

Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich



STUDIEN
BERICHT

Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich

IGES Institut in Zusammenarbeit mit Hendrik van den Bussche (†)

Karsten Zich

Hendrik van den Bussche (†)

Hans-Dieter Nolting

Unter Mitwirkung von

Terese Dehl

Abschlussbericht

für den GKV-Spitzenverband

Berlin, November 2023

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche, einer der profiliertesten Wissenschaftler auf dem Gebiet der medizinischen Aus- und Weiterbildung, hat an dieser Studie maßgeblich mitgewirkt. Mitten in der Arbeit, am 13. September 2023, ist er plötzlich verstorben.

Von der Zusammenarbeit hat nicht nur diese Studie außerordentlich profitiert, es war vor allem für uns persönlich eine große Freude, mit ihm zu denken, zu diskutieren und von ihm zu lernen.

Wir sind Rik sehr dankbar und hoffen, dass es uns gelungen ist, die gemeinsame Arbeit auch in seinem Sinne vollendet zu haben.

Hans-Dieter Nolting und Karsten Zich

Autoren

Hans-Dieter Nolting

Karsten Zich

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche (†)

Ehemaliger Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Inhalt

1.	Zusammenfassung und Empfehlungen	19
1.1	Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	19
1.2	Die Weiterbildung Allgemeinmedizin im Länderüberblick	25
1.3	Erfolgsfaktoren und Besonderheiten der Weiterbildung Allgemeinmedizin in den untersuchten Ländern	31
1.3.1	Mögliche Erfolgsfaktoren im Medizinstudium	31
1.3.2	Mögliche Erfolgsfaktoren zur Förderung der Entscheidung für das Weiterbildungsfachgebiet Allgemeinmedizin	32
1.3.3	Mögliche Erfolgsfaktoren in der Weiterbildung Allgemeinmedizin	33
1.3.4	Mögliche Erfolgsfaktoren aus den Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit	35
1.3.5	Mögliche Erfolgsfaktoren im Überblick	37
1.4	Empfehlungen	39
2.	Ausgangspunkt und Vorgehen der Untersuchung	44
2.1	Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland	44
2.2	Entwicklung der Facharztanerkennungen und der vertragsärztlichen Kapazitäten in Deutschland	47
2.3	Zielstellung der Untersuchung	52
2.4	Vorgehen	53
3.	Ausgewählte Länderergebnisse im Überblick	55
3.1	Basisinformationen zur Weiterbildung Allgemeinmedizin	55
3.1.1	Ausgestaltung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	55
3.1.2	Tatsächliche Weiterbildungsdauer und Alter der Ärztinnen/Ärzte zum Zeitpunkt des Abschlusses der Weiterbildung	60
3.1.3	Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen	61
3.2	Planung der Weiterbildungskapazitäten und Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für das Weiterbildungsfachgebiet	63
3.3	Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	66
3.4	Status quo der hausärztlichen Versorgung	68
3.4.1	Zur hausärztlichen Koordinations- und Steuerungsfunktion	68
3.4.2	Sicherstellungsprobleme und Trends in der hausärztlichen Versorgung	68
3.4.3	Kennzahlen zur ärztlichen Versorgungsdichte (Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen)	71
4.	Mögliche Erfolgsfaktoren der untersuchten Länder in der Weiterbildung Allgemeinmedizin	74
4.1	Mögliche Erfolgsfaktoren im Medizinstudium	74
4.2	Mögliche Erfolgsfaktoren zur Förderung der Entscheidung für die Weiterbildung Allgemeinmedizin	75

4.2.1	Systematische Planung und Quotierung der Weiterbildungskapazitäten	75
4.2.2	Vorgegebene Dauer der Weiterbildung Allgemeinmedizin	76
4.2.3	Wartezeiten auf einen Weiterbildungsplatz (Verfügbarkeit von Weiterbildungsplätzen)	77
4.2.4	Möglichkeiten zum Wechsel zwischen den Weiterbildungsfachrichtungen (Durchlässigkeit)	79
4.2.5	Gehalt/Lebensbedingungen während der Weiterbildung im Fachgebietenvergleich	79
4.3	Mögliche Erfolgsfaktoren in der Weiterbildung Allgemeinmedizin	80
4.3.1	Anspruchsvolles Aufnahmeverfahren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin	80
4.3.2	Strukturiertes curriculares Weiterbildungsprogramm	81
4.3.3	Auswahl und Qualifizierung der Weiterbildenden	82
4.3.4	Enge Begleitung und Koordination der Weiterbildung und Evaluation des Weiterbildungsfortschritts und der Qualität der Lehre	83
4.3.5	Klares Statut der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung	84
4.3.6	Gezielte Vorbereitung auf die spätere Rolle in der Versorgung	84
4.4	Mögliche Erfolgsfaktoren aus den Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit	85
4.4.1	Breites Spektrum der Versorgungsaufgaben	85
4.4.2	Starke Rolle der Hausärzte bei Planung und Steuerung der Patientenversorgung	86
4.4.3	Kooperative und arbeitsteilige Formen der Berufsausübung	87
4.4.4	Spätere Gehaltserwartungen	88
4.5	Gesamtüberblick und Bewertung der möglichen Erfolgsfaktoren	89
5.	Anhang 1: Länderdossier Belgien (Fokus: Flandern)	91
5.1	Das Gesundheitssystem Belgiens	91
5.1.1	Allgemeiner Aufbau des Gesundheitssystems	91
5.1.2	Die hausärztliche Versorgung	94
5.2	Kennzahlen	96
5.2.1	Berufstätige Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	96
5.2.2	Berufstätige Hausärztinnen/-ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	96
5.2.3	Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen	97
5.2.4	Tatsächliche Weiterbildungszeit und Alter bei Abschluss der Weiterbildung	99
5.3	Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeinmedizin	99
5.3.1	„Planningscommissie medisch aanbod“ (Planungskommission für das medizinische Angebot)	99
5.3.2	Die Wahl der Allgemeinmedizin als Fachgebiet	100

5.4	Allgemeine Beschreibung des Systems der Aus- und Weiterbildung Allgemeinmedizin	100
5.4.1	Die ärztliche Grundausbildung: Das Bachelor- und Masterprogramm	100
5.4.2	Die hausärztliche Weiterbildung	101
5.5	Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	105
5.6	Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin	106
5.6.1	Gezielte Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin	106
5.6.2	Strategien der Regierung zur Unterstützung der Allgemeinmedizin	107
5.7	„Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können	107
5.7.1	Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin	107
5.7.2	Verdienstmöglichkeiten	108
	Danksagung	108
6.	Anhang 2: Länderdossier Frankreich	109
6.1	Das Gesundheitssystem Frankreichs	109
6.1.1	Allgemeiner Aufbau des Versorgungssystems	109
6.1.2	Die hausärztliche Versorgung	114
6.2	Kennzahlen	116
6.2.1	Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	116
6.2.2	Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen	118
6.2.3	Tatsächliche Weiterbildungszeit und Alter bei Abschluss der Weiterbildung	120
6.3	Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeinmedizin	121
6.3.1	Planung der fachärztlichen Kapazitäten und Weiterbildungsplätze	121
6.3.2	Die Wahl der Allgemeinmedizin als Fachgebiet – Die „Épreuves classantes nationales (ECN)“	122
6.4	Allgemeine Beschreibung des Systems der Aus- und Weiterbildung Allgemeinmedizin	125
6.4.1	Die Zulassung zum Medizinstudium	125
6.4.2	Das Medizinstudium (erster und zweiter Abschnitt)	126
6.4.3	Der Weiterbildungsabschnitt (Troisième Cycle des Études Médicales, TCM3)	127
6.4.4	Die Weiterbildung in Allgemeinmedizin	131
6.5	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung Allgemeinmedizin	135
6.6	Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin	136
6.7	„Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können	137

6.7.1	Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin	137
6.7.2	Verdienstmöglichkeiten	137
7.	Anhang 3: Länderdossier Niederlande	139
7.1	Das Gesundheitssystem der Niederlande	139
7.1.1	Allgemeiner Aufbau des Gesundheitssystems	139
7.1.2	Die hausärztliche Versorgung	141
7.2	Kennzahlen	143
7.2.1	Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	143
7.2.2	Berufstätige Hausärztinnen/-ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	143
7.2.3	Nichtärztliches Personal in den Praxen der „ersten Linie“	148
7.2.4	Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen	150
7.2.5	Tatsächliche Weiterbildungszeit	151
7.3	Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB- Fachrichtung Allgemeinmedizin	152
7.3.1	Die systemische Steuerung durch das „Capaciteitsorgaan“ und deren Ergebnisse	152
7.3.2	Die Wahl der Allgemeinmedizin als Fachgebiet	154
7.4	Allgemeine Beschreibung des Systems der Aus- und Weiterbildung	155
7.4.1	Die ärztliche Grundausbildung	155
7.4.2	Die hausärztliche Weiterbildung	156
7.5	Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	162
7.6	Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin	163
7.6.1	Gezielte Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin	163
7.6.2	Ansätze der Regierung zur Unterstützung der Allgemeinmedizin	163
7.7	„Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können	164
7.7.1	Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin	164
7.7.2	Verdienstmöglichkeiten	165
8.	Anhang 4: Länderdossier Österreich	167
8.1	Das Gesundheitssystem in Österreich	167
8.1.1	Allgemeiner Aufbau des Versorgungssystems	167
8.1.2	Die hausärztliche Versorgung	169
8.2	Kennzahlen	173
8.2.1	Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	173
8.2.2	Berufstätige Hausärztinnen/-ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	174
8.2.3	Abschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen	175
8.2.4	Tatsächliche Weiterbildungszeit	177

8.3	Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeinmedizin	177
8.4	Allgemeine Beschreibung des Systems der Weiterbildung Allgemeinmedizin	181
8.5	Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	185
8.6	Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin	187
8.7	„Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können	189
8.7.1	Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin	189
8.7.2	Verdienstmöglichkeiten	190
8.7.3	Ansehen/Reputation der Allgemeinmedizin	191
	Danksagung	191
9.	Anhang 5: Länderdossier Schweiz	192
9.1	Das Gesundheitssystem in der Schweiz	192
9.1.1	Allgemeiner Aufbau des Gesundheitssystems	192
9.1.2	Die hausärztliche Versorgung	195
9.2	Kennzahlen	198
9.2.1	Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	198
9.2.2	Berufstätige Fachärztinnen/-ärzte Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen	198
9.2.3	Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen	199
9.2.4	Tatsächliche Weiterbildungszeit	201
9.3	Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeine Innere Medizin	202
9.4	Allgemeine Beschreibung des Systems der Weiterbildung Allgemeinmedizin	205
9.4.1	Die Weiterbildung	205
9.4.2	Die Weiterbildenden und Weiterbildungsstätten	210
9.5	Finanzierung der Weiterbildung Allgemeine Innere Medizin	210
9.6	Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeine Innere Medizin	214
9.7	„Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können	215
9.7.1	Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin	215
9.7.2	Verdienstmöglichkeiten	217
9.7.3	Ansehen/Reputation der Allgemeinmedizin	218
	Danksagung	218
	Literaturverzeichnis (nach Abschnitten untergliedert)	219

Abbildungen	11
Tabellen	12
Abkürzungsverzeichnis	14

Abbildungen

Abbildung 1:	Anteil der Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) an allen Facharztanerkennungen; Jahre 1998 bis 2022	21
Abbildung 2:	Differenz aus Zu- und Abgängen in die/aus der vertragsärztlichen Versorgung für die hausärztlich tätigen Internistinnen/Internisten und die Gruppe der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Praktischen Ärztinnen/Ärzte; Jahre 2013 bis 2022	22
Abbildung 3:	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlich-vertragsärztlichen Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin); Zählung nach Personen und nach Bedarfsplanungsgewichten; 2013 bis 2022 jeweils zum 31.12. des Jahres	23
Abbildung 4:	Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt); Jahre 2012 bis 2022	47
Abbildung 5:	Facharztanerkennungen ohne Allgemeinmedizin; Jahre 2012 bis 2022	48
Abbildung 6:	Anteil der Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) an allen Facharztanerkennungen; Jahre 1998 bis 2022	49
Abbildung 7:	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlich-vertragsärztlichen Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin); Zählung nach Personen und nach Bedarfsplanungsgewichten; Jahre 2013 bis 2022 jeweils zum 31.12. des Jahres	50
Abbildung 8:	Differenz aus Zu- und Abgängen in die/aus der vertragsärztlichen Versorgung für die hausärztlich tätigen Internistinnen/Internisten und die Gruppe der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Praktischen Ärztinnen/Ärzte; Jahre 2013 bis 2022	51
Abbildung 9:	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Region Flandern („Köpfe“, inkl. Teilzeit-HAIOs); Jahre 1990 bis 2022	97
Abbildung 10:	Anzahl der erfolgreichen Abschlüsse Allgemeinmedizin in der Region Flandern; Jahre 1996 bis 2020	98
Abbildung 11:	Prozentsatz der Medizinstudierenden in der Region Flandern, die sich für die Weiterbildung Allgemeinmedizin entschieden; Jahre 1998 bis 2020	100
Abbildung 12:	Entwicklung des Durchschnittsalters der erstmals in den „Ordre des médecins“ eingeschriebenen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte; Jahre 2010 bis 2023	121

