der Ärztekammer für allgemeinmedizinisch ausgebildete Ärzte die Möglichkeit, Spezialwissen zu erwerben bzw. in spezialisierten Bereichen im Krankenhaus tätig zu werden. In diesen Bereichen können sie auch Leitungspositionen einnehmen. Besonders in den Bereichen Geriatrie, Palliativmedizin, Notfallmedizin, Krankenhaushygiene besteht ein Bedarf, um die Gesamtsicht auf den Patienten zu betreuen und für das Wohl der Mitarbeiter Sorge zu tragen.

## 4. Rolle und Entwicklungsperspektiven des Arztes für Allgemeinmedizin im Krankenhaus

Allgemeinmediziner im Krankenhaus sind Dreh- und Angelpunkt der Betreuung und Behandlung der Patienten innerhalb des Krankenhauses und stimmen die Betreuung mit dem extramuralen Bereich vor und nach dem Krankenhausaufenthalt ab. Neben allgemeinmedizinischem Fachwissen und Empathie für Patienten und Mitarbeiter des Krankenhauses sind ein hohes Maß an Kommunikations- und Koordinationsfähigkeit, Freude an Organisation und „Patientenmanagement“ notwendig.

Der Arzt für Allgemeinmedizin sorgt für die Kontinuität der Behandlung der Patienten in einer Zeit zunehmender Spezialisierung der Behandlung und einer hohen Arbeitsteilung in der Patientenversorgung – bei gleichzeitiger Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität.

Die Rolle des Arztes für Allgemeinmedizin im Krankenhaus ist in folgenden Bereichen besonders wichtig:

- allgemeinmedizinische Betreuung der Patienten innerhalb der spezialisierten Bereiche des Krankenhauses,
- Koordination und Abstimmung der medizinischen Behandlung (gemeinsam mit den Ärzten der medizinischen Sonderfächer und mit Angehörigen anderer Berufsgruppen) innerhalb des Krankenhauses und vor und nach dem Krankenhausaufenthalt,
- Versorgung von multimorbiden Patienten, welche keiner Fachabteilung eindeutig zuzuordnen sind, jedoch einer stationären Behandlung bedürfen,
- Betreuung und Behandlung von Patienten in spezialisierten Bereichen, für die breites allgemeinmedizinisches Wissen und entsprechende Kenntnisse benötigt werden (wie in der Akutgeriatrie, Palliativmedizin, Arbeits- und Betriebsmedizin und der Krankenhaushygiene).

Der Großteil der Tätigkeiten wird gemeinsam und in Abstimmung mit Ärzten medizinischer Sonderfächer und Mitarbeitern des Pflege- und des Sozialbereiches erbracht.

Abhängig von den persönlichen Präferenzen und der in einem konkreten Bereich gegebenen Notwendigkeiten können Allgemeinmediziner ihre Tätigkeit in Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung ausüben, mit oder ohne Nacht- und Wochenenddiensten.

## 5. Resümee und Ausblick

Die oben geschilderten medizinischen Entwicklungen, die Zunahme der Arbeitsteiligkeit in der Patientenbetreuung und die gegenwärtige demografische und gesellschaftliche Entwicklung werden sich beschleunigt fortsetzen. Aus diesem Grund wird die Bedeutung der Tätigkeit von Allgemeinmediziner\*innen im Krankenhaus weiter steigen. Es bietet sich ein spannendes, vielfältiges Aufgabengebiet als Grundlage für ein erfüllendes ärztliches Berufsleben.

***Prof. Dr. Erika Baum***

*Past-Präsidentin der DEGAM, jahrzehntelang Hausarztpraxis in Mittelhessen im ländlichen Bereich und Leitung der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Marburg*

***Dr. Uwe Popert***

*Sprecher der DEGAM-Sektion hausärztliche Praxis, Hausarztpraxis in Kassel*

***Prof. Dr. Marco Roos***

*Sprecher der DEGAM-Sektion Weiterbildung, Hausarzt in Mittelfranken und Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Augsburg*

# Deutschland: Die Zukunft der Allgemeinmedizin/hausärztlichen Medizin aus Sicht von DEGAM-Präsidiumsmitgliedern

1. Vorbemerkungen	61
2. Analyse des Ist-Zustandes	62
3. Bewertung der aktuellen Situation	75
4. Systemaspekte zur gesundheitlichen Versorgung	83
5. Abschließende Bemerkungen	87
Literatur	88

*Wir geben einen Überblick über die Situation der Allgemeinmedizin/hausärztlichen Medizin in Deutschland und stellen unsere Vorstellungen zu wünschenswerten Entwicklungen dar. Aus dem internationalen Kontext und Vergleich ergeben sich wichtige Hinweise. Wenn es nicht gelingt, jetzt das System in eine effiziente und versorgungsgerechte Richtung zu lenken, werden wir massive Probleme bekommen, eine gute und erschwingliche gesundheitliche Versorgung langfristig sicherzustellen. Dabei konnten wir nur Schlaglichter auf Bereiche, die uns besonders wichtig erscheinen, werfen. Nach unserer Überzeugung sind eine solide und flächendeckende hausärztliche Basisversorgung, die als Gatekeeper fungiert sowie attraktive Arbeitsbedingungen bietet, und eine starke akademische Repräsentanz mit breiter Forschungsaktivität sowie eine gute Lehre die Eckpunkte, die wir ausbauen müssen.*

# 1. Vorbemerkungen

Wir stehen vor der Herausforderung, dass aufgrund der demografischen Entwicklung in Europa und insbesondere den deutschsprachigen Ländern der Anteil der Menschen mit erheblichem ärztlichen Versorgungsbedarf steigt, während der Anteil der Bevölkerung im erwerbstätigen Alter proportional abnimmt.<sup>1</sup>

Bereits jetzt steigen die Kosten für medizinische Versorgung und Pflege erheblich an.<sup>2</sup> Das Gesundheitssystem wird nur dann einen hohen und prospektiv steigenden Standard bei akzeptabler ökonomischer Belastung realisieren können, wenn alle Effizienzreserven ausgeschöpft werden.

Hier gibt es insbesondere in Österreich und Deutschland erhebliches Potential.

---

1 <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur.html;jsessionid=788D32143AA08089441701F76FB76B13.internet271>

2 OECD (2021)

## 2. Analyse des Ist-Zustandes

### 2.1. Deutschland im internationalen Vergleich

Die OECD gibt in jedem Jahr umfangreiche Statistiken und Analysen zur gesundheitlichen Versorgung in ihren Mitgliedsländern mit dem Report *health at a glance* heraus. Dem weltweiten Bericht aus dem Jahr 2021 sind folgende Daten zu entnehmen:<sup>3</sup>

In Deutschland sind die Gesundheitsausgaben gemessen an der Kaufkraft mit 6.518,- US-Dollar weit überdurchschnittlich, ebenso die Zahl der Krankenhausbetten und des Pflegepersonals. Auch die Zahl der Ärztinnen und Ärzte liegt mit 4,4 pro 1.000 Einwohnern deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 3,6.

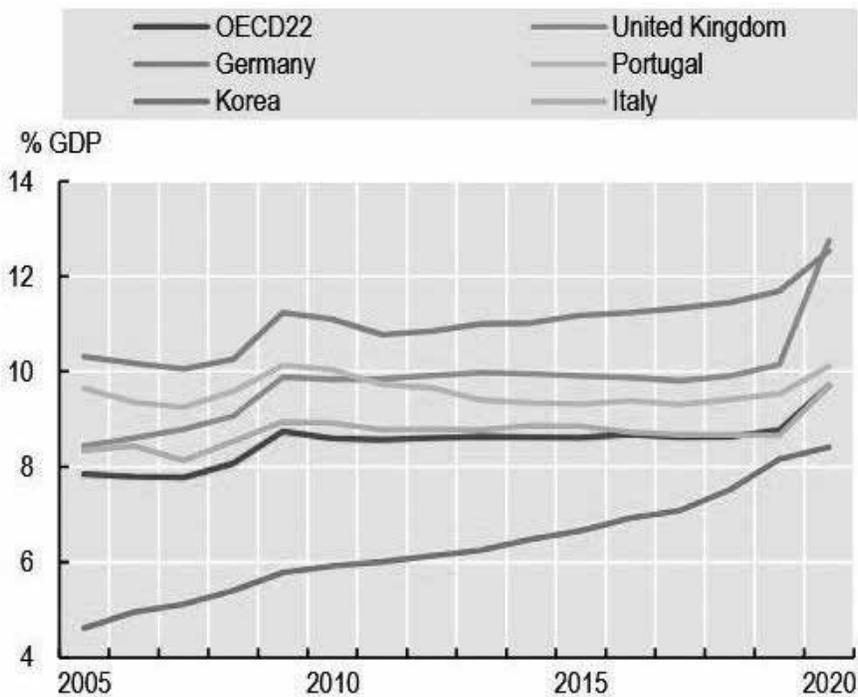


Abb. 1: Health expenditure as a share of GDP, selected OECD countries, 2005–20

OECD (2021)

<sup>3</sup> OECD (2021)

Auch der Anteil derjenigen, die im Gesundheitssystem arbeiten, ist in Deutschland deutlich überproportional, wie Abb. 2 zu entnehmen ist.

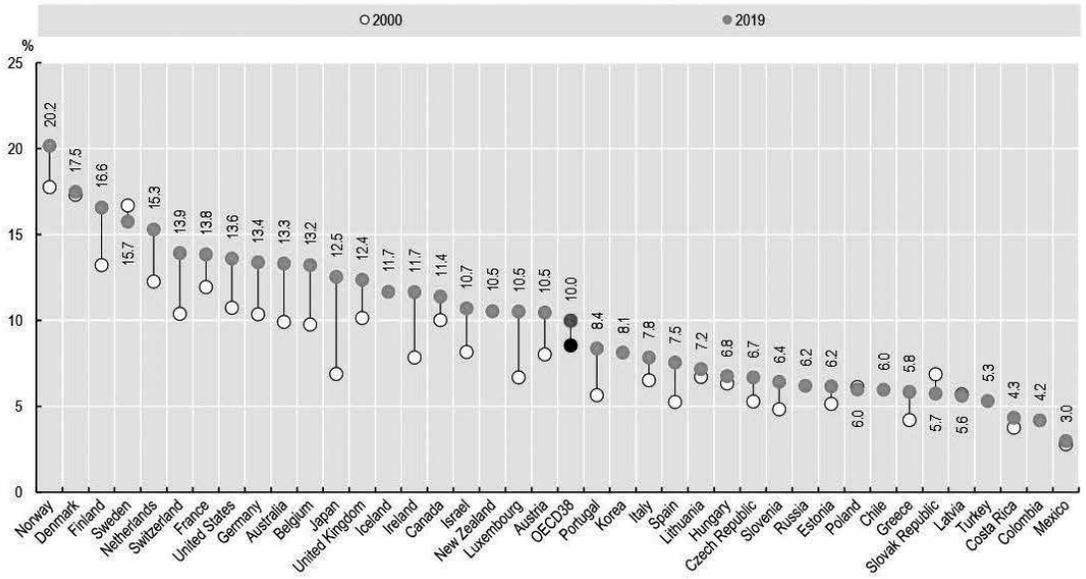


Abb. 2: Employment in health and social work as a share of total employment, 2000 and 2019 (or nearest year)

OECD (2021)

Der Anstieg in der Zahl der Ärztinnen und Ärzte war aber in Deutschland in den letzten Jahren unterdurchschnittlich, während er in Österreich dem allgemeinen Trend folgte, wie Abb. 3 zu entnehmen ist.

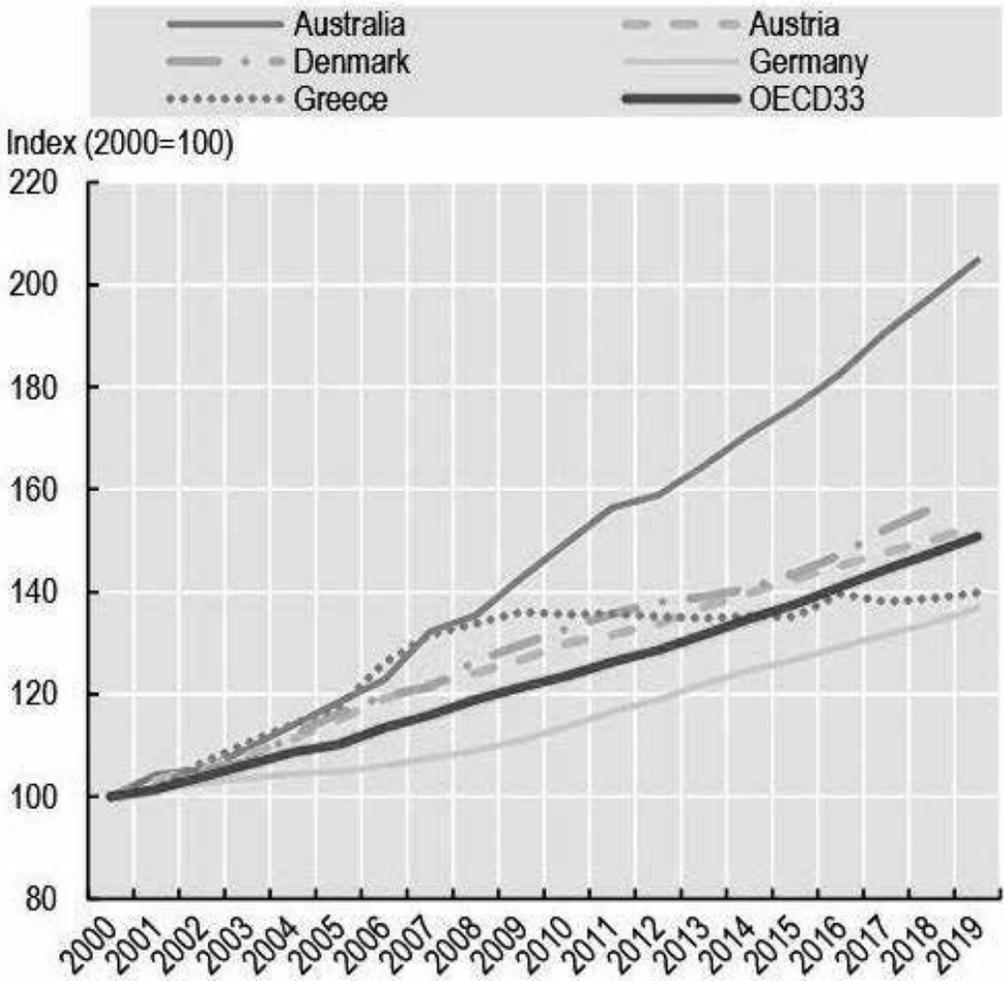


Abb. 3: Countries above OECD average in doctors per capita in 2019

OECD (2021)

Dabei gibt es in Deutschland im internationalen Vergleich eine deutliche Überalterung, siehe Abb. 4.

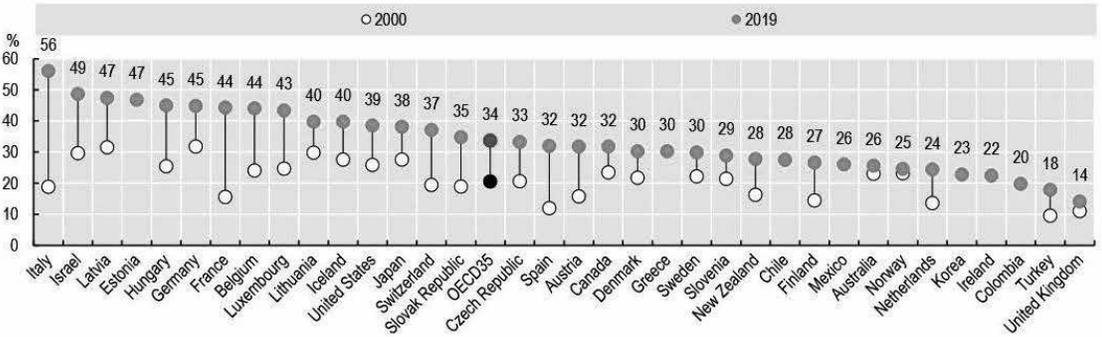


Abb. 4: Share of doctors aged 55 and older, 2000 and 2019 (or nearest year)

OECD (2021)

Im Kontext dieses Artikels ist insbesondere zu beachten, dass der Anteil der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im Vergleich zu den Spezialisten in Deutschland und Österreich besonders niedrig ist, wie Abb. 5 zeigt.

