

**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/geschaef?t=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>