Abbildung 13:	Ausschnitt aus der Zuordnung von Medizinstudierenden zur Fachrichtung und Fakultät der Weiterbildung aufgrund ihres Rangplatzes bei den ECN-Prüfungen 2022	124
Abbildung 14:	Anzahl Hausärztinnen/-ärzte nach ihrem Status (ohne wechselnde Vertreter/-innen); Jahre 2012 bis 2022	145
Abbildung 15:	Anzahl der HAIOs, die ihre Weiterbildung zur Hausärztin/zum Hausarzt mit Diplom abgeschlossen haben, Jahre 2016 bis 2021	150
Abbildung 16:	Erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen der Prüfung zur Ärztin/zum Arzt Allgemeinmedizin in Österreich; Jahre 2012 bis 2021	176
Abbildung 17:	Erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen der Facharztprüfungen in Österreich; Jahre 2012 bis 2021	177
Abbildung 18:	Erteilte eidgenössische Weiterbildungstitel Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin/Praktischer Arzt in der Schweiz; Jahre 2015 bis 2021	200
Abbildung 19:	Übrige erteilte eidgenössische Weiterbildungstitel in der Schweiz (ohne Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin/Arzt); Jahr 2015 bis 2021	201
Tabellen		
Tabelle 1:	Kurzübersicht Belgien/Flandern	26
Tabelle 2:	Kurzübersicht Frankreich	27
Tabelle 3:	Kurzübersicht Niederlande	28
Tabelle 4:	Kurzübersicht Österreich	29
Tabelle 5:	Kurzübersicht Schweiz	30
Tabelle 6:	Bewertung möglicher Erfolgsfaktoren für einen hohen Anteil von Facharztabschlüssen Allgemeinmedizin an allen Abschlüssen	38
Tabelle 7:	Basisinformationen zu Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Regeldauer, Struktur der Weiterbildung u. Ä.)	55
Tabelle 8:	Durchschnittliche Dauer der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und durchschnittliches Alter bei Abschluss der Weiterbildung	61
Tabelle 9:	Anzahl der erfolgreich absolvierten (Fach-)Arztprüfungen und Anteil allgemeinmedizinischer Weiterbildungsabschlüsse an allen Weiterbildungsabschlüssen	62
Tabelle 10:	Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	66
Tabelle 11:	Probleme in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	69

Tabelle 12:	Kennzahlen zur ärztlichen Versorgungsdichte (ambulanter und stationärer Sektor) in den einzelnen Ländern (inkl. Deutschland)	72
Tabelle 13:	Bewertung möglicher Erfolgsfaktoren für einen hohen Anteil von Facharztabschlüssen Allgemeinmedizin an allen Abschlüssen	90
Tabelle 14:	Beruflich aktive Ärztinnen und Ärzte (unter 70 Jahren); Jahre 2012 und 2021	117
Tabelle 15:	Neueinschreibungen in den „L’Orde de médecins“ (nur Ärztinnen und Ärzte mit einem französischen Diplom); Jahre 2012 und 2021	119
Tabelle 16:	Kennzahlen zu den Hausärztinnen und Hausärzten in den Niederlanden; Jahre 2020 bis 2022	146
Tabelle 17:	Zahl der Weiterbildungsplätze Allgemeinmedizin in den Niederlanden (beschlossen und besetzt); Jahre 2015 bis 2023	154
Tabelle 18:	Entwicklung der ersten Präferenz für die Weiterbildungsrichtung aller befragten Medizinstudierenden; Werte gerundet; Jahre 2002 bis 2019	155

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ÄAO	Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung
ÄAVE	Ärztliche Ambulante Versorgungseinheiten
AIM	Allgemeine Innere Medizin
AIOS	Arts in opleiding tot specialist
ÄiW	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung
AM	Allgemeinmedizin
ANEMF	Association nationale des étudiants en médecine de France
ANIOS	Arts niet in opleiding tot specialist
APN	Advanced Practice Nurses
ARS	Agence Régionale de Santé
ASOs	arstenspecialisten in opleiding
AUT	Austria/Österreich
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BÄK	Bundesärztekammer
BEL	Belgien
BIHAM	Berner Institut für Hausarztmedizin
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CHE	Schweiz
CHF	Schweizer Franken
CIBIG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CNCEM	Coordination Nationale des Colleges D'Enseignants en Médecine
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Abkürzung	Erläuterung
D	Deutschland
DCM2	Deuxieme Cycle des Études Médicales
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESMG	Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale
DFASM	Diplôme de formation approfondie en sciences médicales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EbM	Evidence based Medicine
ECN	Épreuves Classantes Nationales
ECOS	Examens cliniques objectifs structurés
EDN	Épreuves dématérialisées nationales
EKG	Elektrokardiogramm
EW	Einwohner
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum/Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FRA	Frankreich
FST	formations spécialisé transversale
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GEP	groupes d'échange de pratique
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
HAIO	Huisarts in opleiding
HIDHA	Huisarts in dienst van een huisarts
ICHO	Interuniversitair Centrum HuisartsenOpleiding

Abkürzung	Erläuterung
JAMÖ	Junge Allgemeinmedizin Österreich
KäW (Gremium)	Gremium „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KoStA	Koordinierungsstelle/-stellen Allgemeinmedizin
KV/KVn	Kassenärztliche Vereinigung/-en
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KW	Kompetenzzentrum/Kompetenzzentren Weiterbildung
L.AS	licence avec option accès santé
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
L-ZK	Landes-Zielsteuerungskommission/-kommissionen
MERRI	missions d’enseignements, de recherche, de référence et d’innovation
MFA	Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter
mfe	Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz
MIGAC	missions d’intérêt général et d’aides à la contractualisation
MPA	Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten
MPK	Medizinische Praxiskoordinatorin/Medizinischer Praxiskoordinator
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maîtres de Stage des Universités
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NLD	Niederlande
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
Obsan	Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium

Abkürzung	Erläuterung
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
OPTAM	option pratique tarifaire maîtrisée
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA	Physician Assistants
PAMSU	Praticiens Agréé Maître de Stage des Universités
PASS	parcours accès spécifique santé
PCM1	Premier Cycle des Études Médicales
PKV	Private Krankenversicherung
POHs	Praktijkondersteuners huisarts
PUMa	protection universelle maladie
PVE	Primärversorgungseinheit/-einheiten
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SAFMED	Swiss Academy of Family Medicine
SASPAS	stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SBOH	State Board of Health
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SGB	Sozialgesetzbuch
SIWF	Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SP	Schwerpunkt

Abkürzung	Erläuterung
STACO	Stagemeester-coordinator
SUI vzw	vom belgischen Ministerium für „Soziale Angelegenheiten und Bevölkerungsgesundheit“ anerkannten Koordinierungsstelle für das sozial-juristische Management der Weiterbildung
TARMED	tarif médical
TCM3	Troisième Cycle des Études Médicales
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
UFR	Unités de formation et de recherche
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
VEZL	Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VS	Verpleegkundige Specialiste
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WB AM	Weiterbildung Allgemeinmedizin
WFV	Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung
WHM (Stiftung)	Gemeinnützige Stiftung zur Förderung der Weiterentbildung in Hausarztmedizin
Wlz	Wet langdurige Zorg
Zvw	Zorgverzekeringswet

1. Zusammenfassung und Empfehlungen

1.1 Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Bereits Ende der 1990er Jahre wurde die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung als künftig wachsendes Problem erkannt. Damals rief eine Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz der Länder das „Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung“ ins Leben. Eine Kernforderung dieser Initiative war die finanzielle Förderung von Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin, eine Maßnahme, die zudem vom 100. Deutschen Ärztetag (1997) zur Bedingung für die Verlängerung der Weiterbildungsdauer von drei auf fünf Jahre gemacht worden war.

Ab 1999 begann die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin mit zunächst 3.000, ab dem Jahr 2000 bereits 6.000 Stellen (Artikel 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz). Die Finanzierung erfolgt im vertragsärztlichen Bereich paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gesetzlichen Krankenkassen (deren Anteil sich um den Beitrag der PKV reduziert). Im stationären Bereich bringen die Krankenkassen und die PKV allein die Fördermittel auf. Seit 2015 ist die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin dauerhaft gesetzlich verankert (§ 75a SGB V) und wurde dahingehend erweitert, dass bundesweit mindestens 7.500 Stellen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gefördert werden sollen. Den KVn wird explizit untersagt, die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen zu begrenzen (§ 75a Absatz 3 Satz 2 SGB V). Das bedeutet konkret, dass Kassen und KVn im Prinzip gesetzlich verpflichtet sind, allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen ohne Obergrenze zu fördern, sofern sich entsprechend viele Interessierte für diesen Weiterbildungsgang fänden.

Die Förderung erfolgt primär in Form einer Zuschussung des Gehalts der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW), wodurch sichergestellt wird, dass die Ärztinnen und Ärzte in allgemeinmedizinischer Weiterbildung das gleiche Einkommensniveau erreichen wie ihre Kolleginnen und Kollegen in den anderen Fächern. Die Zuschüsse werden im vertragsärztlichen Bereich direkt an die weiterbildenden Vertragsärztinnen und -ärzte ausgezahlt, die verpflichtet sind, die Mittel für die Gehaltszahlungen an die bei Ihnen beschäftigten ÄiW zu verwenden. Darüber hinaus erstreckt sich die Förderung gemäß § 75a SGB V auch auf Einrichtungen der Weiterbildungsinfrastruktur (Kompetenzzentren Weiterbildung) an den allgemeinmedizinischen Instituten der medizinischen Fakultäten, die Angebote der strukturierten theoretischen Weiterbildung und Mentoring offerieren.

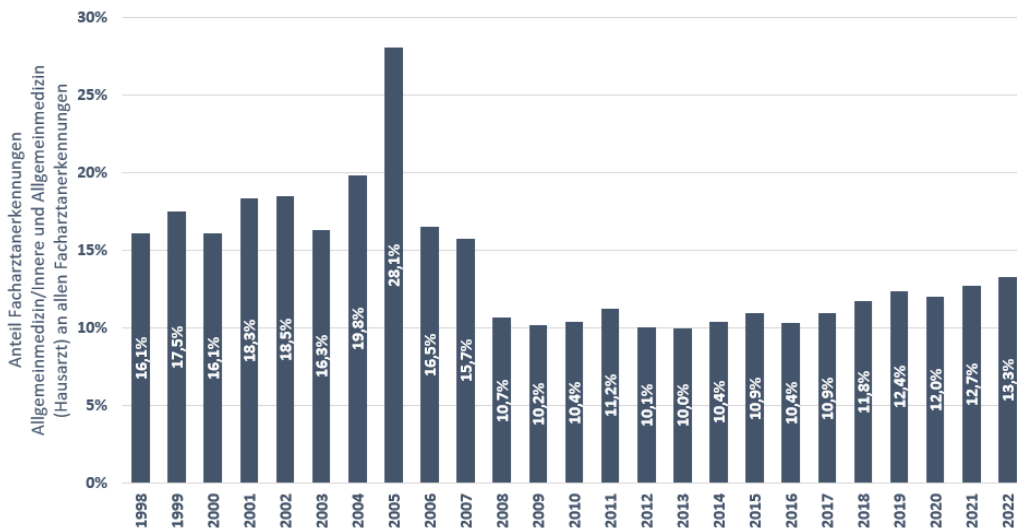
Im Jahr 2021 lag das Fördervolumen für die Gehaltszuschüsse an weiterbildende Vertragsärztinnen und -ärzte bei 298 Mio. Euro für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (weitere 85 Mio. Euro wurden für die Weiterbildungsförderung in anderen Fachrichtungen aufgewendet). Mit diesen Mitteln wurde die allgemeinmedizinische Weiterbildung von 8.892 Personen, entsprechend 5.005

Vollzeitäquivalenten (VZÄ), gefördert. Die Zahl der geförderten ÄiW ist in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen, seit dem Jahr 2016 um insgesamt 52 % (VZÄ: +49 %). Zusätzlich erhielten Krankenhäuser Mittel zur Stellenförderung für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Höhe von 24 Mio. Euro, die sich auf 1.318 Personen (1.273 VZÄ) in Weiterbildung beziehen. (KBV 2022)

Über das Initiativprogramm der Bundesländer, das zur Etablierung der Weiterbildungsförderung geführt hat, berichtete das Deutsche Ärzteblatt 1998 mit der Überschrift „Länder wollen den ‚Negativtrend‘ stoppen“. (Clade 1998) Betrachtet man den Zeitraum der letzten etwa zehn Jahre, so lässt sich feststellen, dass die jährliche Zahl der Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) von 1.197 im Jahr 2012 auf 1.874 Anerkennungen im Jahr 2022 gestiegen ist. Dies entspricht einer Steigerung der Anerkennungszahlen von 57 % innerhalb eines Jahrzehnts, die vermutlich ohne die Förderaktivitäten nicht erreichbar gewesen wäre. Die Zahl der Facharztanerkennungen in den übrigen Fachgebieten (ohne Allgemeinmedizin) hat sich im selben Zeitraum von 10.694 im Jahr 2012 auf etwa 12.225 im Jahr 2022 erhöht (+14 %).