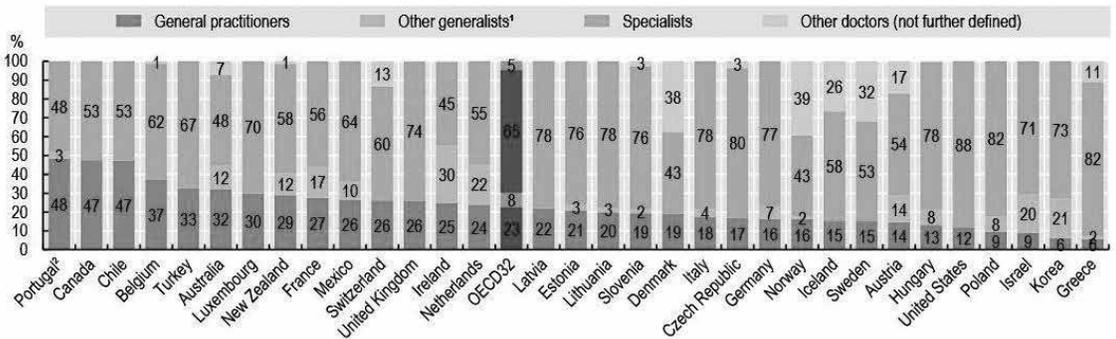


Abb. 5: Share of different categories of doctors, 2019 (or nearest year); 1. Includes non-specialist doctors working in hospitals and recent medical graduates who have not yet started post-graduate specialty training. 2. In Portugal, only about 30% of doctors employed by the public sector work as GPs in primary care – the other 70% work in hospitals

OECD (2021)

Die Einkommenssituation ist dabei insgesamt komfortabel, aber sie liegt für selbstständig Tätige im spezialistischen Bereich höher als bei der Allgemeinmedizin, siehe Abb 6.

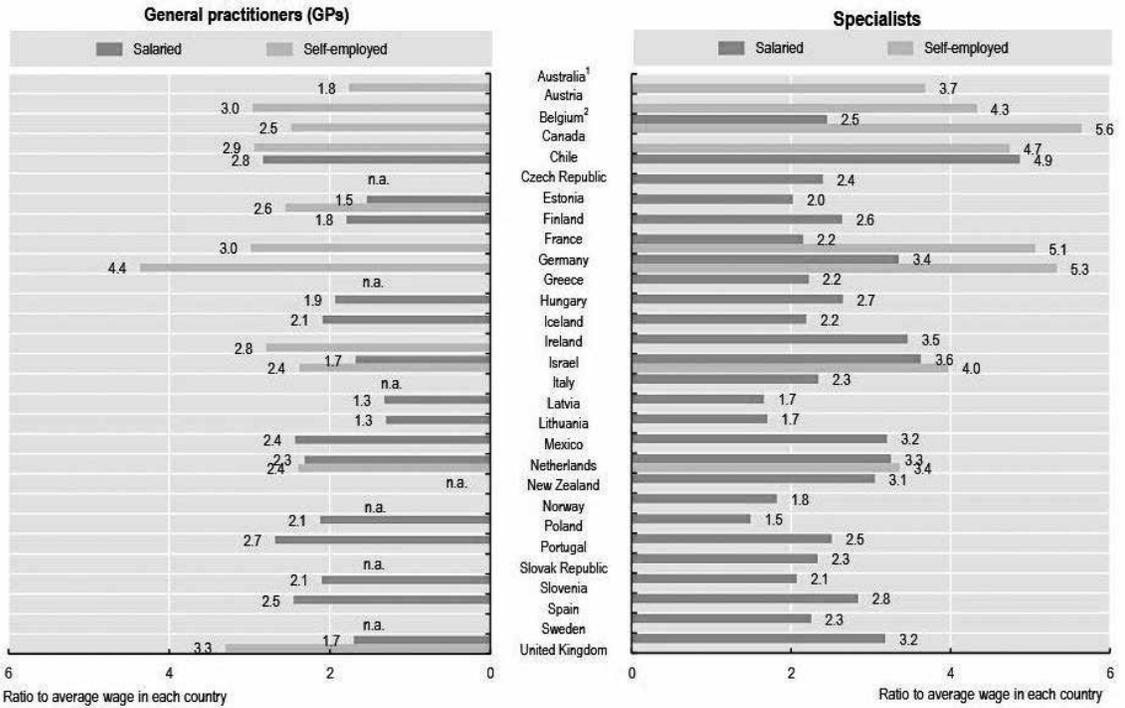


Abb. 6: Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2019 (or nearest year); 1. Physicians in training included (resulting in an underestimation. 2. Practice expenses included (resultin in an overestimation)

OECD (2021)

Die insgesamt hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland bewirken allerdings keinen vergleichbaren Benefit in Bezug auf Lebenserwartung oder vermeidbare Mortalität sowie Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung, wie den Abbildungen 7 bis 9 zu entnehmen ist. Zum gleichen Ergebnis kommt eine kürzlich publizierte Studie von Jasilionis et al.<sup>4</sup> Dies wird von Autorenteam vor allem auf eine unterdurchschnittliche primärärztliche Versorgungssituation sowie Prävention zurückgeführt.

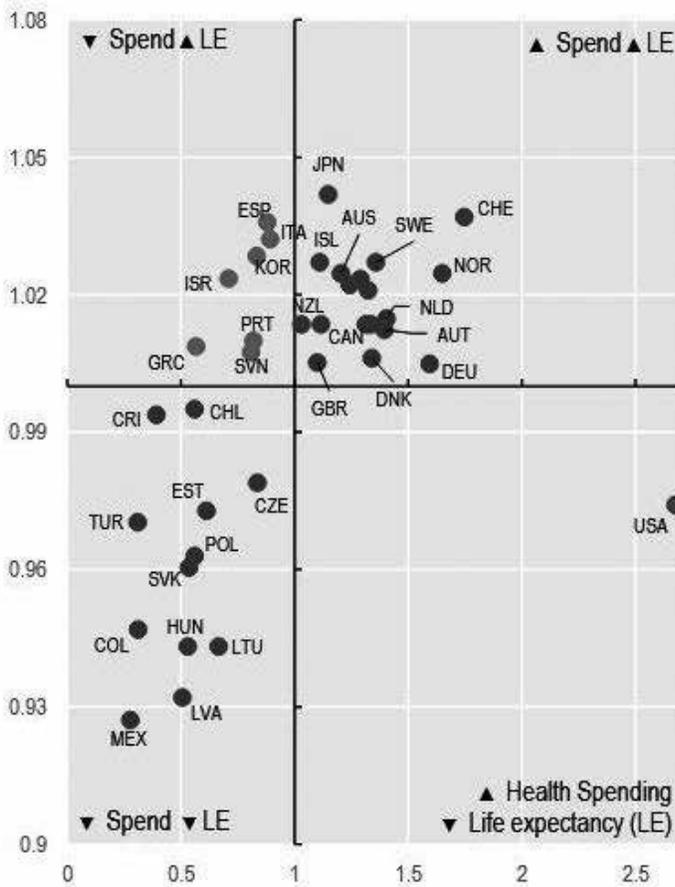


Abb. 7: Life expectancy and health expenditure

OECD (2021)

4 Jasilionis (2023)

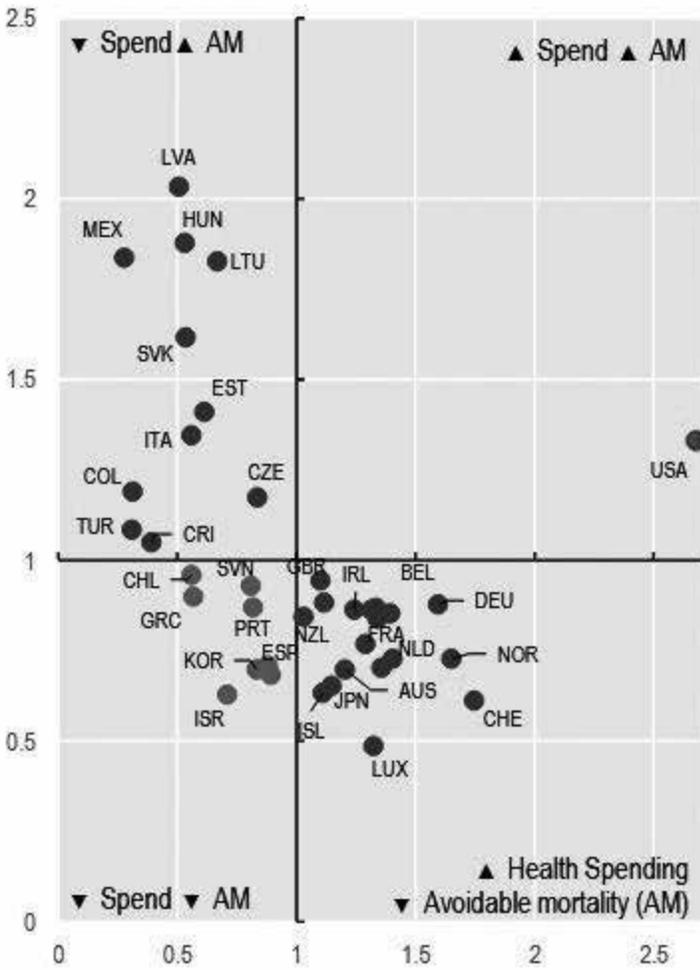


Abb. 8: Avoidable mortality (preventable and treatable) and health expenditure OECD (2021)

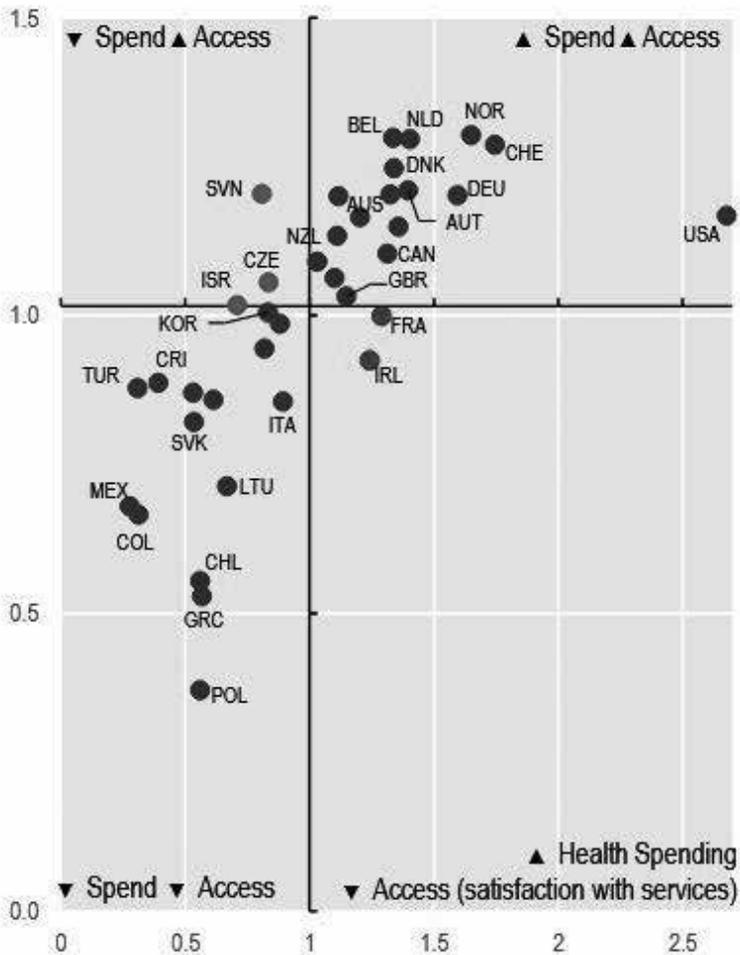


Abb. 9: Satisfaction with availability of quality services and health expenditure  
OECD (2021)

Ganz aktuell gibt es die OECD Health statistics 2023, die im Internet abrufbar sind.<sup>5</sup> Außerdem informiert eine Website der Wilfried Laurier Universität in Toronto, Kanada über die Situation der Allgemeinmedizin weltweit.<sup>6</sup>

5 [https://www.oecd.org/health/health-data.htm?fbclid=IwAR1-KGr47rvDH0e\\_weyuysPWvYM6h6VhucEY06g0\\_twDDs-4A8f4lrYmQ](https://www.oecd.org/health/health-data.htm?fbclid=IwAR1-KGr47rvDH0e_weyuysPWvYM6h6VhucEY06g0_twDDs-4A8f4lrYmQ)

6 <https://globalfamilymedicine.org/>

## 2.2. Aktuelle Daten aus Deutschland

Derzeit gibt es 421.252 berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, darunter 44.612 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin.<sup>7</sup> An der hausärztlichen Versorgung nehmen allerdings auch die Kinder- und Jugendmedizin sowie mit einem steigenden Anteil hausärztliche Internistinnen und Internisten teil. Letzteres wurde seinerzeit eingeführt, um einem drohenden Mangel in dieser Versorgungsebene entgegenzuwirken. Allerdings ist diese Fachgruppe nachrangig bei der Besetzung freiwerdender Stellen zu berücksichtigen und die Weiterbildung ist nicht auf den hausärztlichen Versorgungskontext ausgerichtet, auch wenn inzwischen ambulante Weiterbildungszeiten anerkannt werden. Sie brauchen dementsprechend noch zusätzliche Erfahrung im hausärztlichen Setting. Abb 10. zeigt die Verteilung der verschiedenen Fachrichtungen in Deutschland.

---

7 [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/Aerztestatistik\\_2022\\_09062023.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Aerztestatistik_2022_09062023.pdf)

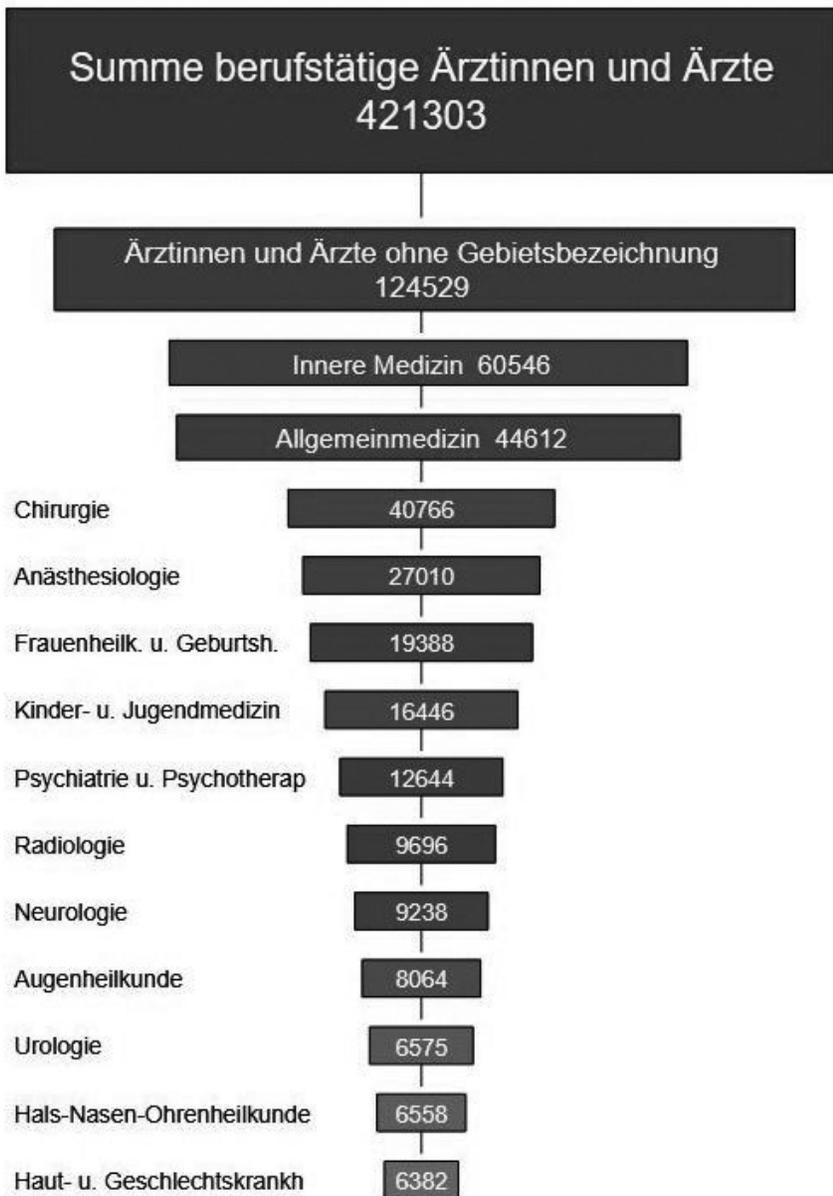


Abb. 10: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2022

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/Aerztestatistik\\_2022\\_09062023.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Aerztestatistik_2022_09062023.pdf)

Unter den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin sind 28.433 selbständig und 9.479 angestellt tätig – mit einem kleinen Anteil sog. Praktischer Ärzte und Ärztinnen. Letzteres ist eine auslaufende Gruppe, weil seit Jahrzehnten eine Niederlassung nur noch mit einem fachärztlichen Abschluss möglich ist, wozu auch die fachärztliche Qualifikation für Allgemeinmedizin zählt. Insgesamt steigt sowohl die Zahl der angestellten als auch der ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland stark an.