Trotz der erfreulichen Zunahme der Weiterbildungszahlen in den letzten zehn Jahren bleibt die Attraktivität der Allgemeinmedizin weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Im Jahr 1998, also unmittelbar vor Aufnahme der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, belief sich der Anteil der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin an allen Facharztanerkennungen noch auf 16,1 %. Im Jahr 2013 wurde hier mit 10,0 % ein Tiefstand markiert und der Anteil hat sich seitdem nur allmählich auf 13,3 % erhöht (vgl. Abbildung 1). (BÄK 2000; BÄK 2023) Der in Abbildung 1 im Jahr 2005 zu beobachtende Sprung auf über 28 % der Anerkennungen stellt einen Sondereffekt dar. Unter anderem bestand aufgrund europarechtlicher Regelungen in diesem Jahr die Möglichkeit, sich bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen als Fachärztin oder Facharzt für Allgemeinmedizin anerkennen zu lassen, obwohl man keine reguläre Weiterbildung absolviert hatte. (Kopetsch 2007)

Abbildung 1: Anteil der Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) an allen Facharztanerkennungen; Jahre 1998 bis 2022



Quelle: BÄK (2000); BÄK (2014); BÄK (2022)

Aus einer anderen Perspektive – nämlich der Sicht auf die hausärztlichen Kapazitäten in der vertragsärztlichen Versorgung – stellt sich die Entwicklung ohnehin weniger positiv dar. Werden nur die in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte betrachtet, so betrug der Anteil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen/-ärzte (ohne Kinder- und Jugendmedizin)¹ an allen vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten nach der Bundesarztreister-Statistik im Jahr 2022 36,0 %, während dieser Anteil im Jahr 2013 noch bei 37,9 % lag. (KBV 2014 und 2023) Zum Zeitpunkt der Aufnahme der Förderaktivitäten belief sich der Anteil nach den Angaben der BÄK auf immerhin 40,8 % (Allgemein-/Praktische Ärztinnen und Ärzte, Angabe zum Jahresende 1998). (BÄK 2000) Das „Deutsche Ärzteblatt“ berichtete seinerzeit über den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) in Bezug auf das o. g. Initiativprogramm, dass es Ziel dieser Initiative sei, das damals bestehende Verhältnis von 60 % Spezialistinnen/Spezialisten und 40 % Hausärztinnen/-ärzte umzukehren. (Clade 1998) Sollte die GMK tatsächlich dieses Ziel formuliert haben, so hätte man es schon damals bei näherer Betrachtung als kaum realisierbar erkennen können².

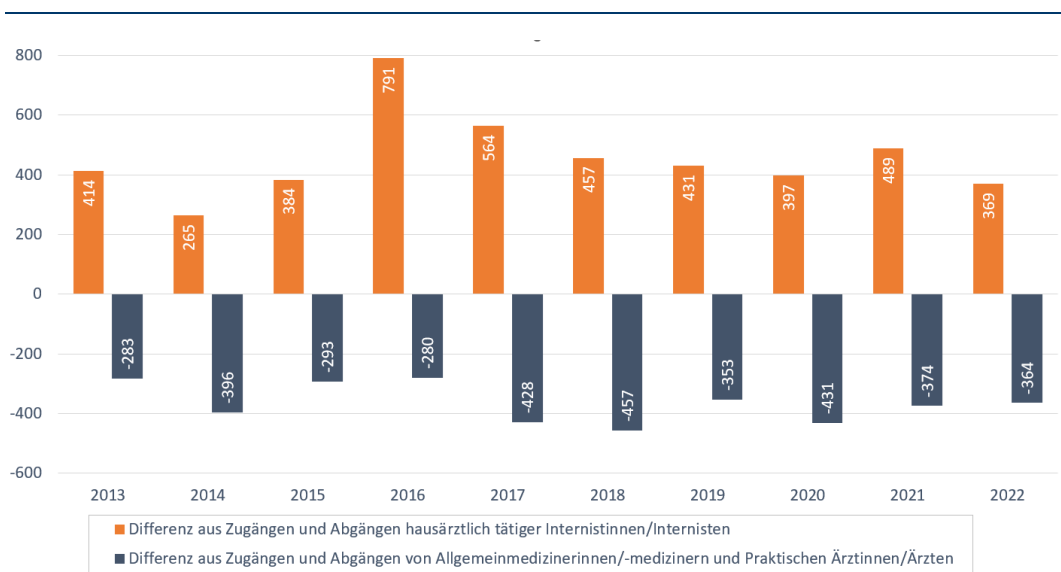
¹ Ärztliche Fachgruppen: Allgemeinmedizin, Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit, Praktische Ärztinnen und Ärzte

² Im Jahr 2022 waren in der vertragsärztlichen Versorgung 54.905 Personen in der hausärztlichen Versorgung tätig (ohne Kinder- und Jugendärzte, aber inkl. hausärztliche Internisten) und 97.792 in der fachärztlichen Versorgung (inkl. Kinder- und Jugendärzte) (Verhältnis: 36 % zu 64 %). Für ein Verhältnis von 60 % zu 40 % müssten – bei gleicher Gesamtzahl von 152.697 – somit 91.618 Personen in der hausärztlichen (ohne Kinder- und Jugendärzte) und 61.078 Personen in der fachärztlichen Versorgung tätig sein. Im Jahr 1998 war in der (alten) Bundesrepublik inklusive Berlin (Ost) etwa die gleiche Zahl von Spezialisten tätig (62.817).

Aus heutiger Perspektive ist jedenfalls zu konstatieren, dass es nicht einmal gelungen ist, den Anteil der Hausärztinnen/-ärzte bei 40 Prozent stabil zu halten.

Obwohl eine wieder steigende Zahl an Ärztinnen und Ärzten eine Facharztprüfung Allgemeinmedizin/Innere bzw. Allgemeinmedizin (Hausarzt) ablegen (vgl. oben), können die altersbedingten Abgänge aus der hausärztlichen Versorgung weiterhin nicht durch den allgemeinmedizinischen Nachwuchs kompensiert werden. Allein im Jahr 2022 überstiegen hier die Abgänge die Zugänge um 364 Hausärztinnen/-ärzte (vgl. Abbildung 2).³ Der in der späteren Abbildung 3 ersichtliche, über die letzten Jahre eigentlich stabile Bestand hausärztlich tätiger Vertragsärztinnen/-ärzte wurde nur dadurch möglich, dass sich vermehrt Internistinnen und Internisten für die hausärztliche Versorgung entscheiden. Nach etwa 25 % im Jahr 2013 stellten hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten im Jahr 2022 bereits 32 % aller Hausärztinnen und Hausärzte. (KBV 2014 und 2023)

Abbildung 2: Differenz aus Zu- und Abgängen in die/aus der vertragsärztlichen Versorgung für die hausärztlich tätigen Internistinnen/Internisten und die Gruppe der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Praktischen Ärztinnen/Ärzte; Jahre 2013 bis 2022



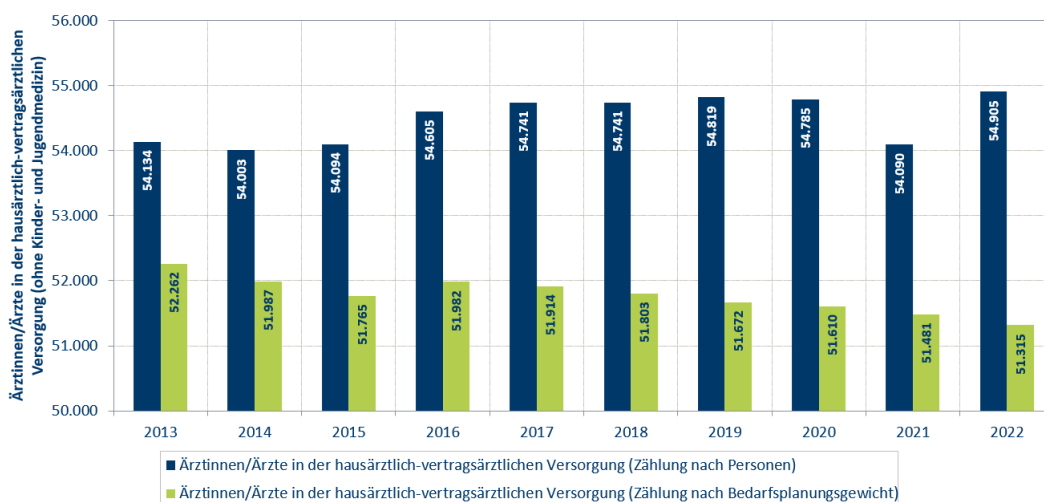
Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung (KBV 2014 bis 2023)

Um die nach Meldung des „Deutschen Ärzteblatts“ angestrebte „Umkehrung der Verhältnisse“ erreichen zu können, hätte man also die Zahl der Spezialfachärztinnen und -ärzte auf dem Stand der damaligen Bundesrepublik des Jahres 1998 „einfrieren“ und den gesamten seither eingetretenen Netto-Zuwachs an Ärztinnen und Ärzten in die hausärztliche Versorgung lenken müssen.

³ Im Jahr 2022 waren ca. 21 % der hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen/-ärzte zwischen 60 und 65 Jahre alt (ca. 11.400 Personen) und weitere ca. 16 % über 65 Jahre alt (ca. 8.600 Personen).

Wenn man zudem nicht nur die Kopffzahlen betrachtet, sondern die Kapazitäten im Sinne der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, also unter Berücksichtigung des Teilnahmeumfangs der Ärztinnen/Ärzte an der Versorgung (Abbildung 3), zeigt sich zwischen 2013 und 2022 ein Rückgang der Versorgungskapazitäten in der hausärztlichen Versorgung (ohne Kinder- und Jugendärzte) um 2 % (von 52.262 auf 51.315). Berücksichtigt man zudem die im gleichen Zeitraum gewachsene Bevölkerung (von 80,8 Mio. auf 84,4 Mio.), so ergibt sich ein Rückgang der Kapazität von 64,7 auf 60,8 hausärztliche Kapazitäten pro 100.000 Einwohner/-innen. Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass der Anteil der Bevölkerung im Alter ab 60 Jahren in diesem Zeitraum von 27,2 % auf 29,4 % gestiegen ist, womit der Versorgungsbedarf ebenfalls gewachsen sein dürfte.

Abbildung 3: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlich-vertragsärztlichen Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin); Zählung nach Personen und nach Bedarfsplanungsgewichten; 2013 bis 2022 jeweils zum 31.12. des Jahres



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung (KBV 2014 bis 2023)

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung gerät zunehmend in Gefahr. Bereits seit einigen Jahren mehren sich – nicht nur aus eher ländlich geprägten Regionen Deutschlands – die Meldungen über Probleme bei der Wiederbesetzung hausärztlicher Vertragsarztsitze. Prognosen warnen vor einem in den kommenden Jahren noch stärker zunehmenden Hausärztemangel. So könnten nach einer Simulationsrechnung für die Robert Bosch Stiftung im Jahr 2035 bundesweit fast 11.000 hausärztliche Vertragsarztsitze nicht besetzt sein. (Nolting et al. 2021)

Viele Ursachen der sich verschärfenden Mangelsituation sind bekannt: Neben dem demographiebedingt wachsenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung spielen gewandelte Lebens- und Arbeitsmodelle aufseiten der nachwachsenden Generationen von Ärztinnen und Ärzten – z. B. die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung

und/oder von Berufstätigkeit in einem Angestelltenverhältnis – eine Rolle, die zusammengenommen zu einer sinkenden Pro-Kopf-Kapazität der jüngeren Ärztegenerationen führen. Als Reaktion auf den drohenden Ärztemangel wurden in manchen Bundesländern bereits die Studienplatzkapazitäten in der Medizin erweitert, ein weiterer Ausbau wird vielfach gefordert. Dabei wird allerdings oft übersehen, dass eine Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze nur mit erheblicher Verzögerung zu einer Verbesserung des Versorgungsangebots beitragen kann. Neben den sechs regulären Jahren des Medizinstudiums kommen noch mindestens fünf Jahre für die Weiterbildung hinzu. Ein im Jahr 2023 erstmals besetzter neuer Studienplatz kann unter idealen Bedingungen somit erst im Jahr 2034 zu einer zusätzlichen Versorgungskapazität führen.

Diese Rechnung ist jedoch leider weit von der aktuellen Realität in der medizinischen Aus- und Weiterbildung entfernt. Speziell mit Blick auf die hausärztliche Versorgung haben bereits vor einigen Jahren die Ergebnisse der KarMed-Studie (van den Bussche 2019) gezeigt, dass die realen Weiterbildungsdauern im Durchschnitt weit über den in der Musterweiterbildungsordnung der BÄK festgelegten Mindestdauern liegen. Nach der KarMed-Kohortenstudie erlangen nur etwa 18 % der Ärztinnen und Ärzte, die eine fachärztliche Anerkennung in der Allgemeinmedizin anstreben, diese innerhalb einer Weiterbildungsdauer von bis zu sechs Jahren. (van den Bussche 2022)

Die Landesärztekammer Hessen betreibt seit zehn Jahren ein Weiterbildungsregister, das statistische Daten der hessischen ÄiW erfasst. (Natanzon et al. 2023) Nach den Daten dieses Registers waren die Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in allen Jahren von 2013 bis 2022 im Durchschnitt zwischen 27,2 und 27,6 Jahre alt. Das Durchschnittsalter bei Ablegen der Facharztprüfung lag im gleichen Zeitraum dagegen zwischen 37,6 (2013, 2016) und 39,1 Jahren (2017). Im letzten Berichtsjahr 2020 betrug es 38,5 Jahre⁴. (Natanzon et al. 2021) Legt man somit eine reale Weiterbildungsdauer von zehn bis elf Jahren zugrunde, dann ist von einem 2023 besetzten Studienplatz somit erst im Jahr 2039/2040 ein/-e neue/-r Fachärztin/-arzt zu erwarten.

Mit Blick auf die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin stellt sich somit nicht nur die Frage nach der Zahl bzw. dem Anteil der Neu-Approbierten, die sich für diese Fachrichtung entscheiden. Auch Ablauf und Organisation der Weiterbildung selbst sind insofern kritisch zu beleuchten, als dass kürzere reale Weiterbildungsdauern auch zu einer höheren Versorgungskapazität führen würden.

⁴ Die Statistik umfasst auch Ärztinnen und Ärzte, die bereits eine erste Facharztqualifikation erworben haben, wodurch das Durchschnittsalter angehoben wird. Nach den Daten des Registers verfügten 2022 12 % der ÄiW in Hessen bereits über eine zuvor erworbene Facharztqualifikation. Das Durchschnittsalter dieser ÄiW lag bei 41,0 Jahren, das der übrigen ÄiW bei 33,7 Jahren (Berechnung IGES). Überträgt man diese Relationen auf die Statistik zum Durchschnittsalter bei Ablegen der Facharztprüfung, so ergäbe sich für fachärztliche Erstqualifikationen ein geschätztes Durchschnittsalter zwischen 37,5 und 38,1 Jahre.

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband das IGES Institut und Prof. Dr. Hendrik van den Bussche beauftragt, die Rahmenbedingungen und Ergebnisse der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in fünf europäischen Nachbarländern (Belgien/Flandern, Frankreich, Niederlande, Österreich, Schweiz) zu untersuchen. Unter der übergeordneten Fragestellung, ob und ggf. wie es den anderen Ländern gelingt, die benötigte Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten auszubilden, werden drei Themenkomplexe untersucht:

1. Durch welche Faktoren wird in dem jeweiligen Land die Entscheidung der Medizinabsolventinnen und -absolventen für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung beeinflusst bzw. gefördert?
2. Wie ist die allgemeinmedizinische/hausärztliche Weiterbildung organisiert bzw. welche Faktoren tragen zu positiven Ergebnissen der Weiterbildungsgänge bei?
3. Inwieweit tragen die Rolle der Hausärztinnen/-ärzte im jeweiligen Versorgungssystem sowie die Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit dazu bei, dass Medizinabsolventinnen und -absolventen sich für eine Karriere in der Allgemeinmedizin entscheiden?

Angesichts der Komplexität nationaler Gesundheitssysteme mit zahlreichen Interdependenzen und Pfadabhängigkeiten ist im Allgemeinen nicht zu erwarten, dass sich spezifische Maßnahmen und Regelungen, die in einem Land etabliert und (mehr oder weniger) erfolgreich sind, ohne Weiteres in ein anderes nationales Gesundheitssystem transferieren lassen. Trotzdem können internationale Vergleiche nützliche Denkanstöße geben, welche Themen bei der Suche nach Lösungsansätzen vertieft diskutiert werden sollten. Dies ist auch das Ziel der vorliegenden Untersuchung.

Für jedes der fünf Länder enthält der Abschlussbericht ein ausführliches Dossier. Die Zusammenfassung fokussiert vor allem die länderübergreifend identifizierten Faktoren, die aus unserer Sicht einen positiven Einfluss auf die Deckung des Bedarfs an Hausärztinnen/-ärzten haben (Erfolgsfaktoren) und die daher in der deutschen Diskussion u. E. aufgegriffen werden sollten. Um eine bessere Einordnung der Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu ermöglichen, werden grundlegende Kennzahlen und Merkmale der fünf Länder im folgenden Abschnitt 1.2 in Tabellenform präsentiert. Der Abschnitt 1.3 fasst jene Aspekte zusammen, die in einzelnen oder mehreren der analysierten Länder nach unserer Auffassung im Sinne von Erfolgsfaktoren wirksam sind. Der abschließende Abschnitt 1.4 resümiert die Ergebnisse im Sinne von Empfehlungen, welche Aspekte bevorzugt weiterverfolgt werden sollten.

1.2 Die Weiterbildung Allgemeinmedizin im Länderüberblick

Die nachfolgenden Tableaus stellen zentrale Kenngrößen und Informationen zur Weiterbildung Allgemeinmedizin für jedes betrachtete Land im Kurzüberblick dar,

bevor im Abschnitt 1.3 auf mögliche Erfolgsfaktoren in einer Gesamtschau eingegangen wird. Zur besseren Einordnung der länderspezifischen Informationen sind in der rechten Spalte der Tableaus jeweils die aktuellsten Werte für Deutschland aufgenommen. Details finden sich in den jeweiligen Länderdossiers (Abschnitte 5 bis 9).

Tabelle 1: Kurzübersicht Belgien/Flandern

Kenngröße	Werte/Information für Belgien (Region Flandern)	Deutschland
Bezeichnung der Arztgruppe	Huisarts	
Arztdichte Huisartsen	1,2 je 1.000 Einwohner/-innen (2021)	0,68 je 1.000 EW (2022)
Anteil Huisartsen an allen Ärztinnen/Ärzten	36,8 % (2021)	21,0 % (2022)*
Vorgesehene Mindestdauer der Weiterbildung Allgemeinmedizin; andere Fachrichtungen	36 Monate; 72 Monate in anderen Fachrichtungen	60 Monate; i. d. R. 60 bis 72 Monate
Ø WB-Zeit; Ø Alter bei Abschluss	Abschluss überwiegend innerhalb von 36 Monaten; 28 Jahre	18 % innerhalb von 72 Monaten**; 37 Jahre***
Struktur der Weiterbildung	- 30 Monate (Praktika) bei einer/-m zur Weiterbildung anerkannten Hausärztin/-arzt - 6 Monate Krankenhaus - etwa alle zwei Wochen Seminare mit Weiterbildungskordinatorin/-kordinator plus universitäre Rückkehrtage plus Masterarbeit	
Erfolgreiche Abschlussprüfungen Huisartsen (Flandern)	3,7 je 100.000 Einwohner/-innen (Ø der letzten Jahre)	2,2 je 100.000 EW (2022)
Anteil Abschlüsse Huisartsen an allen (Flandern)	30 % (Schätzung für 2020)	13,3 % (2022)

Quelle: Länderdossier Belgien (vgl. Abschnitt 5)

Anmerkung: * Zur besseren Vergleichbarkeit bezieht sich der Anteilswert auf die in der ambulanten und stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte.

** Nach den Ergebnissen der KarMed-Kohortenstudie erlangen nur etwa 18 % der Ärztinnen und Ärzte, die eine fachärztliche Anerkennung in der Allgemeinmedizin anstreben, diese innerhalb einer Weiterbildungsdauer von bis zu sechs Jahren. (van den Bussche 2022)

*** Medianalter der im Jahr 2021 geförderten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Phase der vertragsärztlichen Weiterbildung. (KBV 2022)

Tabelle 2: Kurzübersicht Frankreich

Kenngröße	Werte/Information für Frankreich	Deutschland
Bezeichnung der Arztgruppe	„Médecin spécialiste qualifié en médecine générale (médecin généraliste)“	
Arztdichte „médecin généraliste“	1,4 je 1.000 Einwohner/-innen (2021)	0,68 je 1.000 EW (2022)
Anteil „médecin généraliste“ an allen Ärztinnen/Ärzten	44,1 %	21,0 % (2022)*
Vorgesehene Mindestdauer der Weiterbildung Allgemeinmedizin; andere Fachrichtungen	48 Monate (bis zum Studiengang 2023/2024: 36 Monate), bei Wahl einer „querschnittlichen Zusatzweiterbildung“ zuzüglich 12 Monate; 48 bis 72 Monate in anderen Fachrichtungen	60 Monate; i. d. R. 60 bis 72 Monate
Besonderheit:	Die Weiterbildung ist Teil des Medizinstudiums (Phase 3).	
Ø WB-Zeit; Ø Alter bei Abschluss	Schätzwert 2023: ca. 6 Jahre; Ø Alter bei Beginn der Weiterbildung: 25 Jahre, Ø Alter bei Abschluss: 31,4 Jahre (2023, d. h. noch unter Bedingungen der Weiterbildungsdauer von 3 Jahren)	18 % innerhalb von 72 Monaten**; 37 Jahre***
Struktur der Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> - 12 Monate Sockelphase mit hausärztlichem Praktikum und Praktikum in der Notfallmedizin - 24 Monate Vertiefungsphase mit Praktika in der Inneren Medizin (Schwerpunkt: Multimorbidität), in der Kindergesundheit, in der Frauengesundheit und in der Primärversorgung in „überwachter Selbstständigkeit“ - 12 Monate Konsolidierungsphase (neu eingeführt ab 2023) mit zwei Praktika in einer ambulanten allgemeinmedizinischen Einrichtung - Theoretischer Unterricht an 2 Halbtagen (HT) pro Woche (1 HT universitäre Veranstaltungen in Kleingruppen, 1 HT Selbststudium bzw. Arbeiten an der obligatorischen Doktorarbeit) 	
Erfolgreiche Abschlussprüfungen „médecin généraliste“	4,2 je 100.000 Einwohner/-innen (2021)	2,2 je 100.000 EW (2022)
Anteil Abschlüsse „médecin généraliste“ an allen	40 % (2021)	13,3 % (2022)

Quelle: Länderdossier Frankreich (vgl. Abschnitt 6)

Anmerkung: * Zur besseren Vergleichbarkeit bezieht sich der Anteilswert auf die in der ambulanten und stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte.