In Deutschland gibt es zwar eine Bedarfsplanung für die Niederlassung, aber keine solche für den Bereich der Weiterbildung. Abb. 11 zeigt die Zahl der Facharztanerkennung in Deutschland im zeitlichen Verlauf. Zwar ist die Zahl der Anerkennungen im Fach Allgemeinmedizin in den letzten Jahren angestiegen bis auf 1.874 in 2022. Dies reicht aber bei weitem nicht aus, um die freiwerdenden Stellen zu besetzen.

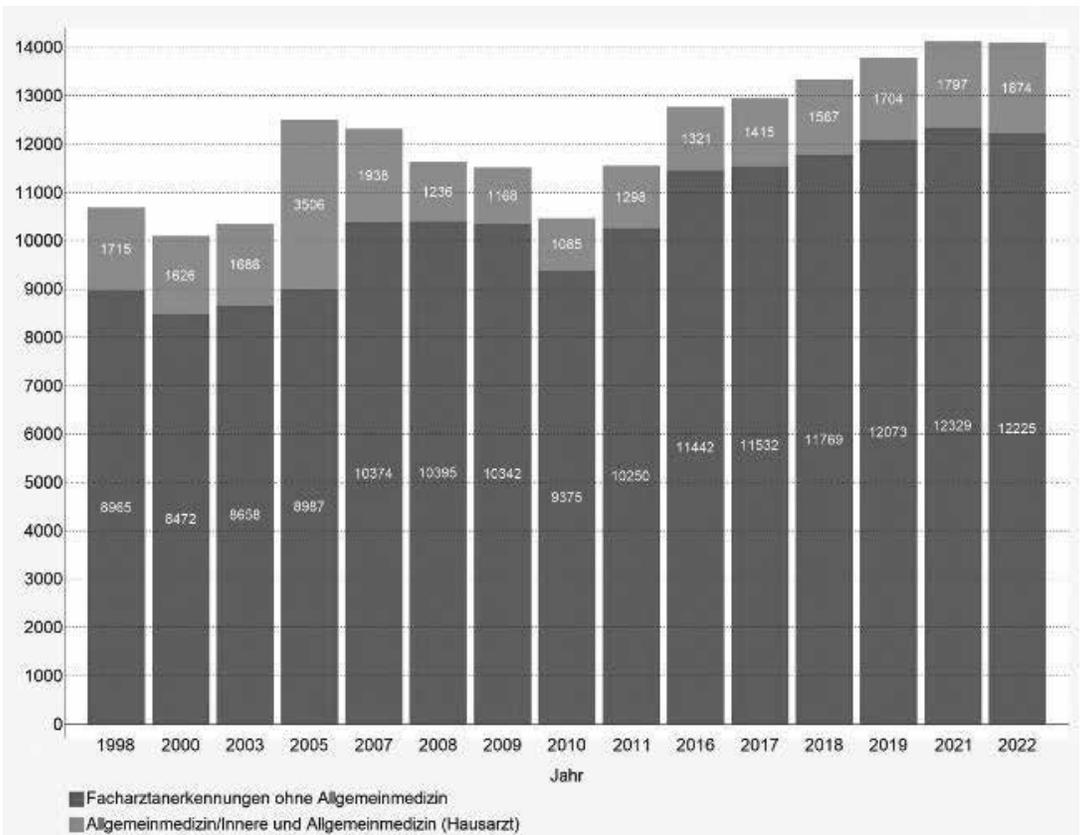


Abb. 11: Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/Aerztestatistik\\_2022\\_09062023.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Aerztestatistik_2022_09062023.pdf)

In Deutschland sind derzeit (2022) 54.950 Ärztinnen und Ärzte für die GKV hausärztlich zugelassen; davon 17.560 (32 %) als hausärztliche Internisten. Pro Jahr werden etwa 3.230 hausärztliche Versorgungsaufträge (Vollzeitäquivalente 3.200) frei. Die Zahl der nachbesetzenden Personen ist etwa gleich hoch. Darunter sind aber etwa 9 % neue Teilzeitstellen, die letztlich nur etwa 3.000 Vollzeitversorgungsaufträgen entsprechen, so dass de facto die gesamte hausärztliche Arbeitskapazität jährlich um 0,1 % sinkt. Von den 3.230 in 2022 neu niedergelassenen hausärztlich Tätigen waren 1.266 (39 %) hausärztliche Internisten. Aktuell sind 36 % der Hausärzte über 60 Jahre alt; der Anteil der über 65-Jährigen hat über die letzten zehn Jahre stetig zugenommen und liegt derzeit bei 15 %.<sup>8</sup> Zu einem großen Teil sind dies Kolleginnen und Kollegen, die keine Nachfolge finden und deswegen noch trotz Renteneintritt die Versorgung aufrechterhalten wollen. Aus den Jahresstatistiken der KBV<sup>9</sup> ergibt sich: Von 2013 bis 2020 arbeiteten alle niedergelassenen Ärzte zunehmend über das Renteneintrittsalter hinaus – die hausärztlich Tätigen deutlich überdurchschnittlich; ab 2020 bis 2023 stagnieren die Zahlen. Das Durchschnittsalter blieb im gesamten Zeitraum beständig bei 54 bis 55 Jahren und der Anteil der hausärztlich Tätigen der Altersgruppe 60 bis 65 Jahre blieb stabil bei 19 bis 21 % (nicht in Tabelle 1 dargestellt). Bewertung: Die Stagnation bei den über 65-Jährigen ab 2020 ist möglicherweise ein Effekt der Corona-Epidemie; eine Vorhersage ist schwierig.

Jahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Allgemeinmedizin	8,9	10	11,6	13,2	14,5	15,4	15,9	16,1	15,9	16,1
Hausärztliche Internisten	9,6	10,1	10,6	11	11,1	11,1	11	11	10,9	10,7
Incl Int + Pr	9,5	10,5	12	13,3	14,4	15,1	15,5	15,7	15,5	15,7
Alle Arztgruppen	7,1	7,8	8,7	9,6	10,3	10,9	11,3	11,5	11,7	11,9

Tab. 1: Anteil der über 65-Jährigen ambulant Tätigen in %

Unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> kann in einer interaktiven Karte der Versorgungsgrad für die einzelnen Fachgruppen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland abgerufen werden. Dabei zeigt sich eine zunehmende Zahl freier Arztsitze und unterversorgter Regionen für die hausärztliche Versorgung. Die fehlende Bedarfsplanung in der Weiterbildung führt somit zu einer Fehlallokation ärztlicher Fachexpertise in der Versorgung. Die hausärztliche Versorgung insbesondere von ländlichen Regionen, aber auch sozialschwachen städtischen Bereichen ist zunehmend gefährdet. Über den sog. Sicherstellungs-

<sup>8</sup> Versorgungsdaten der KBV 2022

<sup>9</sup> <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>

auftrag sollen dann die Kassenärztlichen Vereinigungen Abhilfe z.B. durch Eigen-  
einrichtungen und gezielte Fördermittel schaffen. Darüber hinaus gibt es bereits  
jetzt ländliche Regionen, die mit öffentlichen Mitteln Medizinstudierende an sich  
binden, Gemeindegewestern zur Unterstützung etablieren oder durch günstige  
Immobilien die Ansiedlung oder den Erhalt von Arztpraxen fördern. Weitere De-  
tails zu den verschiedenen Aspekten der vertragsärztlichen Versorgung finden sich  
auf der Homepage der kassenärztlichen Bundesvereinigung.<sup>10</sup>

## 2.3. Entlastung durch nicht ärztliche Praxisassistenten

Angesichts des bereits bestehenden und zunehmenden Mangels an Hausärztin-  
nen und Hausärzten ist eine praxisnahe Postgraduate-Weiterbildung von einigen  
der derzeit 299.000 qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFA) sinnvoll.  
Die – bisher staatlich nicht geregelten – Studieninhalte zeigen, dass während des  
Studiums der Fokus auf die stationäre Versorgung gesetzt wird. Entsprechend  
werden die derzeit auf dem deutschen Arbeitsmarkt befindlichen nicht ärztlichen  
Praxisassistenten (PA) fast ausschließlich im stationären Bereich einge-  
setzt. Ein Studienplan für einen spezifisch primärmedizinisch ausgebildeten PA  
in Deutschland wurde inzwischen entwickelt.<sup>11</sup> Bewertung: Ein möglicherwei-  
se wichtiger Baustein für zukünftige Versorgung. Als alleinige oder bevorzugte  
Maßnahme zur Bekämpfung des Hausärztemangels ist eine primärärztlich unter-  
stützende PA kurz- und mittelfristig nicht ausreichend. Die derzeit von der Poli-  
tik gewünschten, von den Kommunen und den Kassen zu finanzierenden nied-  
rigschwelligen „Gesundheitskioske“<sup>12</sup> sind ebenso wie die bei nachgewiesener  
primärmedizinischer Unterversorgung geplanten „Primärversorgungszentren“  
bisher nicht in relevantem Maß umgesetzt bzw. in ihren Auswirkungen beurteilbar.

10 [https://www.kbv.de/html/sitemap.php#dfn4\\_4](https://www.kbv.de/html/sitemap.php#dfn4_4)

11 Iqbal-Ochs u.a. (2020)

12 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/232483/Ambulante-Versorgung-Gesundheitskioske-werden-konkreter>

## 3. Bewertung der aktuellen Situation

### 3.1. Gesundheitspolitischer Hintergrund

In Deutschland haben Ärztekammern, die primär auf der Ebene der Bundesländer angesiedelt sind, sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen einschließlich Bundesvereinigung den Status von Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit in verschiedenen Bereichen eine eigene Hoheit. Weiterbildungsstellen richten sich im Wesentlichen nach dem Bedarf der Krankenhäuser an ärztlichem Nachwuchs. Im Laufe der Zeit hat sich innerhalb der Vertragsärzteschaft das Verhältnis zwischen Primärversorgern und spezialistischem Bereich umgekehrt, sodass erstere seit mehr als 20 Jahren in der Minderheit sind. Unter der Gesamtärzteschaft dominieren die im stationären Bereich arbeitenden Ärztinnen und Ärzte.<sup>13</sup> Die Allgemeinmedizin konnte dadurch immer weniger ihrer Anliegen durchbringen. Erst durch Eingreifen des Gesetzgebers wurde der hausärztliche Honorarbereich geschützt, die Weiterbildung Allgemeinmedizin speziell gefördert und in der universitären Ausbildung wurden zunehmende Pflichtteile durch die Allgemeinmedizin und die hausärztliche Versorgungsebene eingeführt.

Nach der Wiedervereinigung wurde von der ehemaligen DDR die Pflichtweiterbildung für eine hausärztliche Tätigkeit übernommen. Heute ist die Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin so lange wie die meisten anderen Weiterbildungen. Sie beinhaltet allerdings Pflichtrotationen mit obligatem stationärem und ambulantem Abschnitt. Dabei werden stationäre Phasen durch einen Zuschuss unterstützt und für die Pflichtzeit in der Hausarztpraxis ein großer Teil des Arbeitslohnes für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung jeweils zur Hälfte durch Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen übernommen. Durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) initiiert gibt es seit wenigen Jahren flächendeckende Weiterbildungsverbünde (WBV), die Rotationen in einer Region zwischen ambulanter und stationärer Phase erleichtern. Zusätzlich wurden Kompetenzzentren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in das gesetzliche Förderprogramm aufgenommen, womit Begleitseminare, Mentoringprogramme und Schulung der Weiterbildungsbefugten finanziert werden.

---

13 [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/AErztzestatistik\\_2022\\_09062023.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztzestatistik_2022_09062023.pdf)

Diese Maßnahmen haben zu einer deutlichen Steigerung bei der Zahl derjenigen, die sich für die Weiterbildung Allgemeinmedizin entscheiden, geführt und außerdem die Qualität der Weiterbildung deutlich verbessert.<sup>14</sup> Alle genannten Maßnahmen sind nicht verpflichtend und werden aktuell etwa von etwa einem Viertel aller in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten (ÄIW) genutzt. Weiterhin fehlt es in Deutschland jedoch an strukturierten inhaltlichen Weiterbildungsprogrammen. So findet Weiterbildung in den meisten Fällen „nebenbei“ im Rahmen einer ärztlichen Anstellung statt, ohne spezifische inhaltliche Ausrichtung von nicht dafür didaktisch qualifizierten Weiterbildungsbefugten.<sup>15</sup> Durch fehlende inhaltliche Weiterbildungsprogramme wird die Auswahl der Arbeitsstätten der ÄIW für die fachärztliche Weiterbildung aufgrund von privaten Faktoren (aktueller Wohnort und gewohntes Umfeld) getroffen. Dadurch gibt es in den ersten Berufsjahren weniger Mobilität, was Krankenhäuser in urbanen Regionen, vornehmlich Universitätsklinik, begünstigt, und sich danach bis in die Niederlassung hindurchträgt. Es verstärkt den gesellschaftlichen Trend der Urbanisierung und führt neben der inhaltlichen auch zu einer zweiten, örtlichen Fehlallokation. Zusammengefasst haben wir zu viele Ärztinnen und Ärzte mit nicht am Bedarf ausgerichteten Fachdisziplinen in urbanen Gebieten mit Überversorgung mit einem Gradienten zu ländlichen Gebieten mit medizinischer Unterversorgung.

In der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, wie wichtig eine funktionierende hausärztliche Versorgungsebene für die gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung insbesondere unter sehr schwierigen Rahmenbedingungen ist. Mehr als 90 % der Erkrankten wurden hier kompetent versorgt<sup>16</sup>, wobei insbesondere auch der Einsatz unserer medizinischen Fachangestellten und rasch etablierter Kooperationen auf lokaler Ebene hervorzuheben sind. Allerdings wurden auf politischer Ebene viele Entscheidungen ohne adäquate Einbeziehung der allgemeinmedizinischen Expertise getroffen.

14 [https://www.kbv.de/media/sp/2022-02-14\\_Abschlussbericht\\_Gesamtevaluation\\_Kompetenzzentren\\_Weiterbildung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2022-02-14_Abschlussbericht_Gesamtevaluation_Kompetenzzentren_Weiterbildung.pdf)

15 Sierocinski u.a. (2022)

16 <https://www.zi.de/detailansicht/aktuelle-zi-studie-zur-ambulanten-versorgung-von-covid-19-patientinnen-in-der-zweiten-und-dritten-pandemiewelle-ende-2020-bis-juni-2021-veroeffentlicht>

## 3.2. Motivationale Aspekte

Ein weiterer Aspekt ist die Motivierung der Studierenden für das Fach Allgemeinmedizin. In dem alle vier Jahre durchgeführten Berufsmonitoring der kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Medizinstudierende in Deutschland befragt, gab es nach Einführung eines mindestens zweiwöchigen Pflichtblockpraktikums Allgemeinmedizin und der Option, in diesem Bereich das praktische Jahr zu absolvieren, zu einer deutlichen Zunahme der Zahl derjenigen, die sich eine zukünftige hausärztliche Tätigkeit vorstellen konnten.<sup>17</sup> Derzeit gibt es durch die Allgemeinmedizin das erwähnte Blockpraktikum sowie zusätzlich einen scheinpflichtigen Unterricht mit mindestens einer Semesterwochenstunde (= 14 Unterrichtsstunden). Hinzu kommt eine vierwöchige Pflichtfamulatur im hausärztlichen Bereich. An vielen Standorten ist dieser Anteil aber deutlich höher. Hinzu kommt eine vierwöchige Pflichtfamulatur im hausärztlichen Bereich. Außerdem beteiligt sich die Allgemeinmedizin fakultativ in dem Unterricht Berufsfelderkundung und Einführung in die Klinische Medizin sowie Wahlpflichtfach im vorklinischen und klinischen Bereich und zahlreichen Querschnittsfächern wie Gesundheitsökonomie, Medizin des Alterns, Prävention und Gesundheitsförderung, Schmerz, Palliativmedizin, Rehabilitation und Naturheilverfahren.