** Nach den Ergebnissen der KarMed-Kohortenstudie erlangen nur etwa 18 % der Ärztinnen und Ärzte, die eine fachärztliche Anerkennung in der Allgemeinmedizin anstreben, diese innerhalb einer Weiterbildungsdauer von bis zu sechs Jahren. (van den Bussche 2022)

*** Medianalter der im Jahr 2021 geförderten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Phase der vertragsärztlichen Weiterbildung. (KBV 2022)

Tabelle 3: Kurzübersicht Niederlande

Kenngroße	Werte/Information für die Niederlande	Deutschland
Bezeichnung der Arztgruppe	Huisarts	
Arztdichte Huisartsen	0,79 je 1.000 Einwohner/-innen (2019)	0,68 je 1.000 EW (2022)
Anteil Huisartsen an allen Ärztinnen/Ärzten	30,8 % (2019)	21,0 % (2022)*
Vorgesehene Mindestdauer der Weiterbildung Allgemeinmedizin; andere Fachrichtungen	36 Monate; 60 bis 72 Monate in anderen Fachrichtungen	60 Monate; i. d. R. 60 bis 72 Monate
Ø WB-Zeit; Ø Alter bei Abschluss	Ø 3,3 Jahre bei Ärztinnen und 2,9 Jahre bei Ärzten (2021); ca. 33 Jahre	18 % innerhalb von 72 Monaten**; 37 Jahre***
Struktur der Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> - jeweils 12 Monate im 1. & 3. WB-Jahr Praktikum bei einer/einem als WB anerkannten Hausärztin oder Hausarzt (in 3. WB-Jahr inkl. max. 3 Monate Wahl- oder Differenzierungsmodule) - im 2. WB-Jahr 6 Monate KH-Praktikum & 6 Monate Wahlpraktikum in einer psych. Klinik und einem Pflegeheim, einer Rehaklinik oder einer Einrichtung für klinische Geriatrie - Theoretischer Unterricht an einem Tag pro Woche (40 bis 50 „Rückkehrtage“ an die Universität) 	
Erfolgreiche Abschlussprüfungen Huisartsen	4,1 je 100.000 Einwohner/-innen (2021)	2,2 je 100.000 EW (2022)
Anteil Abschlüsse Huisartsen an allen	33 % (2021) (Ableitung des Anteils aus den neu besetzten Weiterbildungsplätzen)	13,3 % (2022)

Quelle: Länderdossier Niederlande (vgl. Abschnitt 7)

Anmerkung: * Zur besseren Vergleichbarkeit bezieht sich der Anteilswert auf die in der ambulanten und stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte.

** Nach den Ergebnissen der KarMed-Kohortenstudie erlangen nur etwa 18 % der Ärztinnen und Ärzte, die eine fachärztliche Anerkennung in der Allgemeinmedizin anstreben, diese innerhalb einer Weiterbildungsdauer von bis zu sechs Jahren. (van den Bussche 2022)

*** Medianalter der im Jahr 2021 geförderten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Phase der vertragsärztlichen Weiterbildung. (KBV 2022)

Tabelle 4: Kurzübersicht Österreich

Kenngroße	Werte/Information für Österreich	Deutschland
Bezeichnung der Arztgruppe	Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin	
Besonderheit	Kein Facharzttitel; Implementierung der Fachärztin/des Facharztes für Allgemein- und Familienmedizin bis zum Jahr 2030 mit einer Weiterbildungszeit von insgesamt 60 Monaten geplant.	
Arztdichte Allgemeinärztinnen/-ärzte	1,29 je 1.000 Einwohner/-innen (2021) (ohne Zuordnung der sowohl hausärztlich als auch spezialisiert tätigen Ärztinnen/Ärzte zu den Allgemeinärztinnen/-ärzten)	0,68 je 1.000 EW (2022)
Anteil Allgemeinärztinnen/-ärzte an allen Ärztinnen/Ärzten	34,7 % (2021) (ohne Zuordnung der sowohl hausärztlich als auch spezialisiert tätigen Ärztinnen/Ärzte zu den Allgemeinärztinnen/-ärzten)	21,0 % (2022)*
Vorgesehene Mindestdauer der Weiterbildung Allgemeinmedizin; andere Fachrichtungen	45 Monate; 72 in anderen Fachrichtungen	60 Monate; i. d. R. 60 bis 72 Monate
Ø WB-Zeit; Ø Alter bei Abschluss	überwiegend innerhalb der vorgesehenen Zeiträume; k. A.	18 % innerhalb von 72 Monaten**; 37 Jahre***
Strukturierte Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> - 9 Monate Basisausbildung - 27 Monate Spitalturnus - 9 Monate ambulante Lehrpraxis bei Start der Basisausbildung ab dem 01.06.2022 (vorher 6 Monate) 	
Erfolgreiche Abschlussprüfungen Allgemeinärztin/-arzt	5,5 je 100.000 Einwohner/-innen (2021)	2,2 je 100.000 EW (2022)
Anteil Abschlüsse Allgemeinärztin/-arzt an allen	27 % (2021)	13,3 % (2022)

Quelle: Länderdossier Österreich (vgl. Abschnitt 8)

Anmerkung: * Zur besseren Vergleichbarkeit bezieht sich der Anteilswert auf die in der ambulanten und stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte.

** Nach den Ergebnissen der KarMed-Kohortenstudie erlangen nur etwa 18 % der Ärztinnen und Ärzte, die eine fachärztliche Anerkennung in der Allgemeinmedizin anstreben, diese innerhalb einer Weiterbildungsdauer von bis zu sechs Jahren. (van den Bussche 2022)

*** Medianalter der im Jahr 2021 geförderten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Phase der vertragsärztlichen Weiterbildung. (KBV 2022)

Tabelle 5: Kurzübersicht Schweiz

Kenngröße	Werte/Information für die Schweiz	Deutschland
Bezeichnung der Arztgruppe	Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin – FAIM (zudem Praktische Ärztin/Praktischer Arzt – PA)	
Besonderheit	Die Fachgebiete Allgemeinmedizin und Innere Medizin wurden in der Allgemeinen Inneren Medizin zusammengeführt. Weiterbildungen sind möglich nach dem Curriculum Hausärztin/Hausarzt bzw. Praxisinternistin/Praxisinternist oder nach dem Curriculum Spitalinternistin/Spitalinternist.	
Arztdichte FAIM & PA	1,17 je 1.000 Einwohner/-innen (2022)*	0,68 je 1.000 EW (2022)
Anteil FAIM & PA an allen Ärztinnen/Ärzten	25,5 %*	21,0 % (2022)**
Vorgesehene Mindestdauer der Weiterbildung Allgemeinmedizin; andere Fachrichtungen	FAIM: 60 Monate, PA: 36 Monate; 60 bis 72 Monate in anderen Fachrichtungen	60 Monate; i. d. R. 60 bis 72 Monate
Ø WB-Zeit; Ø Alter bei Abschluss	k. A.; FAIM: 35 Jahre, PA: 40 Jahre (2021)	18 % innerhalb von 72 Monaten***; 37 Jahre****
Struktur der Weiterbildung FAIM	- 36 Monate Basisausbildung Innere Medizin, darunter 24 Monate Innere Medizin im Spital und 6 Monate ambulant (Lehrpraxis erwünscht) - 24 Monate Aufbauweiterbildung ambulant und stationär sehr frei gestaltbar in 32 möglichen Disziplinen - sogenannte strukturierte Weiterbildung (SB) von mindestens 4 Stunden pro Woche	-
Erfolgreiche Abschlüsse FAIM & PA	7,6 je 100.000 Einwohner/-innen (2021)*	2,2 je 100.000 EW (2022)
Anteil Abschlüsse FAIM & PA an allen	37 % (2021)*	13,3 % (2022)

Quelle: Länderdossier Schweiz (vgl. Abschnitt 9)

Anmerkung: * Vergleichbarkeit der Kennzahl mit Deutschland aufgrund der zusammengeführten Fachgebiete Allgemeinmedizin und Innere Medizin eingeschränkt.
 ** Zur besseren Vergleichbarkeit bezieht sich der Anteilswert auf die in der ambulanten und stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte.
 *** Nach den Ergebnissen der KarMed-Kohortenstudie erlangen nur etwa 18 % der Ärztinnen und Ärzte, die eine fachärztliche Anerkennung in der Allgemeinmedizin anstreben, diese innerhalb einer Weiterbildungsdauer von bis zu sechs Jahren. (van den Bussche 2022)
 **** Medianalter der im Jahr 2021 geförderten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Phase der vertragsärztlichen Weiterbildung (KBV 2022)

Insgesamt lässt sich im Ländervergleich festhalten, dass der Anteil der Allgemeinärztinnen/-ärzte an allen Ärztinnen und Ärzten mit Ausnahme der Niederlande in den untersuchten Ländern deutlich höher ist als in Deutschland. In allen Ländern mit Ausnahme der Schweiz sind die formalen Weiterbildungszeiten kürzer als in Deutschland. Teilweise wurden bzw. werden diese Weiterbildungszeiten jedoch kürzlich oder in absehbarer Zukunft verlängert (Frankreich: von 36 auf 48 Monate; Österreich: von 45 auf 60 Monate). Die faktischen durchschnittlichen Weiterbildungsdauern bis zum Erreichen des Abschlusses sind – insoweit diese in den untersuchten Ländern recherchiert werden konnten – durchweg deutlich kürzer als in Deutschland. Sowohl die Anzahl Weiterbildungsabschlüsse Allgemeinmedizin bezogen auf 100.000 Einwohner/-innen als auch der Anteil allgemeinmedizinischer an allen Weiterbildungsabschlüssen fallen in Deutschland erheblich geringer als in den fünf betrachteten Nachbarländern aus.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass in den fünf Ländern mit Blick auf die zukünftige hausärztliche Versorgung ähnliche Herausforderungen bestehen wie in Deutschland: In allen Nachbarländern wird ein hoher Anteil der berufstätigen Hausärztinnen/-ärzte in den kommenden Jahren altersbedingt aus der Versorgung ausscheiden. Wie in Deutschland gibt es auch in den anderen Ländern einen starken Trend zur Tätigkeit in Teilzeit sowie eine wachsende Präferenz für die angestellte Tätigkeit statt der Tätigkeit in einer eigenen Niederlassung.

1.3 Erfolgsfaktoren und Besonderheiten der Weiterbildung Allgemeinmedizin in den untersuchten Ländern

In der Gesamtschau der untersuchten Länder werden nachfolgend Aspekte benannt und kurz beschrieben, die nach unserer Einschätzung dort Erfolgsfaktoren für die deutlich höheren Zahlen an neu ausgebildeten Hausärztinnen/-ärzten sind und möglicherweise Anregungen für die Weiterentwicklung (der Förderung) der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland darstellen können.

1.3.1 Mögliche Erfolgsfaktoren im Medizinstudium

Stärkung des Themas „hausärztliche Tätigkeit“: Eine intensivere Vermittlung hausärztlicher Themen und Sachverhalte bereits im Medizinstudium ist als ein möglicher Erfolgsfaktor anzusehen. Solche Aktivitäten finden sich vor allem an Universitäten mit stärker hausärztlich orientierten Curricula. Die Universitäten nutzen hierbei die ihnen gegebenen Spielräume der eigenständigen Gestaltung ihrer Studienprogramme und soweit ersichtlich gibt es hier einen starken Einfluss von gut etablierten und ausgestatteten universitären Instituten für Hausarzt-/Allgemeinmedizin.

Kontakt zur hausärztlichen Tätigkeit bereits in der ärztlichen Grundausbildung: In vielen Ländern sind Hausarztpraktika im Medizinstudium obligatorisch vorgesehen – teilweise bereits im Bachelorabschnitt der Medizinausbildung – um den Studierenden einen möglichst frühen Einblick in die praktische hausärztliche Tätigkeit

zu ermöglichen und Interesse für das Fach zu wecken oder bereits bestehendes Interesse weiter zu befördern.

1.3.2 Mögliche Erfolgsfaktoren zur Förderung der Entscheidung für das Weiterbildungsfachgebiet Allgemeinmedizin

Systematische Planung und Quotierung der WB-Kapazitäten: Eine systematische prospektive Ermittlung und Planung der für die Versorgung der Bevölkerung benötigten Kapazitäten in allen ärztlichen Fachgebieten sowie eine darauf aufbauende Quotierung der in jedem Jahr angebotenen Weiterbildungsplätze stellt nach unserer Einschätzung den am stärksten wirksamen Steuerungsansatz dar, um in Verbindung mit weiteren förderlichen Rahmenbedingungen die als erforderlich angesehene Anzahl von Hausärztinnen und Hausärzten gewinnen zu können. So erfolgen die Planung und Bereitstellung der Weiterbildungsstellen bspw. in Belgien und den Niederlanden differenziert nach den einzelnen Fachrichtungen und in Frankreich zudem auch regionsbezogen. Die Grundlagen für die Beplanung der fachrichtungsbezogenen Weiterbildungskapazitäten bilden Systeme der längerfristig ausgerichteten Workforce-Planung und/oder politische Festlegungen zu den Anteilen der bedarfsnotwendigen ärztlichen Kapazitäten in den einzelnen Fachrichtungen.

Kurze Dauer der Weiterbildung: Eine im Vergleich mit den übrigen Fachgebieten kürzere (Regel-)Weiterbildungsdauer in Verbindung mit einem curricular stark strukturierten Weiterbildungskonzept stellt einen weiteren zentralen Erfolgsfaktor der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in anderen Ländern dar. Soweit ersichtlich, gibt es in Belgien, Frankreich und den Niederlanden, in denen sich die (Regel-)Weiterbildungsdauern in der Allgemeinmedizin auf drei Jahre belaufen (in Frankreich ab dem Studienjahr 2023/2024 von drei auf vier Jahre ausgeweitet), nur wenige Weiterbildungsabbrüche durch die ÄiW und nur selten größere Überschreitungen der vorgesehenen Weiterbildungszeit. Die kürzere Dauer der allgemeinmedizinischen Weiterbildung dürfte für jene Absolventinnen und Absolventen besonders attraktiv sein, die beabsichtigen, möglichst früh und/oder mit einer mittelfristigen Perspektive sowohl in die Phase der Familiengründung mit Kindern einzutreten als auch gleichzeitig bereits in einem für sie attraktiven und von ihnen gewünschten Arbeitssetting tätig zu werden. Dies dürfte insbesondere für die (zunehmende Zahl von) Ärztinnen in der Allgemeinmedizin gelten.

Gehaltsniveau in der Weiterbildungszeit: In allen betrachteten Ländern ist – wie in Deutschland auch – eine ggf. vormals bestehende negative Diskriminierung der ÄiW in der Allgemeinmedizin gegenüber den ÄiW der anderen Fachgebiete (insbesondere in der Lehrpraxiszeit) in Bezug auf die Höhe des Gehalts und das Niveau der sozialen Absicherung durch gezielte finanzielle Förderung weitgehend abgestellt. In Frankreich werden ÄiW sehr gering honoriert, es bestehen diesbezüglich aber keine Unterschiede zwischen den Fachrichtungen. Die Finanzierung bzw. finanzielle Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin erfolgt in den meisten der untersuchten Ländern überwiegend oder ausschließlich aus Steuermitteln. In den Niederlanden erfolgt die Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

größtenteils aus Mitteln der Krankenversicherung(en). In Frankreich fällt eine eindeutige Zuordnung schwerer: Wegen der Integration der Weiterbildung in das Medizinstudium spielt der Staat als Finanzier der Universitäten eine große Rolle. Zum anderen werden die Ausgaben für die Studierenden im Weiterbildungsabschnitt der ärztlichen Ausbildung („Internes“) unter den Ausgaben für die Krankenhausversorgung verbucht, die ganz überwiegend durch die Krankenversicherung finanziert wird.

1.3.3 Mögliche Erfolgsfaktoren in der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Anspruchsvolles Aufnahmeverfahren in die Weiterbildung Allgemeinmedizin: In Belgien und den Niederlanden gibt es im Gegensatz zu allen anderen untersuchten Ländern einen strukturierten Aufnahmeprozess der Kandidatinnen/Kandidaten in die Weiterbildung Allgemeinmedizin. Dieser umfasst ein Bewerbungsverfahren inklusive einer wissensbasierten Eignungsprüfung und in den Niederlanden zudem ein Interview. Das persönliche Abschneiden im Bewerbungsprozess entscheidet aufgrund der begrenzten Zahl an Weiterbildungsplätzen über den Zugang zu den begrenzten Weiterbildungsstellen. Dieses Bewerbungs-/Aufnahmeverfahren in die allgemeinmedizinische Weiterbildung dürfte dazu beitragen, die persönliche Eignung der Kandidatinnen/Kandidaten auch mit Blick auf die spätere Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung im Sinne einer Vorfilterung zu prüfen und zudem den Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die die Weiterbildung im Verlauf abbrechen (müssen), gering zu halten. Zudem erhöhen die formalisierten Bewerbungs-/Aufnahmeverfahren für die allgemeinmedizinische Weiterbildung nach Experteneinschätzung auch das Ansehen der Allgemeinmedizin innerhalb der Ärzteschaft.

Strukturiertes curriculares Weiterbildungsprogramm: In Belgien, Frankreich, den Niederlanden und in der Schweiz sind den medizinischen Fakultäten und/oder den Allgemeinmedizinischen Instituten der Universitäten die Aufgaben der Durchführung und Organisation der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vollständig oder in Teilen übertragen. Entsprechend bleiben die Universitäten auch in der Weiterbildungszeit die wichtigsten Partner der ÄiW. In Belgien, Frankreich und den Niederlanden sind begleitend zur ambulanten und stationären Lehrpraxis regelmäßige Weiterbildungszeiten (bis zu durchschnittlich einem „Rückkehrtag“ an die Universität pro Woche) mit theoretischen Veranstaltungen und Seminararbeiten mit Praxisanleitenden obligatorisch vorgesehen. In der Schweiz ist die Präsenz des Themas „Grundversorgung“ durch die Eröffnung neuer Institute für Hausarztmedizin und deren gezielte Förderung erheblich gestärkt worden. Diese Institute haben Programme und Curricula für die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin entwickelt und etabliert (bspw. Berner Curriculum Allgemeine Innere Medizin). Die strukturierte Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Schweiz umfasst obligatorisch mindestens vier Stunden pro Woche. Eine starke Involvierung der universitären Institute für Allgemein-/Hausarztmedizin in die Weiterbildung stellt u. E. einen wichtigen Erfolgsfaktor der Professionalisierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung sowohl bezogen auf die inhaltliche

Ausgestaltung der Weiterbildung und der Vermittlungsformen als auch auf die Unterstützung der ÄiW beim zügigen Durchlaufen der Weiterbildung (Mentoring, Auswahl/Finden geeigneter Lehrpraxen, Planung von Rotationen etc.) dar.

Auswahl und Qualifizierung der Weiterbildenden: In Belgien, Frankreich und den Niederlanden werden die Weiterbildenden von den medizinischen Fakultäten akkreditiert. Die Weiterbildungsbefugten für die Allgemeinmedizin werden in geregelten Verfahren ausgewählt und durchlaufen dann obligatorisch einen regelmäßigen Qualifizierungsprozess. Es ist sichergestellt, dass die Weiterbildenden konstant auch in die strukturierte Weiterbildung „ihrer ÄiW“ eingebunden sind. Die Evaluation der Lehrleistung der Weiterbildenden ist in den Niederlanden fester Bestandteil der Akkreditierung. In Frankreich müssen die „Praticiens Agréé Maître de Stage des Universités (PAMSU)“ unterschiedliche zweitägige Seminare besuchen, deren Inhalte von der Art der Praktika abhängig sind, die die angehenden Ärztinnen und Ärzte bei ihnen absolvieren können. In Österreich und in der Schweiz ist die Teilnahme an Qualifizierungen für die Weiterbildenden in der ambulanten Lehrpraxis (im Gegensatz zu Deutschland) obligatorisch, auch wenn diese weniger umfassend und anfordernd als in Belgien und den Niederlanden gestaltet sind.

Enge Begleitung und Koordination der Weiterbildung und Evaluation des Weiterbildungsfortschritts und der Qualität der Lehre: In Belgien, Frankreich und den Niederlanden werden die Ärztinnen und Ärzte im Verlauf der allgemeinmedizinischen Weiterbildung eng begleitet und koordinierend unterstützt, was nach unserer Einschätzung einen wichtigen Erfolgsfaktor für das zügige Durchlaufen und die Qualität der Weiterbildung darstellt. So werden beispielsweise in Belgien die ÄiW durch eine/einen eigens für diese Aufgabe qualifizierte/-n Weiterbildungs-koordinator/-in (STACO) supervidiert. Die Leistungen der Weiterbildungs-koordinatorinnen und -koordinatoren werden hier durch einen jährlichen Pauschalbetrag vergütet. Die/der selbst hausärztlich tätige STACO überwacht das Portfolio der zugeordneten ÄiW, beurteilt deren Fortschritt und steht den ÄiW auch als Mentorin/Mentor zur Verfügung. Die STACOs organisieren zudem ein fallbezogenes inhaltliches Lernprogramm und führen die Seminare in Kleingruppen von weniger als zehn ÄiW durch. Über die Weiterbildungszeit hinweg werden summative und formative Evaluationen durchgeführt. Die Systematik der mit der Lehre korrespondierenden Prüfungen ist in Evaluationsprogrammen hinterlegt, die die curricularen Aspekte auf Ebene der ÄiW und des Lehrgangs insgesamt überprüfbar machen. In dem sehr ähnlich strukturierten niederländischen System sind die Weiterbildungs-koordinatorinnen und -koordinatoren bei den universitären Instituten für Allgemeinmedizin angestellt. In Frankreich wird jede/-r Interne während der theoretischen Ausbildungsphasen sowie der Ausbildung im Krankenhaus einer hochschuldidaktisch geschulten Mentorin oder einem Mentor („référént pédagogique“) zugeordnet, die/der ihn/sie begleitet und evaluiert. In den ambulanten Praktikumsphasen übernimmt der/die PAMSU diese Rolle.

In Österreich und der Schweiz gibt es hingegen – wie in Deutschland – keine vergleichbaren Regelungen in Bezug auf eine dauerhafte Supervision und Begleitung.

Gezielte Vorbereitung der ÄiW auf ihre spätere Rolle in der Versorgung: Die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Belgien, Frankreich und in den Niederlanden bereitet die ÄiW gezielt auf die Ausübung eines breiten Aufgabenspektrums und ihre zukünftige Rolle als Koordinatorinnen/Koordinatoren und Steuerinnen/Steuerer in der gesamten Versorgung (de facto Gatekeeping-Funktion) vor. Dies dürfte die Attraktivität der hausärztlichen Berufslaufbahn erhöhen. Die Weiterbildungen zeichnen sich hier insbesondere durch viele Fallbesprechungen, intensive Kommunikationstrainings und das Einüben der Berücksichtigung lokaler Netzwerke bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten aus. Die fachliche Qualifizierung bereitet auf die in diesen Ländern vergleichsweise umfassenden Versorgungsaufgaben der Hausärztinnen/-ärzte vor. Zudem werden auch Basiskompetenzen kleinerer Fächer (HNO, Dermatologie etc.) vermittelt. In Belgien wird in der Weiterbildung Allgemeinmedizin ein besonderes Augenmerk auf die Vermittlung von Kompetenzen zur Umsetzung der evidenzbasierten Medizin in der Praxis gelegt.

Klares Statut der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung: Eine nicht für die Weiterbildung Allgemeinmedizin spezifische Besonderheit der belgischen, französischen und niederländischen Weiterbildungssysteme besteht darin, dass die Weiterbildungszeit mit einem klaren Statut als Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung verknüpft ist, an das sich bestimmte, auf die Weiterbildung zielende Rechte binden. Vertraglich geregelt sind bspw. die Freistellung der ÄiW für die Teilnahme an den theoretischen Teilen des Lehrprogramms und der Anspruch der ÄiW auf eine definierte Lehrleistung. Die Regelung auch der auf die Lehre gerichteten Ansprüche der ÄiW ist ein Erfolgsfaktor für das strukturierte Durchlaufen der Weiterbildung und für die Qualität der Lehre. In Frankreich wird ein Ausbildungsvertrag (beinhaltet u. a. Regelung der pädagogischen Ziele und der Ausbildungsstationen) zwischen den Weiterzubildenden, der Fakultät und der regionalen Koordinierungskommission des Fachgebiets geschlossen. In diesen drei Ländern besteht insofern kein direktes Abhängigkeitsverhältnis zwischen den ÄiW und den Weiterbildenden. Im Gegensatz dazu haben die ÄiW in Österreich und der Schweiz – wie in Deutschland – den Status „normaler Arbeitnehmer“, häufig ohne dass ihre auf die Weiterbildung bezogenen Rechte geregelt sind.

1.3.4 Mögliche Erfolgsfaktoren aus den Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit

Breites Spektrum der Versorgungsaufgaben: Die den Hausärztinnen/-ärzten formal zugewiesenen Versorgungsaufgaben unterscheiden sich zwischen den untersuchten Ländern nur partiell und ähneln den hiesigen Aufgaben. In Belgien und den Niederlanden sind die Hausärztinnen/-ärzte jedoch verpflichtet, ein vergleichsweise breites Tätigkeitsspektrum anzubieten (Basisanbood). Zudem ist das Aufgabenspektrum hier weiter als in den anderen Ländern gefasst (bspw. sind sie auch für die Basisversorgung von Säuglingen inkl. Impfungen, die Betreuung einfacher Schwangerschaften, die Antikonzeption zuständig).