Parallel mit steigenden Unterrichtsanteilen, aber auch zunehmenden Forschungsaktivitäten ist die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an Deutschen Hochschulstandorten der Medizin erheblich vorangeschritten. Details dazu sind einem Bericht aus 2020 zu entnehmen<sup>18</sup> sowie den jeweiligen Sektionsberichten Studium und Hochschule der DEGAM, zuletzt 2022 publiziert<sup>19</sup>. Dabei gibt es sehr kleine Einheiten mit wenigen, durch Landesstellen finanzierten Personen, aber auch Institute und Abteilungen mit ca. 40 Mitarbeitenden sowie solche mit mehreren Professuren. An allen Standorten koordiniert und supervidiert die Kerneinheit Lehrbeauftragte, die überwiegend praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte sind sowie eine Vielzahl von Lehrpraxen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich. Hinzu kommt eine steigende Zahl von Forschungspraxen und entsprechenden Netzen, die zu einem großen Teil über das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Netzwerk DESAM ForNet<sup>20</sup> koordiniert werden.

Erwartet wird, dass durch einen weiteren Ausbau der Unterrichts- und Prüfungsanteile durch die Allgemeinmedizin das Interesse für dieses Fach weiter steigt.

---

17 <https://www.kbv.de/html/berufsmonitoring-medizinstudierende.php>

18 Beerheide, Richter-Kuhlmann (2020)

19 <https://www.springermedizin.de/content/pdfid/25399358/10.1007/BF03653043>

20 <https://www.desam-fornet.de/>

Der Masterplan Medizinstudium 2020<sup>21</sup>, der 2017 verabschiedet wurde, sieht solche Änderungen vor. Die Allgemeinmedizin soll als Kernfach longitudinal über das gesamte Studium angeordnet werden. Ergänzend soll im letzten Studienjahr ein Quartal in der ambulanten Versorgung absolviert werden und die Allgemeinmedizin im mündlichen Staatsexamen verpflichtend sein. Er ist allerdings immer noch nicht umgesetzt. Derzeit hoffen wir, dass er ab 2027 realisiert werden kann.<sup>22</sup> Hier gilt es, noch viele Widerstände und Bedenken zu überwinden.

Bei der Gewinnung von noch unentschlossenen Nachwuchsärztinnen und -ärzten spielen insbesondere gesellschaftliches Ansehen, eigene Erfahrungen, Vergütung und Arbeitszeit eine wichtige Rolle. Leider tendieren derzeit die internistischen Abteilungen der Krankenhäuser trotz der nicht unerheblichen Förderung für die Einrichtung von allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen (s.o.) weiterhin dazu, die jungen Ärzte möglichst lange im stationären Bereich zu halten, um Personallücken zu füllen. Es bleibt zu hoffen, dass gute Vorerfahrungen in dem hausärztlichen Teil des praktischen Jahres den noch Unentschlossenen verstärkt den Weg in die allgemeinmedizinische Weiterbildung ebnen werden.

In der Bevölkerung genießen Ärztinnen und Ärzte, insbesondere solche aus dem hausärztlichen Bereich, national<sup>23</sup> wie international<sup>24</sup> seit Jahren höchstes Ansehen.

Bei der Vergütung nach erfolgter Facharztprüfung – siehe dazu auch Ausführungen im Abschnitt 1.1. – zählt weniger der internationale/europäische Vergleich (wo deutsche Ärzte Spitzenreiter sind), sondern ein Blick auf die anderen deutschen Fachgruppen: selbständige Hausärzte verdienen etwa 15–20 % weniger als der Durchschnitt der Fachärzte<sup>25</sup>. Abb. 12 gibt Hinweise zur Einkommenssituation und Zufriedenheit im hausärztlichen Bereich.

21 [https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31\\_masterplan-beschlusstext.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31_masterplan-beschlusstext.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

22 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/142979/Reform-des-Medizinstudiums-geht-in-eine-neue-Runde>

23 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/163400/umfrage/ansehen-der-berufe-in-der-gesellschaft/>

24 <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Aerzte-geniessen-hoehchstes-Ansehen-253960.html>

25 OECD/European Union (2022)

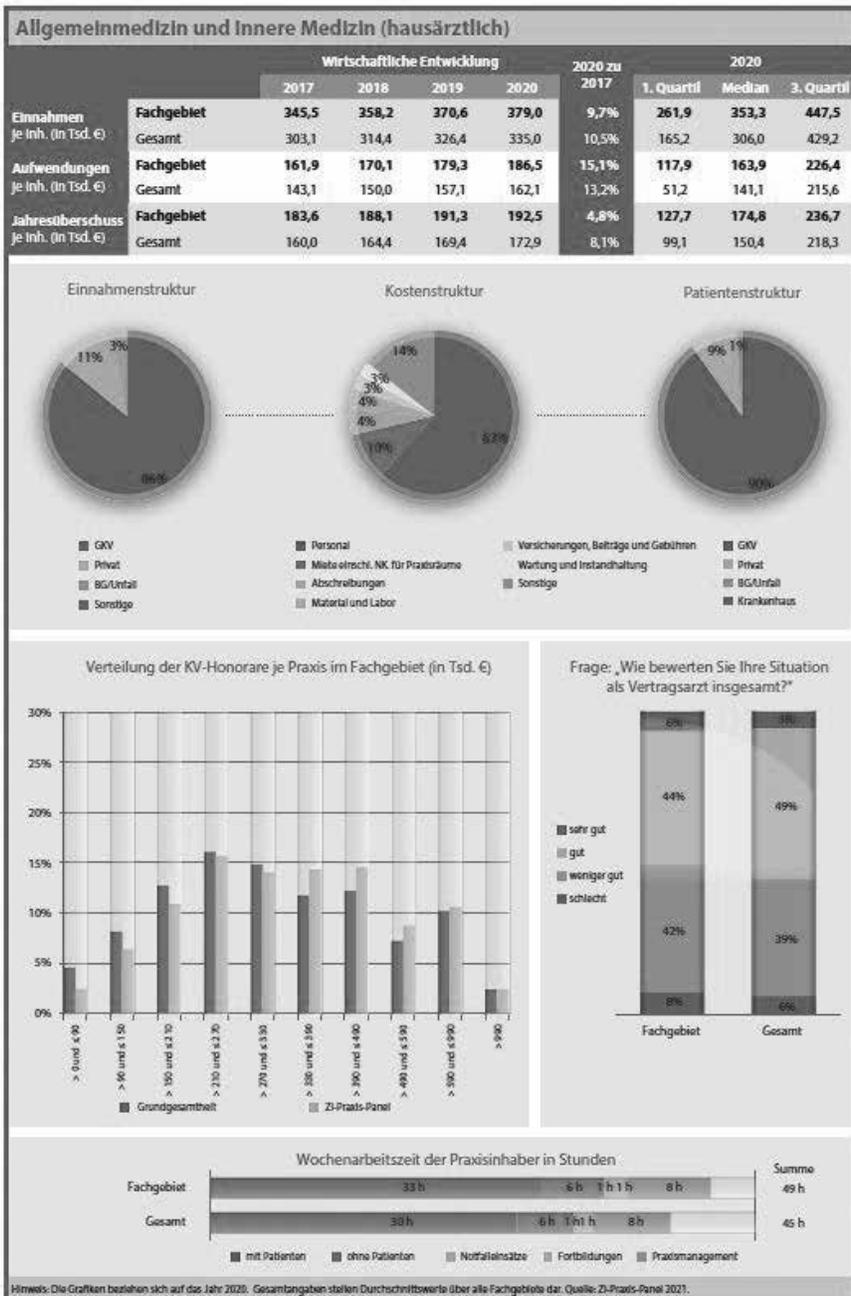


Abb. 12: Zahlen, Daten, Fakten zu Hausarztpraxen in Deutschland

[https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZIPP\\_Jahresbericht\\_2021.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZIPP_Jahresbericht_2021.pdf)

### 3.3. Gewinnung ausländischer Ärztinnen und Ärzte

Der Ausländeranteil unter den in Deutschland arbeitenden Ärztinnen und Ärzten beträgt 14 %. Allerdings steigt der Anteil in den letzten Jahren deutlich, wie Abb. 13 zeigt – bisher allerdings vorwiegend (80 %) im stationären Bereich.<sup>26</sup> Wegen der hohen Regelungsdichte im ambulanten/hausärztlichen Bereich ist eine deutliche Steigerung von ausländischen bzw. fremdsprachigen Ärzten in diesem Versorgungsbereich eher schwierig und vorwiegend in Kooperationen mit Erfahrenen sinnvoll, bevorzugt durch Weiterbildung in Deutschland. Der „Brain-Drain“ aus Ländern mit einer schlechteren ärztlichen Versorgung ist moralisch kaum zu rechtfertigen.

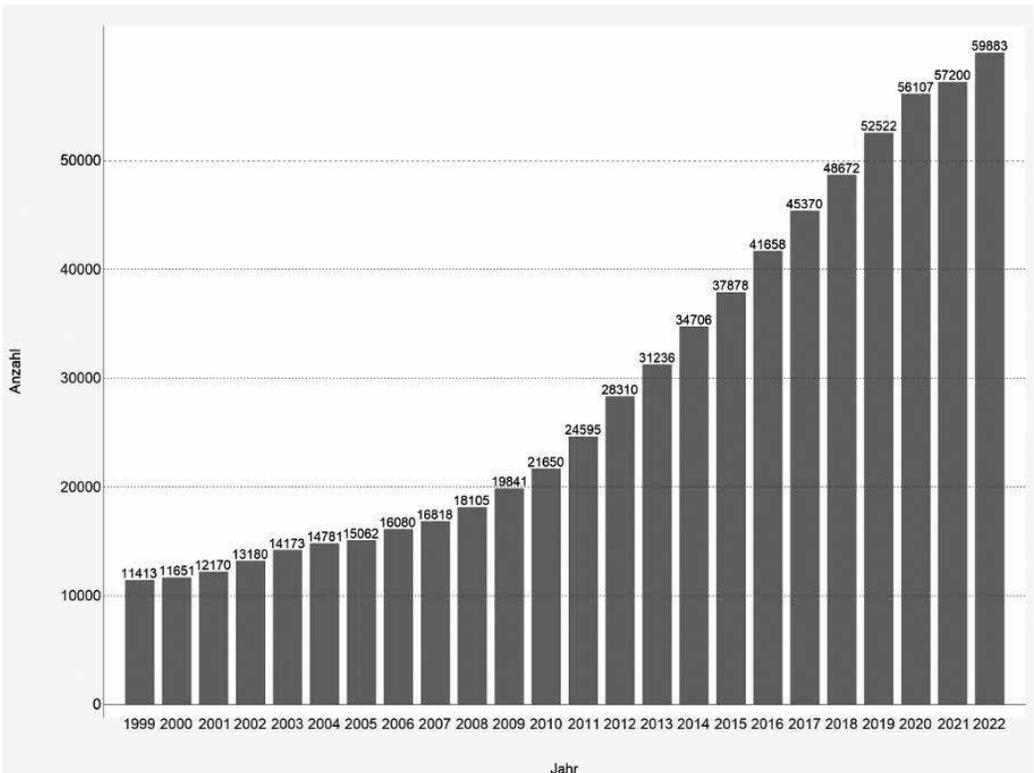


Abb. 13: Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärztinnen/Ärzte

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/Aerztestatistik\\_2022\\_09062023.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Aerztestatistik_2022_09062023.pdf)

<sup>26</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/167622/umfrage/auslaenderanteil-in-verschiedenen-berufsgruppen-in-deutschland/>

### 3.4. Beitrag zur Verbesserung der Versorgung durch Forschung und Leitlinienarbeit

Die oben beschriebene zunehmende Zahl universitärer allgemeinmedizinischer Abteilungen ist nicht nur in der Lehre aktiv. An vielen Standorten agieren wir auf Augenhöhe mit den anderen schon lange akademisch etablierten Fächern. Dabei ist das Labor die Hausarztpraxis, außerdem werden hier weitere Aspekte der Versorgung adressiert. Hier gibt es einen engen Schulterschluss mit den hausärztlichen Praxen, aus denen viele Forschungsfragen kommen und die unsere Versorgung verbessern oder erleichtern sollen. Als Beispiel sei hier das Arriba-Tool genannt<sup>27</sup>, das wissenschaftliche Erkenntnisse so aufbereitet, dass sie für die partizipative Entscheidungsfindung genutzt werden können. Dies erfolgte immer wieder mit wissenschaftlicher Begleitforschung, aber auch die Rückmeldungen der Anwendenden aufgreifend.

Unsere Forschungsergebnisse, aber auch die praktischen Erfahrungen und die konsequente Anwendung der evidenzbasierten Medizin fließen in unsere Leitlinienarbeit<sup>28</sup> ein. Gab es hier zunächst erhebliche Bedenken und Widerstände, so sind sie heute als wichtige Basis für unsere Entscheidungsfindung – nicht im Sinne von „Kochrezepten“ oder Vorschriften, sondern als systematisch aufbereitete Empfehlungen und Hintergrundinformationen – breit anerkannt. Hier sind seitens der Allgemeinmedizin sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, darunter auch viele ohne ärztlichen Hintergrund, als auch hauptamtlich im hausärztlichen Versorgungsbereich tätige Ärztinnen und Ärzte sowie vereinzelt auch weitere medizinische Fachpersonen beteiligt. Es gibt durch die DEGAM erstellte Leitlinien auf verschiedenen methodischen Stufen, eine obligate Beteiligung einer DEGAM-Vertretung in nationalen Versorgungsleitlinien, die die Grundlage für unsere Disease-Management-Programme darstellen, sowie Beteiligung bei zahlreichen Leitlinien unter Federführung anderer Fachgesellschaften. Inzwischen sind wir hier als kompetent und durchsetzungsstark anerkannt.

---

27 <https://arriba-hausarzt.de/>

28 <https://www.degam.de/leitlinien>

### 3.5. Priorisierung/Rationierung

Eine echte Rationierung ist auf absehbare Zeit politisch nicht diskutierbar oder gar umsetzbar. Andererseits gibt es zahlreiche Regelungen mit entsprechenden Folgen: „geheime“ Priorisierung durch Budgetierungen, Heil-, Verband- und Arzneimittelrichtlinien und diverse Regelungen mit Regressen/Strafzahlungen bei „besonderen Schäden“ und anderen sanktionierenden Prüfmechanismen. Bereits die Regelung von Niederlassung von Heilberuflern stellt ja eine Form der Rationierung bzw. Priorisierung dar. Die Verteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (in Niederlassung) wird durch deutschlandweite Bemessungsgrundlagen mit regionaler Adaptation (Zulassungsausschüsse) geregelt.

Eine Beschränkung auf primärmedizinische Kernwerte<sup>29</sup> und Kernaufgaben (core tasks)<sup>30</sup> wird auch gerade in stark primärmedizinisch orientierten Ländern wie den Niederlanden bzw. in Skandinavien diskutiert. Dazu wurden fünf Kernaufgaben (core tasks) für die Arzt-Patienten-Konsultation definiert:

- optimierte medizinische (Primär-)Versorgung (medical generalistic care),
- Notfall- und Akutversorgung (GP emergency care),
- Palliativversorgung (terminal palliative care),
- Prävention (preventive care),
- Koordination (coordination of care).

Die bisher alle zwei Jahre mögliche hausärztliche „Gesundheitsvorsorge“ wurde wegen mangelnder Daten zur Effektivität auf alle drei Jahre zurückgefahren, allerdings das Angebot der ebenfalls in die Kritik geratenen Vorsorgeuntersuchungen zum Hautkrebserkennung bzw. zur urologischen Krebsfrüherkennung wurde beibehalten (alle ein bzw. zwei Jahre), so dass jetzt ein arbeitsaufwendigerer asynchroner Plan von Vorsorgen entstanden ist.

---

29 Popert (2019)

30 van der Horst, de Wit (2019)

## 4. Systemaspekte zur gesundheitlichen Versorgung

Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland arbeiten bereits jetzt schnell. Deutschland rangiert in einer aktuellen Analyse mit sieben Minuten international im Mittelfeld, die meisten vergleichbaren europäischen Länder haben deutlich mehr Zeit je Patientenkontakt<sup>31</sup>. Darüber hinaus werden in dieser Zeit auch mehr Patientenanliegen<sup>32</sup> bearbeitet als international üblich<sup>33</sup>. Eine weitere Beschleunigung ist unrealistisch. Prinzipiell kann durch nicht ärztliches Personal (s.u. z.B. specialized nurse practitioner, PA usw.) eine Arbeitsübernahme erfolgen. Aber diese decken einen wesentlich kleineren Versorgungsbereich ab (geringeres Multitasking), so dass viele Beratungsanlässe nicht bearbeitet werden können oder separat bearbeitet werden müssen. Damit stellt sich wieder das Problem der Effektivierung bzw. der Kernaufgaben. Auch eine Erhöhung der derzeit relativ hohen Arbeitszeit ist unrealistisch. In der ZIPP-Erfassung der KBV von 2020<sup>34</sup> zeigte sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 49 Stunden. Im Jahr 2010 wurden mit der gleichen Befragungsart 53 Wochenstunden dargestellt. Die jüngere Generation wünscht kürzere Arbeitszeiten und beide Geschlechter mehr Zeit für Familie und andere Aktivitäten.<sup>35</sup>

Wie oben dargestellt, besteht im deutschen Gesundheitssystem eine relativ schlechte Effizienz. Dies wurde in zahlreichen Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit<sup>36</sup> (SVR) in Deutschland immer wieder aufgegriffen. Wo gibt es Effizienzreserven?

Etwa 30 % der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland arbeiten nicht mit „typischem“ Aufgabenspektrum, sondern z.B. vorwiegend psychotherapeutisch oder im spezialistischen Bereich.<sup>37</sup> Um dieses typische Spektrum zu fördern (ähnlich wie schon in der hausarztzentrierten Versorgung HzV), werden in der KV Hessen derzeit diejenigen Praxen durch eine Strukturpauschale gefördert, die mindes-

---

31 Irving et al. (2017)

32 Tobert, Popert (2017)

33 OECD/European Union (2022)

34 [https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZiPP\\_Jahresbericht\\_2021.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZiPP_Jahresbericht_2021.pdf)

35 <https://www.kbv.de/html/berufsmonitoring-medizinstudierende.ph>

36 [https://www.svr-gesundheit.de/Anlage\\_6\\_-\\_hausaeztliche\\_Strukturpauschale](https://www.svr-gesundheit.de/Anlage_6_-_hausaeztliche_Strukturpauschale), [www.kvhessen.de/fileadmin/user\\_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/AUF-DEN-PUNKT\\_AdP\\_3-2019.pdf](http://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/AUF-DEN-PUNKT_AdP_3-2019.pdf)

37 [https://www.svr-gesundheit.de/Anlage\\_6\\_-\\_hausaeztliche\\_Strukturpauschale](https://www.svr-gesundheit.de/Anlage_6_-_hausaeztliche_Strukturpauschale), [www.kvhessen.de/fileadmin/user\\_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/AUF-DEN-PUNKT\\_AdP\\_3-2019.pdf](http://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/AUF-DEN-PUNKT_AdP_3-2019.pdf)

tens fünf von definierten zentralen hausärztlichen Leistungsbereichen anbieten (Haus- und Heimbefuche, Wundversorgung, Psychosomatik, Gespräche, palliativmedizinische/geriatrische Versorgung sowie technische Leistungen wie Ergometrie, Lungenfunktionsdiagnostik, Sonografie und Schlafdiagnostik).

Ein hoher Teil der ärztlichen Tätigkeit ist auch weiterhin mit administrativen Tätigkeiten belegt, wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bereits in den ersten Tagen, Anfragen, Abrechnungsoptimierung und Einhaltung von Richtlinien. Leider liegt uns hierzu keine neuere international vergleichende Statistik vor, die Verhältniszahlen dürften sich aber nicht wesentlich verändert haben (vgl. Tab. 2).<sup>38</sup>

	D	AUS	CAN	NL	NZ	UK	USA
durchschnittliche Wochenarbeitszeit* <sup>1</sup> davon für:	50,6* <sup>2</sup>	39,9	44,9	48,1	41,5	45,1	45,9
persönlichen Kontakt* <sup>1</sup>	31,4	31,2	32,5	31,1	29,4	28,6	32,5
Tätigkeit für Patienten ohne Kontakt* <sup>1</sup> Forschung, Bildung, Lehre	6,0	4,1	5,8	6,0	6,5	7,8	6,8
Qualitätsverbesserung* <sup>1</sup>	5,4* <sup>2</sup>	2,0	2,6	3,1	2,3	3,3	2,4
Verwaltung, Dokumentation, Rechnungserstellung, Finanzen* <sup>1</sup>	6,8* <sup>2</sup>	1,5	2,0	4,8	1,9	3,4	2,3
Andere Praxis-tätigkeiten* <sup>1</sup>	1,2	1,1	2,1	2,9	1,5	2,0	2,0
Zahl der Patientenkontakte pro Woche	243* <sup>2</sup>	128	122	141	112	154	102
Durchschnittliche Zeit pro Patientenkontakt (min)	7,8	14,6	16,0	13,2	15,8	11,1	19,1

Tab. 2: Arbeitsbelastung und Zahl der Patientenkontakte der Ärzte laut eigener Angabe; \*1 Angaben in Stunden; \*2 signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder (p < 0,05); D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

Koch (2007)

Unter anderem wurde angemahnt, die ärztliche Vergütung in personell und inhaltlich unterversorgten Regionen zu verbessern und in überversorgten Regionen abzustaffeln, was nie realisiert wurde. Die Basis der Versorgung sollten, laut Gut-

38 Koch (2007)

achten des SVR, integrierte Gesundheitszentren mit starker interprofessioneller Kooperation und hausärztlich geleiteten Praxisteamen darstellen.

Aktuell leistet sich Deutschland ein ineffizientes und teures Gesundheitswesen. Viele Innovationen überschätzen den Nutzen der digitalen Transformation im Gesundheitswesen und hoffen, dieser würde die Strukturprobleme lösen. In der breiten Primärversorgung wird durch Videokonsultationen eine Personal- oder Zeiterparnis nicht zu erwarten sein. Online-Patientenakten und eRezepte werden auf Jahre hinaus in der Primärversorgung deutlich mehr Arbeitszeit und Finanzmittel verbrauchen als einbringen. Eine Qualitätsverbesserung ist allenfalls in Teilbereichen zu erwarten. Selbst ein Netto-Nutzen für Sekundär- und Tertiärversorgung ist bisher nicht nachgewiesen. Dagegen steht die deutlich erhöhte Anfälligkeit des gesamten Gesundheitswesens bei Katastrophen und kriminellen Aktivitäten. Zusätzlich ist der medizinische Sektor auch Teil des gesellschaftlichen Diskurses in Folge der Entwicklungen der Klimakrise. Es benötigt ein radikales Umdenken im Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

In verschiedenen Analysen wurde gezeigt, dass ein Primärarztssystem mit obligatem Zugang zur ärztlichen Versorgung über eine hausärztliche Praxis, bei der sich Patientinnen und Patienten einschreiben, die Versorgung insbesondere vulnerabler Gruppen verbessert und die Effizienz des gesamten Systems steigert.<sup>39</sup> Eine neue Untersuchung aus den USA zeigte ebenfalls Kosteneinsparungen bei Veteranen, wenn die hausärztliche Versorgungsebene genutzt wird.<sup>40</sup> Einer Systemveränderung stehen aber erheblich systemimmanente Widerstände entgegen.<sup>41</sup> Für den deutschen Kontext wurden die Argumente für ein konsequentes Primärarztssystem auch in Deutschland durch Popert et al. zusammengefasst<sup>42</sup> bzw. als Positionspapier der DEGAM formuliert.

Ein Ansatz hierzu stellt die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) dar, bei der sich Patientinnen und Patienten freiwillig bei einer hausärztlichen Praxis einschreiben und damit zu einem Gatekeeping verpflichtet. Diese Verträge werden – im Gegensatz zu der sonstigen Versorgung von gesetzlich Versicherten – nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern zwischen einer Gesellschaft des Hausärzterverbandes und den Krankenkassen geschlossen. Die höhere Effizienz der HzV wurde mehrfach in Versorgungsstudien nachgewiesen.<sup>43</sup> Allerdings gibt es trotz gesetzlicher Grundlage hier viele Widerstände und fehlende Incentives für

---

39 Kringos (2012), OECD (2020)

40 Gao et al.(2022)

41 Schmalstieg-Bahr et al. (2021)

42 Popert et al. (2018)

43 <https://www.neueversorgung.de/>

die Patientinnen und Patienten, so dass dieses Potential bei weitem nicht ausgeschöpft wird.

Nach internationalen Studien sind Callcenter keine gute Lösung für die Basisversorgung, denn jegliche Aufsplitterung im System erhöht die Ineffizienz. Es braucht nach übereinstimmenden Aussagen von Anwendenden etwa doppelt so lang, bei einer nicht vorbekannten Person zu einem Beratungsergebnis zu kommen, gegenüber einer vorbekannten Person, von der möglichst umfassende Unterlagen bereits vorliegen. Eine solche Ineffizienz können wir uns angesichts der demografischen Entwicklung und des Fachkräftemangels schlicht nicht leisten. Außerdem gefährden wir damit eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung.<sup>44</sup>

---

44 Salisbury (2023)

## 5. Abschließende Bemerkungen

Der bisherige Weg der Allgemeinmedizin in Deutschland verlief über etliche Schleifen mit Erfolgen und Rückschlägen. Letztlich ist es aber durch Beharrlichkeit, überzeugende Leistungen und politische Unterstützung gelungen, wichtige Meilensteine wie eine zunehmende Institutionalisierung an den Universitäten und die Etablierung einer freiwilligen hausarztzentrierten Versorgung zu erreichen. Dabei gibt es eine enge und vertrauensvolle Kooperation zwischen der wissenschaftlichen Gesellschaft DEGAM sowie dem Hausärzterverband als Berufsverband und weiteren Institutionen der Allgemeinmedizin, insbesondere aber engagierten Praxisteams. Derzeit wird in Deutschland vor allem eine Neustrukturierung des stationären Sektors diskutiert. Dies greift nach unserer Ansicht viel zu kurz. Nur eine mutige und konsequente Umstrukturierung des Gesamtsystems wird eine gute und finanziell akzeptable gesundheitliche Versorgung sicherstellen können. Die Vergütungssystematik ist so zu gestalten, dass Hamsterradeffekte sowie Cherrypicking vermieden und salutogene Ansätze sowie eine gute lokale interprofessionelle Vernetzung gefördert werden. So wie zukünftig im stationären Bereich das Haupteinkommen durch Vorhaltepauschalen generiert werden soll, müssten auf der hausärztlichen Versorgungsebene demografisch adaptierte Einschreibepauschalen dominieren. In diesem Artikel wurden Aspekte aus Sicht der Allgemeinmedizin/hausärztlichen Versorgung aufgegriffen. Wenn es gelingt, die hausärztliche Tätigkeit und ein interprofessionelles Praxisteam in das Zentrum der Versorgung zu stellen und sowohl für das Fachpersonal als auch die Bevölkerung attraktiv zu gestalten, werden wir die Herausforderungen der Zukunft gut meistern können. Im Bereich der akademischen Allgemeinmedizin sind wir dafür in Deutschland auf einem guten Weg, auch wenn es hier Widerstände durch lange etablierte Fächer gibt. Diese Widerstände sind im Bereich der Versorgung noch deutlich ausgeprägter.

# Literatur

## Gedruckt

- Beerheide, R., Richter-Kuhlmann, R. Universitäten: Allgemeinmedizin etabliert sich. Dtsch Arztebl 2020; 117(45): A-2155/B-1833
- Gao, J. et al. The Effect of Primary Care Visits on Total Patient Care Cost: Evidence From the Veterans Health Administration 2022 Journal of Primary Care & Community Health Volume 13: 1–9 DOI: 10.1177/21501319221141792
- Iqbal-Ochs, S., Popert, U. Physician Assistant — eine Lösung des Hausärztemangels in Deutschland?. *Z Allg Med* 96, 252–256 (2020). <https://doi.org/10.3238/zfa.2020.0252-0256>
- Irving G., Neves A.L., Dambha-Miller H., et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries *BMJ Open* 2017;7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902
- Jasilionis, D., van Raalte, A.A., Klüsener, S. et al. The underwhelming German life expectancy. *Eur J Epidemiol* (2023). <https://doi.org/10.1007/s10654-023-00995-5>
- Koch, K., Gehrman, U., Sawicki, P.T.: Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Dtsch Arztebl 2007; 104(38): A-2584 / B-2282 / C-2214
- Kringos, D.S. The strength of primary care in Europe. Proefschrift 2012 ISBN: 978-94-6122-154-4
- OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022\\_507433b0-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en)
- Popert, U.W. Fokussierung auf Kernwerte (Core Values) der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 95, 460–461 (2019). <https://doi.org/10.3238/zfa.2019.0460-0461>
- Popert, U.W., Egidi, G., Eras, J., Kühlein, T., Baum, E.: Warum wir ein Primärärztsystem brauchen. *Z Allg Med* 2018; 94 (6), 250-254 DOI 10.3238/zfa.2018.0250-0254

- Salisbury, H.: Comprehensive care and patient demand, *BMJ* 2023;381:p1394 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p1394>
- Schmalstieg-Bahr, K., Popert, U.W., Scherer, M.: The role of General Practice in complex health care systems. *Front. Med.* 2021: 8:680695. doi: 10.3389/fmed.2021.680695
- Sierocinski, E., Mathias, L., Freyer Martins Pereira, J., Chenot, J.F. Postgraduate medical training in Germany: A narrative review. *GMS J Med Educ.* 2022;39(5):Doc49. DOI: 10.3205/zma001570, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015707
- Tobert, V., Popert, U. Multitasking und komplexe Beratungssituationen in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2017; 93: 222–226
- van der Horst, H.E., de Wit, N. Redefining the core values and tasks of GPs in the Netherlands (Woudschoten 2019). *Br J Gen Pract.* (2020) 70:38–39. doi: 10.3399/bjgp20X70768

## Online

- <https://arriba-hausarzt.de/> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/163400/umfrage/ansehen-der-berufe-in-der-gesellschaft/> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/167622/umfrage/auslaenderanteil-in-verschiedenen-berufsgruppen-in-deutschland/> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://globalfamilymedicine.org/> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/232483/Ambulante-Versorgung-Gesundheitskioske-werden-konkreter> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/142979/Reform-des-Medizinstudiums-geht-in-eine-neue-Runde> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Aerzte-geniessen-hoehstes-Ansehen-253960.html> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- [https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31\\_masterplan-beschlusstext.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31_masterplan-beschlusstext.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/AErztestatistik\\_2022\\_09062023.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2022_09062023.pdf) (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://www.degam.de/leitlinien> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur.html;jsessionid=788D32143AA08089441701F76FB76B13.internet271> (zuletzt besucht am 16.7.2023)

- <https://www.desam-fornet.de/> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://www.kbv.de/html/berufsmonitoring-medizinstudierende.php> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- [https://www.kbv.de/html/sitemap.php#dfn4\\_4](https://www.kbv.de/html/sitemap.php#dfn4_4) (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- [https://www.kbv.de/media/sp/2022-02-14\\_Abschlussbericht\\_Gesamtevaluation\\_Kompetenzzentren\\_Weiterbildung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2022-02-14_Abschlussbericht_Gesamtevaluation_Kompetenzzentren_Weiterbildung.pdf) (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- <https://www.neueversorgung.de/> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- [https://www.oecd.org/health/health-data.htm?fbclid=IwAR1-KGr47rvDH0e\\_weyuysPW-vYM6h6WhucEY06g0\\_\\_twDDs-4A8f4lrYmQ](https://www.oecd.org/health/health-data.htm?fbclid=IwAR1-KGr47rvDH0e_weyuysPW-vYM6h6WhucEY06g0__twDDs-4A8f4lrYmQ)
- <https://www.springermedizin.de/content/pdfId/25399358/10.1007/BF03653043> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- [https://www.svr-gesundheit.de/Anlage 6 – hausärztliche Strukturpauschale. Auf den Punkt 3/2019, 15–18. \[www.kvhessen.de/fileadmin/user\\\_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/AUF-DEN-PUNKT\\\_AdP\\\_3-2019.pdf\]\(http://www.kvhessen.de/fileadmin/user\_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/AUF-DEN-PUNKT\_AdP\_3-2019.pdf\) letzter Zugriff am 30.6.2019](https://www.svr-gesundheit.de/Anlage_6_-_hausaeztliche_Strukturpauschale_Auf_den_Punkt_3_2019_15-18)
- <https://www.zi.de/detailansicht/aktuelle-zi-studie-zur-ambulanten-versorgung-von-covid-19-patientinnen-in-der-zweiten-und-dritten-pandemiewelle-ende-2020-bis-juni-2021-veroeffentlicht> (zuletzt besucht am 16.7.2023)
- [https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZiPP\\_Jahresbericht\\_2021.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZiPP_Jahresbericht_2021.pdf) zuletzt besucht am 16.7.2023
- Versorgungsdaten der KBV 2022 <https://doi.org/10.1787/507433b0-en> (zuletzt besucht am 16.7.2023)

**Mag. Katharina Wieser**

*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung*

# Allgemeinmedizin und Primärversorgung in Europa

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) bzw. auf Splitting-Formen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.*

## **Inhalt**

<b>1. Einführung</b>	<b>92</b>
<b>2. Großbritannien</b>	<b>93</b>
<b>3. Finnland</b>	<b>97</b>
<b>4. Schweiz</b>	<b>104</b>
<b>Literatur</b>	<b>110</b>

*Die Allgemeinmedizin ist die tragende Säule der Primärversorgung und kann daher nicht hoch genug geschätzt werden. Leider ist die Allgemeinmedizin in Österreich in den letzten Jahrzehnten gegenüber anderen Fachbereichen im Ansehen gesunken und wurde zu wenig priorisiert, was jetzt nachgeholt werden muss. Dieser Beitrag soll zeigen, welchen Stellenwert die Allgemeinmedizin in europäischen Ländern mit starker Primärversorgung hat und was dort in den letzten Jahren für eine funktionierende Primärversorgung getan wurde.*

# 1. Einführung

Die Allgemeinmedizin ist ein wichtiger Fachbereich, der eine Schnittstelle zwischen allen anderen Fächern darstellt und quasi der Generalist unter den Spezialisten ist. Ziel ist die Erkennung und Behandlung jeglicher Art von Erkrankungen, ohne dabei auf einen spezifischen Teilbereich spezialisiert zu sein. Die Vorbeugung von Krankheiten ist ebenfalls eine essentielle Aufgabe in der Allgemeinmedizin. Allgemeinmediziner werden in Europa als die erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen gesehen und sorgen für ein niederschwelliges Angebot in der Primärversorgung.