Starke Rolle der Hausärzte bei Planung und Steuerung der Versorgung: Die hausärztliche Steuerungs-/Koordinationsfunktion ist in den Niederlanden durch ein Gatekeeping-Modell am stärksten ausgeprägt. Auch in den übrigen Ländern (mit Ausnahme Österreichs) wird die Steuerungs-/Koordinationsfunktion der Hausärztinnen/-ärzte durch Prämienvergünstigungen, Einschreibebote und/oder Zuzahlungen bei einer Leistungsanspruchnahme ohne vorherige hausärztliche Konsultation gestärkt. Diese Maßnahmen signalisieren der Bevölkerung, dass es medizinisch sinnvoll ist, bei nahezu allen Behandlungsanlässen zunächst ihre Hausärztin/ihren Hausarzt zu konsultieren und dass die für die Entscheidung einer Weiterbehandlung durch Spezialistinnen und Spezialisten erforderliche Kompetenz in der primären (hausärztlichen) Versorgungsebene angesiedelt ist. Diese politisch zugewiesene starke hausärztliche Rolle im Versorgungssystem dürfte sich positiv auf das Ansehen der Hausärztinnen/-ärzte innerhalb der Ärzteschaft auswirken. Es gibt Hinweise darauf, dass die Attraktivität der hausärztlichen Berufslaufbahn in jenen Ländern höher ist, in denen die Hausärztinnen/-ärzte als erste Anlaufstelle und Koordinatorinnen/Koordinatoren in der Versorgung wirken (können) und dies durch entsprechende Regularien und/oder Anreize unterstützt wird.

Kooperative und arbeitsteilige Formen der Berufsausübung: In den untersuchten Ländern gibt es soweit ersichtlich unter den jüngeren Ärztinnen und Ärzten und insbesondere unter dem an der Allgemeinmedizin interessierten Nachwuchs den ausgeprägten Wunsch, im beruflichen Alltag mit anderen Berufsgruppen intensiv und in einem kooperativen und arbeitsteiligen Setting zusammenzuarbeiten. Die hausärztliche Praxis bietet hierfür aufgrund des breiten Spektrums an Versorgungs- und Koordinationsaufgaben grundsätzlich sehr gute Voraussetzungen. Die Mitwirkung anderer Berufsgruppen, die die Hausärztinnen/-ärzte entlasten und diesen eine Fokussierung auf die anspruchsvolleren ärztlichen Tätigkeiten ermöglichen, ist in den Niederlanden am weitesten fortgeschritten. Hier ist die Mitwirkung von Praktikondersteuenern (POHs), Praxisassistentinnen/Praxisassistenten, Physician Assistants und Praxismanagerinnen und -managern sehr stark verbreitet. In den anderen Ländern schreiten derartige Entwicklungen aufgrund nicht vorhandener Regelungen, eines zu geringen Arbeitskräfte- und/oder Qualifizierungsangebots und/oder aufgrund nicht bzw. wenig attraktiv geregelter Vergütungen nur langsam voran. In einzelnen Ländern (bspw. Frankreich, Österreich) werden die Entwicklungen von Zentrumsstrukturen mit dem Fokus auf die Grund-/Primärversorgung gesetzlich abgesichert auch finanziell gezielt gefördert. Zielstellung ist es dabei nicht zuletzt, für Hausärztinnen/-ärzte Arbeitsstrukturen zu schaffen, in denen u. a. flexiblere, kooperative und arbeitsteilige Formen der Berufsausübung möglich werden, die häufig erst in größeren Versorgungseinrichtungen und/oder -verbänden wirtschaftlich tragfähig sind.

Spätere Gehaltserwartungen: Die durchschnittlichen Gehälter der Hausärztinnen/-ärzte finden sich in keinem der untersuchten Länder in der Spitzengruppe der ärztlichen Fachrichtungen. In Belgien führt das im Vergleich zu Spezialistinnen und Spezialisten geringere hausärztliche Gehalt offenbar nicht zu einer unzureichen-

den Nachfrage nach den verfügbaren Weiterbildungsplätzen in der Allgemeinmedizin. In Österreich werden die größeren Gehaltsunterschiede zwischen den Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen und Fachärztinnen/-ärzten bereits von den Medizinstudierenden und den jungen Ärztinnen/Ärzten wahrgenommen, was sich negativ auf die Attraktivität der hausärztlichen Laufbahn auszuwirken scheint. In der Schweiz hat das Interesse der jungen Ärztinnen und Ärzte für die Weiterbildung Allgemeine Innere Medizin trotz des bestehenden, nicht unerheblichen Gehaltsunterschieds zu anderen Fachrichtungen in den letzten Jahren wieder zugenommen. In der Gesamtschau ergibt sich der Eindruck, dass das später in der hausärztlichen Praxis erwartbare Gehalt nicht das allein ausschlaggebende Kriterium einer Entscheidung für oder gegen die hausärztliche Berufslaufbahn darstellt.

1.3.5 Mögliche Erfolgsfaktoren im Überblick

Die Tabelle 6 bietet einen Überblick über die Bewertung der einzelnen Aspekte/der möglichen Erfolgsfaktoren, die zu einem hohen Anteil abgeschlossener Weiterbildungen Allgemeinmedizin an allen abgeschlossenen Weiterbildungen beitragen können.

Tabelle 6: Bewertung möglicher Erfolgsfaktoren für einen hohen Anteil von Facharztabschlüssen Allgemeinmedizin an allen Abschlüssen

Nr	Möglicher Erfolgsfaktor für einen hohen Anteil an Facharztabschlüssen AM an allen WB-Abschlüssen	Bewertung	Hinweis
Mögliche Erfolgsfaktoren im Medizinstudium (vgl. Abschnitt 1.3.1)			
1	Intensivierte Vermittlung hausärztlicher Themen und Sachverhalte und obligatorische Aufenthalte in der hausärztlichen Praxis im Medizinstudium, um Interesse zu wecken oder dieses zu stärken	↑	<i>ggf. von den in der Praxis zu erlebenden Arbeitsbedingungen abhängig</i>
Mögliche Erfolgsfaktoren zur Förderung der Entscheidung für das Weiterbildungsfachgebiet AM (vgl. Abschnitt 1.3.2)			
2	Qualifizierte Abschätzung der bedarfsnotwendigen ärztlichen Kapazitäten nach Fachgebieten und Überführung der Ergebnisse in eine langfristig ausgerichtete Weiterbildungsplatzplanung und WB-Steuerung des Nachwuchses	↑↑	<i>Eine Quotierung der Weiterbildungsplätze – wie z. B. in Frankreich stringent umgesetzt – ist der stärkste Hebel zur Beeinflussung der Verteilung von ÄiW auf die Fachgruppen.</i>
3	Im Vergleich zu übrigen Fachgebieten kurze Weiterbildungsdauer	↑	in Verbindung mit Nr. 8, 9, 10
4	Kurze Wartezeiten auf einen Weiterbildungsplatz/gute Verfügbarkeit von Plätzen	o	
5	Möglichkeiten zum Wechsel zwischen den Weiterbildungsfachrichtungen (Durchlässigkeit)	→	
6	Gehalt während der Weiterbildung AM vergleichbar mit den übrigen Gebieten	↗	
Mögliche Erfolgsfaktoren in der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (vgl. Abschnitt 1.3.3)			
7	Anspruchsvolles Aufnahmeverfahren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin	↗	
8	Strukturiertes curriculares Weiterbildungsprogramm	↑↑	in Verbindung mit Nr. 9, 10, 11*
9	Gezielte Auswahl und intensive Qualifizierung der Weiterbildenden	↑↑	
10	Enge Begleitung und Koordination der Weiterbildung und Evaluation des Weiterbildungsfortschritts und der Qualität der Lehre	↑↑	
11	Klares Statut der ÄiW	↗	in Verbindung mit Nr. 8, 10
12	Gezielte Vorbereitung auf die spätere Rolle in der Versorgung	↑↑	
Mögliche Erfolgsfaktoren aus den Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit (vgl. Abschnitt 1.3.4)			
13	Breites Spektrum der Versorgungsaufgaben	↗	in Verbindung mit Nr. 8, 12, 14, 15
14	Starke Rolle der Hausärzte bei Planung und Steuerung der Patientenversorgung	↑	
15	Kooperative und arbeitsteilige Formen der Berufsausübung	↑	
16	Spätere Gehaltserwartungen	↑	<i>ggf. könnte eine Besserstellung der AM im Fachgebietsvergleich einen sehr starken Impuls setzen</i>

Legende „Bewertung“: o = neutraler Erfolgsfaktor für die Weiterbildung Allgemeinmedizin (WB AM); ↗ = mittelstarker Erfolgsfaktor für die WB AM; ↑ = starker Erfolgsfaktor für die WB AM; ↑↑ = sehr starker Erfolgsfaktor für die WB AM

Anmerkung: * zudem starke Förderung der universitären Institute für AM

1.4 Empfehlungen

Mit Einführung der finanziellen Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung (§ 75a SGB V) wurden wesentliche Voraussetzungen geschaffen, um zuvor bestehende Hürden bei der Entscheidung für die Allgemeinmedizin abzubauen. Die Zahl der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin ist in den zurückliegenden zehn Jahren zwar deutlich gestiegen, der Zuwachs reicht jedoch nicht aus, um angesichts der hohen Zahl altersbedingt ausscheidender Hausärztinnen/-ärzten sowie des wachsenden Versorgungsbedarfs der Bevölkerung die – in Deutschland ohnehin vergleichsweise geringe – Hausarzt-dichte aufrechtzuerhalten. Trotz der wachsenden Inanspruchnahme des Stellenförderprogramms gemäß § 75a SGB V gelingt es unter den bestehenden Rahmenbedingungen nicht, die eigentlich erforderliche Zahl von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums für diesen Berufsweg zu gewinnen, sodass die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den kommenden Jahren zunehmend gefährdet sein wird.

Die Untersuchung der Systeme der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie von Ausschnitten des hausärztlichen Berufsfelds in Belgien/Flandern, Frankreich, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz hat zahlreiche Unterschiede zu Deutschland herausgearbeitet, die aus unserer Sicht einer eingehenden Prüfung unterzogen werden sollten, weil vieles dafürspricht, dass sie in dem jeweiligen Land einen positiven Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung leisten.

Die Gestaltung der Aus- und Weiterbildungssysteme übt zwar einen wichtigen Einfluss aus, die Attraktivität des Hausarztberufs wird aber sicher am stärksten durch die konkreten Bedingungen der Berufstätigkeit sowie die Rolle der Hausärztinnen/-ärzte innerhalb des jeweiligen Versorgungssystems und, damit eng verbunden, das Prestige dieser Fachrichtung beeinflusst. In den beiden Gesundheitssystemen mit einer hohen Schwelle zwischen der primären hausärztlichen und der sekundären spezialfachärztlichen Versorgungsebene – Belgien/Flandern und Niederlande – ist eine Karriere als Hausärztin/Hausarzt allein aufgrund der „Systemfunktion“ dieser Berufsgruppe attraktiv. In den drei anderen Ländern werden mehr oder weniger starke Anstrengungen zur Stärkung bzw. zum Ausbau der Systemfunktion der Hausärztinnen/Hausärzte unternommen: In Frankreich und Österreich gibt es staatlich-gesetzlich getriebene und auch finanziell unterlegte Entwicklungen in Richtung von Primärversorgungszentren, in denen die Hausärztinnen/-ärzte einerseits die zentral steuernde Funktion einnehmen, andererseits ihre Tätigkeit jedoch stark auf „arztspflichtige“ medizinische Aufgaben konzentrieren. In den Niederlanden sind entsprechende Strukturen bereits stark ausgebaut.

Empfehlung 1: Formulierung einer Zukunftsstrategie für die primäre, hausärztliche Versorgungsebene

In Deutschland mangelt es an einer politisch konsentierten und durch konkrete Maßnahmen unterlegten Zukunftsstrategie, welche Aufgaben und welche Rolle die primäre, hausärztliche Versorgungsebene im Gesundheitssystem der 2030er Jahre (und darüber hinaus) einnehmen soll. Stattdessen

wird eher das Bild eines von zunehmender Auszehrung, Überlastung und Überforderung gekennzeichneten Berufsfelds vermittelt, für das mit allen möglichen Rettungsmitteln des Staates und der Selbstverwaltung nur noch mit Mühe Aspirantinnen und Aspiranten gefunden werden.