Die Primärversorgung ist in jedem europäischen Land etwas anders organisiert. In manchen Staaten sind Hausarztpraxen die primären Anlaufstellen für medizinische Versorgung, während in anderen Ländern spezialisierte Kliniken oder Gesundheitszentren die Primärversorgung übernehmen. Unterschiede zeigen sich auch in der Finanzierung, den Arbeitsbedingungen und dem Aufgabenspektrum. Die Grundversorgung ist immer eingebettet in ein Gesamtsystem und hängt auch von Gegebenheiten wie etwa der Besiedlungsdichte eines Staates ab.

Die für diesen Beitrag ausgewählten europäischen Länder verfügen allesamt über eine starke Primärversorgung mit beschränktem Zugang zur spezialärztlichen Versorgung (Gatekeeping) und einer starken Bindung der Patienten an den Hausarzt, dem sie zugeteilt sind (z.B. aufgrund von Wohnort oder eigener Eintragung). Die Schweiz hat eigentlich kein Hausarztmodell im klassischen Sinn, da es nicht für alle Patienten obligatorisch ist. Praktisch haben sich aber die meisten Schweizer für eine Krankenversicherung mit Hausarztmodell entschieden. Des Weiteren sind zwei der Länder (Großbritannien und Finnland) steuerfinanzierte Systeme, während in der Schweiz das Gesundheitssystem hauptsächlich über die Sozialversicherung finanziert wird.

## 2. Großbritannien

In Großbritannien ist die Gesundheitsversorgung im Wesentlichen durch den National Health Service (NHS) organisiert. Der NHS ist eine öffentliche Gesundheitsorganisation, die für die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten in Großbritannien verantwortlich ist. Die primäre Anlaufstelle für medizinische Versorgung in Großbritannien sind Hausärzte, die als General Practitioners (GPs) bezeichnet werden. GPs sind (außer in Notfällen) die erste Anlaufstelle für Patienten, die medizinische Hilfe benötigen, und diese können Patienten bei Bedarf an spezialisierte Dienste oder Krankenhäuser überweisen. Fachärzte und Krankenhäuser sind daher nicht frei zugänglich. Die meisten Gesundheitsdienste in Großbritannien, einschließlich der Primärversorgung, werden durch Steuern finanziert und sind für die Patienten kostenlos.

### 2.1. Aufgaben von Hausärzten

Das Aufgabengebiet eines General Practitioner wird vom NHS darin gesehen, sich um gewöhnliche Gesundheitsprobleme zu kümmern und für dringende oder spezielle Fälle in Krankenhäuser oder zu Fachärzten zu überweisen. Der Fokus soll auf der generellen Gesundheit liegen und den Blick auf die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse richten.<sup>1</sup>

GPs sind die erste Anlaufstelle für medizinische Anliegen, agieren als Familienärzte für alle Altersklassen, gelten als Manager der Gesundheit und sind für die Krankheitsprävention zuständig. Die allgemeinmedizinische Ausbildung umfasst auch die Kinderheilkunde, die psychische Gesundheit und das Management von chronischen Krankheiten und akuten medizinischen Problemen. Auch die Gesundheit von Augen, Hals-Nasen-Ohren und Haut gehören zum Leistungsbild dazu. Manche GPs eignen sich darüber hinaus spezielle Fachgebiete an oder führen kleinere operative Eingriffe selbstständig durch. GPs diagnostizieren, behandeln und managen Krankheiten. Und sie arbeiten eng mit anderen Gesundheitsberufen, Sozialarbeitern und kommunalen Diensten zusammen und vermitteln diese.<sup>2</sup>

---

1 NHS (2023a)

2 Royal College of General Practitioners (2011)

## 2.2. Attraktivität der Allgemeinmedizin

Obwohl es in den letzten 20 Jahren auch im Vereinigten Königreich einen Anstieg an ärztlichen Kräften gab, geht dieses Wachstum hauptsächlich auf in Spitälern angestellte Fachärzte zurück. Hingegen kämpfen alle Landesteile des Vereinigten Königreichs mit fehlenden niedergelassenen Allgemeinmediziner (GPs), da sich in diesem Bereich die Kopffzahlen, zumindest in England und Schottland, sogar rückläufig entwickelt haben. Daher wird versucht, die Anwerbung neuer Allgemeinmediziner zu verbessern und Maßnahmen zu setzen, um bestehende GPs im System zu halten. Es wurden bereits Schritte gesetzt, um die Ausbildungszahlen in der Allgemeinmedizin zu erhöhen, was jedoch nur zögerlich gelingt. Es ist davon auszugehen, dass es noch Jahre dauern wird, bis die höheren Ausbildungszahlen in der Primärversorgung nennenswerte Auswirkungen zeigen.<sup>3</sup>

## 2.3. Ausbildung Facharzt für Allgemeinmedizin

Das Medizinstudium dauert im Vereinigten Königreich zwischen vier und sechs Jahre, abhängig davon, ob bereits ein fachverwandtes Bachelor-Studium absolviert wurde (vier Jahre) oder eine optionale Bachelor-Ausbildung ins Medizinstudium integriert werden soll (sechs Jahre). Das Grundstudium Medizin dauert fünf Jahre.

Nach dem Studium muss das zweijährige Foundation-Ausbildungsprogramm absolviert werden. Danach folgt eine spezielle GP-Facharztausbildung, die weitere drei Jahre in Anspruch nimmt. Davon finden jeweils 18 Monate im Krankenhaus und 18 Monate in einer Praxis für Allgemeinmedizin statt. Die Ausbildung im Krankenhaus beinhaltet normalerweise die Bereiche Allgemeinmedizin, Geriatrie, Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, was jedoch je nach Region variieren kann. Die praktische Ausbildungszeit endet mit einer Überprüfung des angewandten Wissens und der klinischen Fähigkeiten.

Eine kontinuierliche Weiterbildung ist Pflicht. Alle fünf Jahre muss eine bestimmte Anzahl an Fortbildungspunkten gesammelt werden. Jährlich findet eine Validierung statt, die in jedem fünften Jahr in vertiefter Form abgehalten wird.<sup>4, 5</sup>

3 Anderson et al. (2022), S.97f.

4 Anderson et al (2022). S.101.

5 BMJ (2023)

## 2.4. Arbeiten als Allgemeinmediziner

Der überwiegende Teil der Ärzte in Großbritannien arbeitet für den NHS, also für das öffentliche System. Diese Ärzte sind beim NHS angestellt, arbeiten für einen privaten Anbieter oder sind selbstständig tätige Ärzte.

Die Vollzeitäquivalente (VZÄ) bei den voll ausgebildeten GPs sind in England zwischen 2016 und 2023 um 7 % zurückgegangen. Die Gruppe der GPs verzeichnet jedenfalls das geringste Wachstum unter den registrierten Ärzten und im Zufriedenheitsreport der Ärzte weisen GPs auch den geringsten Anteil bei der Arbeitszufriedenheit auf und sind am häufigsten von Burnout-Risiko und hohem Arbeitsaufkommen betroffen.<sup>6</sup> Demgegenüber gab es zwischen 2010 und 2023 bei Spitalsärzten einen Anstieg um 40 % (VZÄ). Interessant ist, dass in England die Vollzeitäquivalente bei Allgemeinmedizinern im Krankenhausbereich sogar um 49 % angewachsen sind.<sup>7</sup> Die gute Nachricht ist, dass trotz der rückläufigen Zahl von praktizierenden GPs die Anzahl der GPs in Ausbildung (trainees) durch Bemühungen des NHS sogar leicht gesteigert werden konnte.

Im NHS angestellte GPs dürfen ein Gehalt zwischen 60.455 und 91.228 Pfund erwarten.<sup>8</sup> Ist ein Allgemeinmediziner beim NHS als General Practitioner angestellt, dann werden flexible Arbeitszeiten, wie Teilzeit, angeboten. Daneben gibt es auch selbstständige, in einer eigenen Praxis tätige GPs.

Generell hat der NHS in den letzten Jahren Bemühungen angestellt, um mehr Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe im System zu halten. Laut dem Department of Health and Social Care wurden das Pensionssteuersystem und das NHS-Pensionsschema reformiert, um mehr ältere Angestellte dazu zu motivieren, länger zu arbeiten. Außerdem werden 1.500 mehr Plätze im Medizinstudium finanziert, was einem Plus von 25 % entspricht. Zusätzlich gibt es neue Studienbeihilfen, die nicht zurückbezahlt werden müssen. Für ein besseres Wohlbefinden am Arbeitsplatz wird versucht, praktische Hilfestellungen zu geben. Darüber hinaus wurden Personalbeschaffungsoffensiven gestartet, die eine Karriere im NHS bewerben.<sup>9</sup>

2023 startete der NHS ein Programm zur Verbesserung der Arbeitssituation (National General Practice Improvement Programme, GPIP) in den Praxen und Versorgungszentren (Primary Care Networks, PCNs). Das Programm soll dabei helfen, das Arbeitsaufkommen in den Praxen zu reduzieren und dabei eine gute

6 General Medical Council (2022), S. 14

7 Baker (2023), S. 22 ff.

8 NHS (2023b)

9 Department of Health and Social Care Media Centre (2023)

Qualität der Versorgung zu halten. Funktionieren soll das im Wesentlichen über eine bessere Patientenlenkung und ein Triage-System, das den Patienten zum Best Point of Service navigiert. Praxen und PCNs sollen lernen, welche Stellen im Gesundheitssystem es gibt und für welche Anliegen diese da sind. Zusätzlich sollen telefonische Patientenkontakte und Online-Konsultationen intensiviert und online tools für z.B. Terminvergaben verstärkt genutzt werden. Ein wesentlicher Punkt des Programms ist außerdem der Umgang mit den Aufgaben einer Praxis, die abseits der Patientenbetreuung anfallen (Bürokratie). Zu diesen Themen werden von allgemeinen Seminaren, zu fachlichen Begleitungen, konkreten Hilfestellungen bei der Datenauswertung bis hin zu persönlichen Weiterbildungsprogrammen viele Unterstützungsmaßnahmen angeboten.<sup>10</sup>

## 2.5. Schwächen und Herausforderungen

Schon vor Corona mehrten sich in Großbritannien die Berichte über z.B. Warteschlangen vor den Spitälern und in der Corona-Zeit verstärkte sich das Problem immens. Das lag an einer jahrelang andauernden massiven Unterfinanzierung des Gesundheitssystems.<sup>11</sup> Wegen langer Wartezeiten auf Untersuchungen und Operationen weichen immer mehr Menschen in Großbritannien in den privaten Gesundheitssektor aus, obwohl das im NHS bisher eher unüblich war.<sup>12</sup> Das Gesundheitspersonal ist ausgebrannt und viele aus der Corona-Zeit aufgeschobenen Leistungen verlängern heute zusätzlich die Wartelisten. Ähnliches lässt sich freilich über die meisten Gesundheitssysteme berichten. Der NHS hat das Problem erkannt und setzt bereits Gegenmaßnahmen, um mehr Personal für die Versorgung zu gewinnen. Die Allgemeinmedizin in den Spitälern hat gute Zuwachsraten, wohingegen in der Primärversorgung erst langsam eine Verbesserung eintritt, die erst in einigen Jahren in der täglichen Patientenversorgung ankommen wird. 2022 wurden vom NHS mehr GP-Termine vergeben als vor der Pandemie, obwohl die Kopffzahlen der GPs zurückgegangen sind<sup>13</sup>, was auf eine Arbeitsverdichtung in den allgemeinmedizinischen Praxen und Zentren schließen lässt.

10 NHS England (2023)

11 Khan Z. (2023)

12 The Guardian (2023)

13 Khan Z. (2023)

### 3. Finnland

In Finnland ist gerade eine große Reform des Gesundheitswesens in Gange. Bis vor kurzem hatte das Land noch ein historisch gewachsenes, dezentrales und fragmentiertes Gesundheitswesen. Den Großteil der Planung, Organisation und Finanzierung übernahmen bis Ende 2022 mehr als 300 Kommunen. Da die Größe der Kommunen stark variierte und die Gesundheitsversorgung teilweise lokal für nur 1.000 Einwohner organisiert werden musste, war die Ausgestaltung der Versorgung naturgemäß sehr unterschiedlich. Daher wurde in der derzeit noch laufenden Gesundheitsreform eine Zentralisierung der Finanzierung und der Verantwortlichkeiten angestrebt. Mit Anfang 2023 sind 22 Gesundheitsregionen (Well-being Service Counties) für die Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung in Finnland verantwortlich. Hierfür wurden vormalige Kommunalsteuern zentralisiert und das Gesundheitswesen wird nunmehr vom Staat zentral finanziert. Die 22 Gesundheitsregionen sind weiters in fünf Kooperationsbereiche zusammengefasst (nach den fünf Universitätskliniken), die für bestimmte medizinische Spezialbereiche eine geteilte Verantwortlichkeit vorsehen. Die Kommunen sind nunmehr nur noch für den Bereich Public Health verantwortlich, aber auch in diesem Bereich gibt es eine Zusammenarbeit mit den Gesundheitsregionen. Der Staat übernimmt Gesetzgebung, Grundsatzausrichtung und die Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Rolle des Staates im Gesundheitswesen (vertreten durch das Ministry of Social Affairs and Health) wurde durch die Reform insgesamt gestärkt, indem Empfehlungen an die Gesundheitsregionen abgegeben werden und die Zusammenarbeit zwischen den 22 Regionen gefördert wird. In Finnland ist jede Person obligatorisch von der sozialen Krankenversicherung erfasst.<sup>14</sup>

Die Finnen sollen als Erstanlaufstelle eines der lokalen Gesundheitszentren nutzen, die ihrem Wohnbezirk zugeteilt sind. Sie können maximal einmal im Jahr das Gesundheitszentrum wechseln. Von einer freien Arztwahl kann deshalb nur bedingt gesprochen werden. Die Gesundheitszentren dienen als Gatekeeper für die fachärztliche Versorgung und die Spitäler.

Neben den öffentlichen Gesundheitszentren kommt in Finnland den Betrieben bei der Gesundheitsversorgung eine große Rolle zu, denn alle Unternehmen sind gesetzlich dazu verpflichtet, für ihre Beschäftigten eine betriebliche Gesundheitsversorgung zu organisieren (entweder eigenständig organisiert oder zugekauft).<sup>15</sup> Diese zweite Säule der Primärversorgung stellt eigene Gesundheitseinrichtungen

<sup>14</sup> Tynkkynen et al. (2023), S. 3 f.

<sup>15</sup> Brock (2022a)

für Erwerbstätige zur Verfügung. Die dritte Säule sind gewinnorientierte Praxen. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung wird hauptsächlich in eigenen Bereichen in Spitälern oder in größeren Gesundheitszentren angeboten. Letztere gehen meist eine Kooperation mit naheliegenden Spitälern ein, die Fachärzte zur Konsultation im Gesundheitszentrum zur Verfügung stellen. Dabei werden häufig auch kleinere Eingriffe (z.B. Endoskopie) vorgenommen.<sup>16</sup>

### 3.1. Aufgaben von Hausärzten

Die Aufgaben von Hausärzten unterscheiden sich in Finnland kaum von denen in anderen EU-Staaten. Dazu gehören die selbstständige Diagnose und Behandlung einer Vielzahl von Erkrankungen, die Durchführung von Untersuchungen, die Interpretation medizinischer Tests, das Stellen von Diagnosen und die Entwicklung individueller Behandlungspläne. Darüber hinaus spielt die Präventivmedizin eine wichtige Rolle. Dazu gehören etwa Impfungen, Gesundheitsberatungen, Früherkennungsuntersuchungen und Screening-Programme. Im Rahmen einer langfristigen Betreuung kümmern sich Hausärzte außerdem um die Verwaltung chronischer Krankheiten, überwachen Gesundheitszustände, passen Behandlungspläne an und unterstützen bei der Bewältigung von Langzeitgesundheitsproblemen. Ebenfalls zum Berufsbild des Hausarztes gehört die Notfallversorgung, in deren Rahmen akute Verletzungen und Erkrankungen behandelt werden und im Bedarfsfall an andere Fachärzte oder Krankenhäuser weiterüberwiesen wird. Hausärzte fungieren als erste Anlaufstelle für Patienten und sie übernehmen die Koordination der Versorgung, indem sie eng mit anderen medizinischen Fachkräften zusammenarbeiten. Des Weiteren bieten Hausärzte Informationen und Schulungen zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen für ihre Patienten an. Sie unterstützen die Patienten in ihrer Gesundheitskompetenz und fördern gesunde Lebensgewohnheiten.

Viele medizinische Leistungen, die eigentlich ins Aufgabengebiet von Fachärzten fallen, werden heute von Gesundheitszentren angeboten, wodurch sich das Aufgabenspektrum des Hausarztes ausgeweitet hat. Da in Finnland für Erwerbstätige eine eigene Gesundheitsversorgung besteht, bleibt für die Gesundheitszentren der Gesundheitsregionen eine Klientel über, das höhere gesundheitliche Bedürfnisse hat. Das sind vor allem Kinder, ältere Menschen und Personen mit niedrigem sozialen Status bzw. niedrigem Bildungslevel. Die einfache Zugänglichkeit

---

<sup>16</sup> Tynkkynen et al. (2023), S. 10

der Gesundheitszentren, in denen viele Hausärzte tätig sind, ist sehr wichtig, jedoch leider auch in vielen Bereichen nicht die Realität.<sup>17</sup>

Das Ansehen eines Hausarztes in Finnland beruht auf verschiedenen Faktoren: eine ganzheitliche Versorgung, die sich nicht nur auf die Behandlung von Krankheiten konzentriert, sondern auch Prävention, Gesundheitsförderung und die Betreuung von Familien berücksichtigt. Diese umfassende Herangehensweise an die Gesundheitsversorgung wird von den Patienten sehr geschätzt. Die Kontinuität der Versorgung wird als wichtiger Faktor für die Qualität der medizinischen Betreuung angesehen.

### 3.2. Attraktivität der Allgemeinmedizin

Der Anteil der Allgemeinmediziner an der Gesamtzahl der Ärzte in Finnland beträgt etwa 38 %. Finnland hat kontinuierlich Maßnahmen ergriffen, um den Anteil der Allgemeinmediziner zu erhöhen und damit die Primärversorgung zu stärken. Das Land hat verschiedene Programme initiiert und Anreize gesetzt, um mehr Medizinstudenten für eine Karriere in der Allgemeinmedizin zu gewinnen und die Attraktivität des Fachgebiets zu steigern bzw. aufrecht zu erhalten. Das Medium *hausarzt.digital* schreibt etwa, dass es zwar auch in Finnland, besonders in sehr ruralen Gegenden, einen Mangel an Allgemeinmedizinerinnen gebe, dieser im letzten Jahrzehnt aber zurückgegangen sei. Grund hierfür sei etwa auch ein Tutoren- und Mentorenprogramm gewesen, das jungen Ärzten in den Gesundheitszentren ausreichend Unterstützung zusicherte. Die Beliebtheit der Allgemeinmedizin sei bei jungen Ärzten angewachsen. Aber auch die durch die Einschreibpflicht in ein Gesundheitszentrum quasi erzwungene Kontinuität in der Versorgung, in deren Mittelpunkt der Hausarzt steht, hat zur Beliebtheit der Allgemeinmedizin beigetragen.<sup>18</sup>

Darüber hinaus gab es noch andere Bemühungen, die für den hohen Anteil von Allgemeinmedizinerinnen in der Ärzteschaft verantwortlich sind. Solche Maßnahmen waren zum Beispiel:

- **Stärkung der Ausbildung:** Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wurde weiterentwickelt, um den Anforderungen der Primärversorgung gerecht zu werden. Es wurden spezifische Weiterbildungsprogramme und Lehrpläne entwickelt, um die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln.

<sup>17</sup> Tynkkynen et al. (2023), S. 11

<sup>18</sup> Vogeler (2016)

- **Frühzeitige Berufsorientierung:** Um das Interesse von Medizinstudenten an der Allgemeinmedizin zu wecken, wurden Programme zur frühzeitigen Berufsorientierung eingeführt. Hierbei werden den Studierenden bereits während ihres Studiums Einblicke in die Arbeit eines Allgemeinmediziners ermöglicht.
- **Förderung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium:** Die Allgemeinmedizin wurde verstärkt in den Lehrplan des Medizinstudiums integriert. Es wurden mehr klinische Praktika und Ausbildungsmöglichkeiten in der Primärversorgung geschaffen, um den Studierenden eine breitere Erfahrung und ein besseres Verständnis für die Allgemeinmedizin zu bieten.
- **Finanzielle Anreize:** Finnland hat finanzielle Anreize gesetzt, um angehende Ärzte zur Wahl der Allgemeinmedizin zu ermutigen. Dazu gehören Stipendien, Zuschüsse und andere finanzielle Vergünstigungen während der Facharztausbildung.
- **Verbesserung der Arbeitsbedingungen:** Um die Attraktivität der Allgemeinmedizin als Beruf zu steigern, wurden Anstrengungen unternommen, um die Arbeitsbedingungen für Allgemeinmediziner zu verbessern. Dies umfasst eine bessere Work-Life-Balance, flexiblere Arbeitszeitmodelle und Hilfestellungen bei der Praxisführung.
- **Unterstützung von Netzwerken und Zusammenarbeit:** Finnland fördert den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern durch die Schaffung von Netzwerken, Fachgesellschaften und Konferenzen. Dies ermöglicht den Allgemeinmedizinern den Austausch von Wissen, Erfahrungen und Best Practices.

### 3.3. Ausbildung Facharzt für Allgemeinmedizin

Mit der Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin wurde ein spezifischer Ausbildungsweg für Ärzte geschaffen, die sich auf die umfassende Versorgung von Patienten in der Primärversorgung spezialisieren wollten. Die Facharztausbildung umfasst eine mehrjährige praktische Ausbildung in Gesundheitszentren, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, in denen die angehenden Allgemeinmediziner Erfahrung in verschiedenen Bereichen der Primärversorgung sammeln können. Die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin hat dazu beigetragen, die Qualität der Primärversorgung in Finnland weiter zu verbessern und den Stellenwert der Allgemeinmedizin als medizinische Fachrichtung zu stärken. Heute ist der Facharzt für Allgemeinmedizin eine anerkannte und geschätzte Berufsbezeichnung in Finnland.

Die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner in Finnland dauert in der Regel fünf Jahre. Dies umfasst eine dreijährige Basisausbildung in verschiedenen Fachbereichen und eine anschließende zweijährige spezifische Facharztausbildung in Allgemeinmedizin. Während der dreijährigen Basisausbildung erhalten angehende Allgemeinmediziner eine breite Ausbildung in verschiedenen medizinischen Fachbereichen wie Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie, Psychiatrie und anderen. Ziel ist es, ein solides Verständnis für verschiedene medizinische Disziplinen zu entwickeln. Nach Abschluss der Basisausbildung beginnt die zweijährige spezifische Facharztausbildung in Allgemeinmedizin. Während dieser Zeit absolvieren die angehenden Allgemeinmediziner klinische Rotationen in Gesundheitszentren, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, die primäre Gesundheitsversorgung anbieten. Sie arbeiten unter Aufsicht erfahrener Allgemeinmediziner und erhalten praktische Erfahrung in der Diagnose, Behandlung und Betreuung von Patienten in der Primärversorgung. Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zielt darauf ab, Kompetenzen in der umfassenden Versorgung von Patienten zu entwickeln. Der Arzt für Allgemeinmedizin soll in die Aufgaben eines Hausarztes, das Gesundheitsmanagement und das Sozialversicherungssystem sowie die Zusammenarbeit mit dem Personal im Gesundheits- und Sozialwesen eingeführt werden. Neben dem Kennenlernen verschiedener Arbeitsbereiche ist es wichtig, dass der ausgebildete Arzt während der Ausbildung einen umfassenden Überblick über die Patientenversorgung, die Stufen der Versorgung und die Möglichkeiten zur konsultativen Unterstützung der Behandlung sowie über das klinische Management der ärztlichen Tätigkeit erhält. Auch die Erfahrung in interdisziplinärer Teamarbeit und im Teammanagement als Teil eines modernen Arbeitsumfelds gehört zum Ausbildungsprogramm.

Dafür müssen im Rahmen der zweijährigen, spezifischen Facharztausbildung mindestens neun Monate in einer anerkannten Ausbildungspraxis in einer Gemeinde oder in einem Gemeindeverband abgeleistet werden. Außerdem müssen mindestens sechs Monate in einem anerkannten Lehrkrankenhaus gearbeitet werden und es dürfen bis zu maximal sechs Monate andere praktische Ausbildungen (z.B. Forschung, Wehrdienst, Zivildienst, im Ausland geleistete Praxis) gemacht werden. Darüber hinaus ist eine 16-stündige Schulung in Verwaltungsangelegenheiten (theoretische Schulung zum finnischen Gesundheitsmanagement und zum Sozialversicherungssystem) verpflichtend vorgeschrieben.<sup>19</sup>

---

19 Universität Helsinki (2023)

### 3.4. Arbeiten als Allgemeinmediziner

Die Zahl der Ärzte ist in Finnland etwas niedriger als im EU-Schnitt, während die Zahl der Krankenschwestern höher ist. Generell lässt sich ein Nord-Süd-Gefälle bei den Ärztezahlen feststellen, in nördlichen Regionen ist die Ärztedichte geringer als in südlichen Distrikten. Die allermeisten Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind in Finnland für die öffentliche Versorgung tätig, während nur etwa 16 % des Gesundheitspersonals im privaten Setting arbeiten (Haus- bzw. Allgemeinärzte mit Niederlassung in eigener Praxis gibt es in Finnland hingegen nicht<sup>20</sup>). Es kommt aber häufig vor, dass in öffentlichen Krankenhäusern angestellte Ärzte zusätzlich privat tätig sind.<sup>21</sup>

Die meisten Allgemeinmediziner sind in Gesundheitszentren beschäftigt, die in fast jeder Stadt und Gemeinde zu finden sind und als primäre Anlaufstellen für medizinische Versorgung dienen. Diese wurden bis 2023 von den Kommunen und werden seit der Reform durch die Gesundheitsregionen organisiert. Die Gesundheitszentren sind die wichtigste Säule der Primärversorgung. Sie bieten Basisgesundheitsdienste durch medizinisches Fachpersonal (kurativ und präventiv), ärztliche Beratung, Notfallversorgung für kleinere Beschwerden, eine kleine Bettenstation für stationäre Therapie (meistens zur Beobachtung), Geburts- und Kinderkliniken, zahnmedizinische Leistungen, häusliche Pflege mit ambulantem Pflegedienst, Rehabilitation, Sucht- und Psychotherapie. Allgemeinmediziner arbeiten dort daher in der Regel in einem Team mit anderen Fachkräften wie Krankenschwestern, Pflegeern und anderen Professionen (je nach Bedarf der lokalen Bevölkerung) zusammen. In Finnland gibt es sogenannte medizinische Fachkräfte (z.B. Nurse Practitioner, Physician Assistant), die über eine medizinische Ausbildung auf Masterniveau verfügen und bestimmte ärztliche Leistungen entweder selbstständig ausführen oder diese unter ärztlicher Supervision ausüben.<sup>22</sup>

### 3.5. Schwächen und Herausforderungen

In Finnland bestehen ähnliche Probleme wie auch in anderen europäischen Ländern. Etwa herrscht in bestimmten Regionen ein Hausärztemangel. Speziell ländliche Gebiete und abgelegene Regionen haben Schwierigkeiten, ausreichend Hausärzte zu rekrutieren. Dies kann zu Engpässen in der Verfügbarkeit von primärärztlicher Versorgung führen und längere Wartezeiten für Patienten bedeuten.

20 Preusker (2018), S. 5

21 Tynkkynen et al. (2023), S. 8

22 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)

Das finnische Gesundheitssystem kämpft mit langen Wartezeiten in der Primärversorgung und einem hohen Anteil von Selbstbehalten, die für sehr viele medizinische Leistungen im öffentlichen System zu leisten sind. Darüber hinaus sind die jährlichen Höchstbeträge für Selbstbehalte bei medizinischen Leistungen eher hoch angesetzt (2022: 692 Euro). Dafür sind die Selbstbehalte für Arzneimittel in Finnland eher gering. Vor der Reform gab es auch starke Unterschiede in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zwischen den Kommunen (z.B. Umfang der angebotenen Leistungen in den Gesundheitszentren), was jedoch durch die laufende Reform behoben werden sollte. Obwohl die Krankenversicherung in Finnland für Einwohner verpflichtend ist, gibt es Gruppen, wie etwa unregistrierte Migranten, die lediglich über einen Zugang zur Notfallversorgung verfügen.<sup>23</sup>

In Finnland ist, wie in anderen europäischen Staaten, die Belastung des Gesundheitspersonals teils sehr hoch, wovon natürlich auch Hausärzte betroffen sind. Die steigenden Anforderungen an die Primärversorgung, die zunehmende Bürokratie und wachsende Verwaltungsaufgaben führen zu Stress und Erschöpfung.

Im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie gilt Finnland zwar als äußerst fortschrittlich (die elektronische Patientenakte gibt es in den medizinischen Gesundheitszentren bereits seit 2003)<sup>24</sup>, jedoch gibt es zahlreiche Verbesserungsmöglichkeiten bei Gesundheitslösungen.

---

23 Tynkkynen et al. (2023), S. 8 u. 11

24 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)

## 4. Schweiz

Das schweizerische Gesundheitssystem gilt allgemein als gut, aber teuer. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für die gesamte Bevölkerung gesichert, bietet freizügige Wahlmöglichkeiten und besticht mit sehr geringen Wartezeiten. Ein weiteres Kennzeichen sind vergleichsweise hohe Beschäftigungszahlen, vor allem im Bereich der Pflege. Das qualitativ hochwertige Gesundheitssystem der Schweiz, mit einem Spitzenwert bei durch rechtzeitige medizinische Intervention vermeidbaren Todesfällen, bietet seinen Bewohnern eine hohe durchschnittliche Lebensdauer von 84 Jahren (Top drei der OECD-Länder neben Japan und Spanien). Dafür zahlen die Schweizer im Europavergleich den höchsten Anteil ihres BIPs für ihre Gesundheitsversorgung und geben auch das meiste Geld (kaufkraftbereinigt) pro Kopf dafür aus.

Das schweizerische Gesundheitssystem ist eine Mischung aus Föderalismus, Liberalismus, Korporatismus und direkter Demokratie. Auf Bundesebene werden nur rechtliche Rahmenbedingungen festgelegt, etwa für die Pflichtversicherung oder die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals. Die Hauptverantwortung für die Gesundheitsversorgung liegt aber bei den Kantonen, die die Spitalversorgung organisieren und zur Hälfte auch finanzieren. Die 26 Kantone koordinieren die Gesundheitsversorgung über die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK/CDS).

Die Pflichtversicherung ist Hauptfinanzier des Gesundheitssystems und besteht aus privaten Non-Profit-Unternehmen. Die Pflichtversicherungen sind in drei Verbänden organisiert, die mit den Verbänden der Leistungserbringer, den Berufsverbänden und den Tariforganisationen die vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen der Gesundheitsversorgung ausverhandeln. Bei der Entscheidung über Gesetzesvorlagen zum Gesundheitswesen gibt es in der Schweiz eine starke Einbeziehung der Bevölkerung (auf Bundesebene oder lokal), die oft direkt mitentscheidet.

Die ambulante Versorgung wird über ein bundesweit einheitliches Tarifmodell (TARMED) abgegolten. Der Wert eines TARMED-Punktes kann regional jedoch sehr unterschiedlich sein, denn dieser wird von den Verhandlungen der kantonalen Versicherungsgesellschaften und Leistungserbringerverbänden bestimmt. Die Verträge der Krankenversicherungen sind dabei sehr vielseitig und die meisten Schweizer sind auch in einem alternativen Vertrag versichert. Eine eher neue Form der Versicherung ist etwa das Telmed-Modell, indem die erste Anlaufstelle bei neuen Gesundheitsproblemen immer eine telefonische Beratungsstelle ist. Diese gibt Verhaltensempfehlungen ab oder leitet den Patienten an die richtige Versor-

gungsstelle weiter. Im Gegenzug profitiert der Patient von Tarifvergünstigungen. In allen Fällen schränken die Versicherungsverträge die Wahlfreiheit des Patienten durch die Bindung an einen Gatekeeper ein und bieten dafür Tarifvergünstigungen.

## 4.1. Aufgaben von Hausärzten

Hausärzte sind hauptsächlich für die ambulante Grundversorgung und eine generelle internistische Abklärung zuständig. Darüber hinaus zählen auch orthopädische und kleinchirurgische Behandlungen zu den Aufgaben. Zum hausärztlichen Tätigkeitsprofil gehören außerdem Abklärungen, Wundversorgungen, Präventionsleistungen und Vorsorgeuntersuchungen, (Langzeit-)EKGs, Blutdruckmessungen, Ruhe- und Belastungs-EKGs, die Koordination von Zuweisern, Nachbehandlungen nach Unfällen oder Krankheiten, Reisemedizin, Impfungen, Fahrtauglichkeitsuntersuchungen, Audiometrie (Hörtest), Tympanometrie (Messung der Mittelohrfunktion) und Spirometrie (kleiner Lungenfunktionstest). Mit entsprechenden Weiterbildungen können auch Laborarbeiten und digitale Röntgen gemacht werden.<sup>25</sup>

## 4.2. Attraktivität der Allgemeinmedizin

Die Schweiz ist allgemein für ihre guten Arbeitsbedingungen für Ärzte bekannt, wodurch sich viele ausländische Spezialisten anwerben lassen. In manchen Jahren übersteigt das immigrierte Personal das in der Schweiz ausgebildete Personal bei Ärzten und Pflegepersonal. Dennoch ist der Altersschnitt des ärztlichen Personals sehr hoch<sup>26</sup> und der Nationalrat machte 2022 in einer parlamentarischen Anfrage klar, dass der Bedarf an Hausärzten bis 2030 nur unter der Prämisse gedeckt werden kann, dass die hohe Zuwanderung ausländischer Fachkräfte weiterhin bestehen bleibt. Der Nationalrat betont in diesem Dokument die Wichtigkeit der hausärztlichen Versorgung und verweist auf zahlreiche Maßnahmen, die ihrer Sicherstellung dienen.<sup>27</sup> Solche Maßnahmen sind:

- Ein Sonderprogramm zur Erhöhung der Anzahl der Absolventen der Humanmedizin von 900 im Jahr 2016 auf 1.300 im Jahr 2025, das mit 100 Mio. Franken unterstützt wurde. In diesem Sonderprogramm wurde ein ausdrücklicher Schwerpunkt auf die Sensibilisierung für die medizinische Grundversorgung und die Hausarztmedizin gelegt. Diese Maßnahme wurde laut einer Evaluierung auch erfolgreich umgesetzt.

<sup>25</sup> Brock (2022b)

<sup>26</sup> Brock (2022b)

<sup>27</sup> Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament (2022)

- An allen Ausbildungsorten wird die Hausarztmedizin als transversales Thema gelehrt und mittels zahlreicher Praktika werden den Studierenden Einblicke in die Wichtigkeit der Grundversorgung gegeben. An der Universität Freiburg stellt der neue Master die Hausarztmedizin in den zentralen Fokus.
- Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin versuchte mit ihrer Nachwuchskampagne „#MehrVielfaltGibtsNirgends“ 2021–2022 Medizinstudierende für den Fachbereich zu gewinnen.
- Kantone und Weiterbildungsstätten können die Attraktivität der Allgemeinen Inneren Medizin steigern, indem sie z.B. Teilzeitarbeitsmodelle fördern und Assistenzärzte gezielt von zu leistenden Notfalldiensten entlasten.
- Die Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in der Hausarztmedizin (WHM) unterstützt und entwickelt Projekte und Maßnahmen zur Verbesserung der Weiterbildung und damit der Qualität der medizinischen Grundversorgung in Hausarzt- und Kinderarztpraxen. Die Stiftung betreut seit 2009 ein Praxisassistentenprogramm, indem sie Löhne von Praxisassistentenärzten subventioniert, und organisiert Lehrpraktikerkurse und Praxisführungskurse für Assistenzärzte.<sup>28</sup>

### 4.3. Ausbildung Facharzt für Allgemeinmedizin

Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin gibt es in der Schweiz seit 2011 nicht mehr, sondern diese heißt jetzt Weiterbildung zum Facharzt Allgemeine Innere Medizin (AIM). In dieser wurden der „Facharzt für Allgemeinmedizin FMH“ und der „Facharzt für Innere Medizin FMH“ vereint, da sich die beiden Ausbildungen sehr ähnlich waren. Dafür wurden eigene Curricula in Richtung Hausarzt/Grundversorger/Praxisinternist bzw. in Richtung Spitalsinternist geschaffen. Diese praktische Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin dauert fünf Jahre. Daneben gibt es auch die Weiterbildung zum praktischen Arzt, die dem Facharzt für Allgemeine Innere Medizin jedoch nicht gleichgestellt ist, weil sie nur drei Jahre in Anspruch nimmt. Sie setzt jedoch die bestandene Facharztprüfung „Allgemeine Innere Medizin“ voraus, die jedoch mit einer um 10 % geringeren Prozentzahl an positiven Antworten als bestanden gilt (relative Prozentzahl im Vergleich zum Facharztstitel). In der Regel dient die Weiterbildung zum praktischen Arzt als Basisweiterbildung zum Erwerb des Facharztstitels, der Titel „Praktischer Arzt“ berechtigt jedoch zur eigenverantwortlichen Tätigkeit in der Grundversorgung.<sup>29</sup>

28 Nähere Infos unter <https://whm-fmf.ch/>

29 FMH Berufsverband (2023)

Die fünf Jahre Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin gliedern sich in drei Jahre Basisausbildung und zwei Jahre Vertiefung zum Hausarzt oder Spitalsinternist (Curriculum). Mindestens 18 Monate müssen davon in einer anerkannten Weiterbildungsstätte für Allgemeine Innere Medizin absolviert werden. Die Ausbildung muss mindestens in zwei verschiedenen Ausbildungsstellen stattfinden. Wenigstens drei Monate muss auf einer internistischen oder allgemeinmedizinischen Notfallstation gearbeitet werden. Auch Tätigkeiten in der medizinischen Forschung, Arbeiten im Rahmen einer Hilfsaktion, Militärdienst oder Zivildienst können mit maximal sechs Monaten angerechnet werden.

Ziel der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ist die Vermittlung eines breiten Spektrums an klinischen, wissenschaftlichen und sozialen Kompetenzen. Dies umfasst sowohl theoretisches als auch praktisches Wissen. Der Allgemeininternist soll in der Lage sein, verschiedene medizinische Fragestellungen abzudecken, darunter Prävention, Notfall- und Akutmedizin, chronische Krankheiten, Rehabilitation und Palliativmedizin. Es ist wichtig, Über-, Unter- oder Fehlversorgungen zu vermeiden, indem eine korrekte Diagnose gestellt und angemessene Vorgehensweisen angewendet werden. Zusätzlich sollten Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin in der Lage sein, wissenschaftliche Arbeiten und Fachmeinungen kritisch zu bewerten und relevante Schlussfolgerungen für sich selbst und ihre medizinische Einrichtung zu ziehen.

Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin umfasst ein breites Spektrum an Themen. In den ersten drei Jahren der Basisweiterbildung werden anerkannte Präventionsmethoden, Diagnostik und Differenzialdiagnostik vermittelt. Ebenso werden Palliativmedizin sowie die Behandlung von Patienten mit akuten, chronischen und asymptomatischen internistischen Erkrankungen behandelt. Um ein umfassendes Fachwissen zu erlangen und die Ergebnisse von Untersuchungen anderer Fachärzte in die Behandlung einzubeziehen, werden angehende Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin mit den Grundprinzipien benachbarter Fachgebiete vertraut gemacht. Das Weiterbildungsprogramm beinhaltet auch technische, laboranalytische, funktionsanalytische und bildgebende Untersuchungsmethoden, nicht pharmakologische Behandlungsmethoden und Arzneimittel und deren Bewertung und optimalen Einsatz. Darüber hinaus werden rechtliche Aspekte wie gesetzliche Vorschriften, Richtlinien, Empfehlungen und medizinische Standards sowie ethische Fragestellungen, Gesundheitsökonomie, Patientensicherheit und Qualitätsmanagement behandelt. Zum Abschluss der Ausbildung steht eine Facharztprüfung, die aus 120 Multiple-Choice-Fragen besteht.<sup>30</sup>

---

30 PraktischArzt (2023)

## 4.4. Arbeiten als Allgemeinmediziner

Nach der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin arbeiten die Ärzte meistens in Hausarztpraxen als Praxisinternisten oder auch in einem Spital als Spitalsinternisten. Darüber hinaus kommen auch Ambulatorien, Heime, Notfallpraxen, Arzhäuser, Walk-in-Praxen oder Medizinische Versorgungszentren als Arbeitsorte in Frage. Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin sorgen für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung ihrer Patienten im ambulanten und stationären Setting.<sup>31</sup>

Im stationären Bereich kümmern sich Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin hauptsächlich um häufige oder multimorbide Erkrankungen sowie koordinierende Aufgaben und übernehmen eine interdisziplinäre Rolle im Behandlungsteam.<sup>32</sup>

## 4.5. Schwächen und Herausforderungen

Die Schweiz kämpft derzeit mit einer starken Zunahme chronischer Erkrankungen aufgrund der älter werdenden Gesellschaft, aber auch mit einer unzureichenden Digitalisierung im Gesundheitswesen und einem steigenden Kostendruck. Für ein gutes Management chronischer Erkrankungen braucht es vor allem eine bessere Koordination zwischen den verschiedenen Professionen und Einrichtungen. So könnte etwa das Pflegefachpersonal in Heimen eine wichtige Schaltstelle zwischen hausärztlicher Versorgung, anderen medizinischen Fachspezialisten und Spitälern sein. Ist das Pflegefachpersonal gezielt auf diese Aufgabe eingeschult, sinken einer Studie zufolge die ungeplanten Spitalweisungen. Umgekehrt muss auch der Spitalsaustritt interprofessionell vorbereitet werden (Ärzte, Pflege, Sozialarbeiter), was durch eine gemeinsame Online-Plattform unterstützt werden kann. Dadurch können Patienten früher aus dem Spital entlassen werden, ohne dass sich die Wiedereintrittszahlen erhöhen. In vielen Versorgungskonzepten konnte auch der stärkere Einbezug des privaten Umfeldes von Patienten als Erfolgsfaktor identifiziert werden. Vor allem bei psychiatrischen Patienten, wo ein neues Zusammenspiel zwischen Patienten, Angehörigen und Fachleuten bei geringeren Kosten ähnliche Ergebnisse brachte wie eine stationäre Behandlung. Gute Lösungen, die oft im Kleinen entstehen, könnten unter wissenschaftlicher Begleitung (Beobachtung von Auswirkungen auf die Gesundheit und den Mitteleinsatz) auf andere Institutionen, Gemeinden und Kantone übertragen werden. Hierfür ist wiederum eine stete Verbesserung der Datenlage notwendig.<sup>33</sup>

31 Brock (2022b)

32 PraktischArzt (2023)

33 Schweizerischer Nationalfonds (2023)

Ein weiteres Problem der Schweiz sind die hohen Selbstbeteiligungen im Gesundheitssystem, die sich negativ auf die Zugänglichkeit zu medizinischer Versorgung auswirken. Allerdings scheint das die Schweizer weniger zu stören, als man annehmen möchte. Das könnte vor allem an der breiten Palette an Varianten der Krankenversicherung liegen, bei der die Versicherten das Ausmaß der Selbstbeteiligung (Franchise von mind. 300 Euro p.a., 10 %iger Selbstbehalt, Spitalsbeitrag von 15 Franken Taggeld) und andere Konditionen frei wählen können.<sup>34</sup> Zudem sind auch die Prämien für die Krankenversicherung stark angestiegen – 2023 um durchschnittlich 7 %.

---

<sup>34</sup> Schweizerische Eidgenossenschaft (2023), S. 13 f.

## Literatur

- Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E (2022): The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition Vol.24 No.1 2022. WHO.
- Baker, Carl (2023): NHS Key Statistics: England <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7281/CBP-7281.pdf>
- BMJ (2023): <https://www.bmj.com/careers/article/how-to-become-a-gp-in-the-uk-a-step-by-step-guide>
- Brock, Heinz (2022a): Musterland der digitalen Gesundheitsfürsorge. ÖKZ. 2022;63(10):26–8. German. doi: 10.1007/s43830-022-0219-7
- Brock, Heinz (2022b): Das Gesundheitssystem der Schweiz – teuer, aber gut. ÖKZ 2022; 63(3-4):22-24. German. Doi: 10.1007/s43830-022-0087-1. Epub 2022 Mai 2022.
- Department of Health and Social Care Media Centre (2023): NHS workforce: Record numbers of doctors and nurses in NHS <https://healthmedia.blog.gov.uk/2023/04/27/nhs-workforce-record-numbers-of-doctors-and-nurses-in-nhs/>
- Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament (2022): Maßnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin. Einreichdatum 29.29.2022, Antwort am 16.12.2022. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20224187>
- FMH Berufsverband (2023): <https://www.siwf.ch/weiterbildung/praktischer-arzt.cf-m#i110338>
- General Medical Council (2022): The workforce report – The state of medical education and practice in the UK [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/workforce-report-2022—full-report\\_pdf-94540077.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/workforce-report-2022—full-report_pdf-94540077.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Finnland: eHealth und Gesundheitszentren <https://www.kbv-klartext.de/gesundheits-und-versorgung/finnland-ehealth-und-gesundheitszentren.html>
- Khan Z. (2023): The Emerging Challenges and Strengths of the National Health Services: A Physician Perspective. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10240167/>
- NHS (2023a): <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors>
- NHS (2023b): <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/general-practitioner>
- NHS England (2023): <https://www.england.nhs.uk/gp/national-general-practice-improvement-programme/>

- PraktischArzt (2023): Facharzt Allgemeine Innere Medizin: Weiterbildung, Inhalte, Dauer. <https://www.praktischarzt.ch/arzt/facharzt-allgemeine-innere-medizin/>
- Preusker, Uwe K. (2018): Reform des Gesundheitssystems in Finnland.
- Royal College of General Practitioners (2011): It's your practice. A patients guide to GP service. [https://assets.nhs.uk/prod/documents/rcgp\\_iyp\\_full\\_booklet\\_web\\_version.pdf](https://assets.nhs.uk/prod/documents/rcgp_iyp_full_booklet_web_version.pdf)
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2023): Die obligatorische Krankenversicherung – Ratgeber.
- Schweizerischer Nationalfonds (2023): Neue Lösungen in der Patientenversorgung <https://www.snf.ch/de/aE56Bt65EWgXhE4G/news/neue-loesungen-in-der-gesundheitsversorgung>
- The Guardian (2023): <https://www.theguardian.com/society/2023/may/24/record-rise-in-people-using-private-healthcare-amid-nhs-frustration>
- Tynkkynen LK, Keskimäki I, Karanikolos M, Litvinova Y (2023): Finland: Health system summary, 2023. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO.
- Universität Helsinki (2023): <https://studies.helsinki.fi/instructions/node/382>
- Vogeler, Astrid (2016): Beispielhaftes Finnland? Mm medizin und medien Verlag GmbH <https://www.hausarzt.digital/politik/beispielhaftes-finnland-23874.html>

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

**Bestelladresse:**

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)  
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz  
Tel.: ++43/732/77 83 71-320  
Fax: ++43/732/78 36 60-320  
E-mail: LIG@ligforschung.at

Bestellformular: <http://www.ligforschung.at/abonnieren>

**LIG**  
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER  
INSTITUT  
FÜR

**aek**  **Ärzt**  **kammer**  
für Oberösterreich