Deutschland benötigt dringend eine explizite Primärversorgungsstrategie, in deren Rahmen u. a. zu konkretisieren ist, (a) in welche Systemfunktionen die hausärztliche Versorgungsebene in den nächsten Jahren entwickelt werden soll, (b) welche konkreten beruflichen Aufgaben Hausärztinnen/Hausärzte damit haben werden (und welche Aufgaben andere Berufsgruppen oder Systemakteurinnen/-akteure erledigen) und (c) welche Rahmenbedingungen (z. B. im Bereich der Vergütungssystematik) dafür geschaffen werden sollen. Die Notwendigkeit eines Entwicklungsplans für die Primärversorgung resultiert vor allem aus den künftigen Herausforderungen der Sicherstellung sowie den u. a. mit der laufenden Krankenhausreform angestoßenen Strukturveränderungen (Stichwort „Ambulantisierung“).

Eine solche politisch konsentrierte Strategie würde Studierenden der Medizin eine klare und attraktive Perspektive vermitteln, dass die Allgemeinmedizin künftig nicht mehr als eine „Rückfallposition“ bereitstünde, sondern zu einem klar konturierten und spezifische Kompetenzen erfordernden ärztlichen Arbeitsfeld mit hoher Systemrelevanz entwickelt wird.

Insbesondere Belgien/Flandern, die Niederlande und Frankreich verfügen über implizite (d. h. seit langem etablierte und tradierte) oder als politische Programmatik formulierte Vorstellungen, welche Rolle und welche Aufgaben die hausärztliche Versorgungsebene (heute oder künftig) erfüllen soll. Auf dieser Grundlage entwickeln und legitimieren diese Länder ihre – im Vergleich zu Deutschland sehr strukturierten und in vielen Aspekten sehr direktiven – Planungen und Gestaltungen in Bezug auf den Zugang zu den ärztlichen Fachrichtungen bzw. Ablauf und Inhalte der Weiterbildung. Die Formulierung einer Zukunftsstrategie im Sinne der ersten Empfehlung böte gleichermaßen die legitimatorische Voraussetzung und den fachlichen Rahmen für die im Folgenden empfohlenen Weiterentwicklungen im Bereich der Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Es ist ein besonders auffälliger Befund der vorliegenden Untersuchung, dass die allgemeinärztliche Weiterbildungsdauer gerade in jenen Ländern deutlich kürzer als in Deutschland ist, in denen die Hausärztinnen/Hausärzte eine besonders ausgeprägte Systemfunktion wahrnehmen und ein medizinisch-fachlich sehr breites Aufgabenspektrum abdecken (Belgien/Flandern, Niederlande, teilweise Frankreich). Das auf den ersten Blick paradoxe Ergebnis erklärt sich bei näherer Betrachtung aus der Organisation der Weiterbildung in diesen Ländern, die durch eine starke curriculare Strukturierung, die Anbindung der ÄiW an die medizinischen Fakultäten sowie die Fortbildung, Akkreditierung und Evaluation der Weiterbildenden gekennzeichnet ist. Auf diese Weise sind offenbar nicht nur kürzere vorgesehene Mindestweiterbildungsdauern möglich, es gelingt innerhalb dieser

Strukturen auch faktisch besser, die ÄiW Allgemeinmedizin in der regulären Zeit zur Facharztanerkennung und damit in einem jüngeren Alter in die Versorgung zu bringen.

Empfehlung 2: Stärkere curriculare Strukturierung der Weiterbildung unter Nutzung der Erfahrungen aus den Nachbarländern

Unabhängig von der Frage, welche Soll-Weiterbildungsdauer in der Allgemeinmedizin angemessen ist, wäre eine deutlich stärkere, an den Vorbildern in den Nachbarländern orientierte Strukturierung der Weiterbildung zu empfehlen, die u. a. eine systematischere Kombination theoretischer (z. B. Evidenzbasierung) und praktischer Anteile umfasst. Die Weiterbildung sollte entlang des Curriculums dokumentiert werden und die ÄiW sollten ein strukturiertes Feedback in Bezug auf den erreichten Kompetenzzuwachs erhalten.

Anknüpfungspunkte liegen mit den Angeboten der Kompetenzzentren Weiterbildung in Deutschland bereits vor. Die Nutzung dieser Angebote sollte verbindlicher sowie als Anspruch der ÄiW ausgestaltet werden.

Eine stärker curricular strukturierte und besser begleitete Weiterbildung ermöglicht den ÄiW eine bessere Planung ihrer beruflichen Laufbahn einschließlich der Abstimmung mit dem Privat-/Familienleben, sodass kürzere faktische Weiterbildungszeiten und ggf. weniger Abbrüche zu erwarten sind.

In einem weiteren Schritt wäre zu prüfen, inwieweit auf der Grundlage einer curricularen Struktur die Umstellung von einer festen Zeitdauer auf den nachgewiesenen Erwerb definierter Kompetenzen in Kombination mit einem Zeitintervall möglich wäre. Dies würde es den ÄiW Allgemeinmedizin ermöglichen, die Facharztanerkennung ggf. auch in kürzerer Zeit zu erreichen und damit schneller in die Versorgung zu gelangen.

Empfehlung 3: Die Weiterbildenden sollten spezifisch fortgebildet und begleitet und für die Wahrnehmung der Rolle als Weiterbildende angemessen kompensiert werden.

Konstitutiver Bestandteil einer stärkeren curricularen Strukturierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin sollte eine obligatorische Vorbereitung i. S. einer fachdidaktischen Fortbildung sowie eine kontinuierliche Begleitung der Weiterbildenden sein. Auch in Bezug auf diese Aufgabe kann auf den bereits bestehenden Angeboten der Kompetenzzentren Weiterbildung aufgesetzt werden.

Die untersuchten Länder mit stark strukturierter Weiterbildung (Belgien/Flandern, Frankreich, Niederlande) sehen auch eine obligatorische Fortbildung und Begleitung der Weiterbildenden vor. Insbesondere in den Niederlanden, aber auch in Frankreich herrscht ein Mangel bzw. gibt es zunehmende Schwierigkeiten, eine ausreichende Zahl von Weiterbildenden

zu gewinnen. In Belgien genießen weiterbildungsbefugte Hausärztinnen und Hausärzte innerärztlich ein besonderes Prestige, was u. U. dazu beiträgt, dass diesbezüglich eine bessere Situation besteht.

Die Beispiele dieser Länder zeigen u. E., dass der Gewinnung von Weiterbildenden unter veränderten Rahmenbedingungen (curriculare Strukturierung, obligatorische Fortbildung) besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Dies gilt umso mehr, als allein durch das altersbedingte Ausscheiden vieler erfahrener Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner möglicherweise auch die Basis für die Gewinnung von Weiterbildenden in Deutschland künftig schmaler wird. Im Zusammenhang mit einer Umsetzung von Empfehlung 2 sollte daher geprüft werden, durch welche Veränderungen der Rahmenbedingungen bzw. Kompensationen die Tätigkeit als Weiterbildende attraktiver gestaltet werden kann.

Das zweifellos wirksamste Mittel, um eine als für die Versorgung erforderlich angesehene Zahl von Hausärztinnen/Hausärzten auszubilden bzw. die Verteilung des medizinischen Nachwuchses auf Fachgebiete zu steuern, ist die Quotierung der Weiterbildungsplätze. Ein solches Vorgehen ist der deutschen „Weiterbildungskultur“ nicht nur fremd, es fehlten auch zahlreiche formale und rechtliche Voraussetzungen. Selbst wenn man auf eine „etatistische“ Weiterbildungssteuerung durch Quotierung wie bspw. in Frankreich verzichtet, wäre es jedoch zu empfehlen, die planerischen Instrumente, die in diesen Ländern Grundlage der Quotierung sind, auch in Deutschland zu schaffen. Bisher ist der einzige Maßstab für die Beurteilung der Frage, ob genügend Hausärztinnen und Hausärzte ausgebildet werden, die Möglichkeit der (Nach-)Besetzung der qua Bedarfsplanung vorgesehenen Vertragsarztsitze.

Empfehlung 4: Ausgehend von Zukunftsstrategien für die Versorgungsebenen sollten die erforderlichen gebietsärztlichen Weiterbildungskapazitäten regelmäßig planerisch ermittelt und publiziert werden.

Die als Empfehlung 1 vorgeschlagene Formulierung einer mittelfristigen Strategie für die Primärversorgung sollte um entsprechende Strategien auch für die spezialärztlichen Disziplinen ergänzt werden. Auf dieser Grundlage sollten Planungsinstrumente entwickelt werden, die unter Berücksichtigung des zeitlichen Vorlaufs eine Abschätzung des aufgrund der Strategien erwarteten Bedarfs an Nachwuchs in den einzelnen Fachgebieten ermöglichen. Bei der Entwicklung der Instrumente und Verfahren kann auf den Erfahrungen der Nachbarländer aufgebaut werden.

Auch wenn die resultierenden Planungszahlen nicht im Sinne einer Quotierung umgesetzt werden, geben sie den jeweils zuständigen Akteurinnen und Akteuren sowie den Studierenden Orientierung für ihre Entscheidungen.

Die Veröffentlichungen der KBV zeigen, dass ein stetig wachsender Anteil der Eintritte in den hausärztlichen Versorgungsbereich auf Internistinnen und Internisten

(ohne Schwerpunkt) entfällt. Mit Blick auf die Sicherstellung wäre es sinnvoll, mehr Erkenntnisse über die Medizinabsolventinnen/-absolventen zu gewinnen, die zunächst die internistische Weiterbildung wählen, aber dann als Hausärztinnen/Hausärzte tätig werden. Ggf. besteht hier ein Potenzial, einen gewissen Anteil der jungen Ärztinnen und Ärzte aus dieser Gruppe für die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu gewinnen. Unseres Wissens gibt es kaum Erkenntnisse über die Motivlagen und Berufsziele dieser Arztgruppe.

Ähnliches gilt auch für die in die hausärztliche Versorgung „Quereinsteigenden“, die zuvor andere Weiterbildungen absolviert und häufig zunächst klassische stationäre Karrierewege angestrebt haben dürften.⁵ Auch hier stellt sich die Frage, welche Ansatzpunkte es ggf. gäbe, die betreffenden Ärztinnen und Ärzte frühzeitiger – optimalerweise bereits im Medizinstudium oder in den ersten Jahren nach der Approbation – für den allgemeinmedizinischen Berufsweg zu gewinnen.

Empfehlung 5: Die Wissenslücken über berufliche Motive sowie Karriereentscheidungen und -verläufe der in die hausärztliche Versorgung „Quereinsteigenden“ – insbesondere der großen Gruppe der Internistinnen/Internisten ohne Schwerpunkt – sollten durch Forschung geschlossen werden.

⁵ Vgl. hierzu: <https://link.springer.com/article/10.53180/zfa.2022.0288-0293> (Abruf am 15.09.2023)

2. Ausgangspunkt und Vorgehen der Untersuchung

2.1 Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland

Ende der 1990er Jahre wurde erkannt, dass es perspektivisch zu Sicherstellungsproblemen in der medizinischen Grundversorgung kommen würde, sofern sich weiterhin immer mehr Ärztinnen und Ärzte gegen eine allgemeinmedizinische Weiterbildung und für eine Weiterbildung in den spezialisierten Fächern entscheiden würden. Entsprechend wurden in den letzten 25 Jahren vielfältige Maßnahmen ergriffen, um das Interesse der jungen Ärztinnen und Ärzte für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und eine spätere hausärztliche Berufslaufbahn zu erhöhen und die Voraussetzungen für ein zügiges Durchlaufen der Weiterbildung zu verbessern.

Auf dem 99. Deutschen Ärztetag (Jahr 1996) wurde die Diskussion um eine Neugliederung der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin zur Lösung der Hausarzt-/Facharzt-Problematik geführt und der Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, für den 100. Deutschen Ärztetag einen im Hinblick auf eine hausärztliche Tätigkeit neu formulierten Weiterbildungsgang für das Gebiet Allgemeinmedizin vorzulegen. (BÄK 1996) Der 100. Deutsche Ärztetag beschloss im Jahr 1997 den Text einer Neufassung des Gebietes Allgemeinmedizin der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die insbesondere die Verlängerung der Dauer der allgemeinmedizinischen Weiterbildung von drei auf fünf Jahre vorsah, und empfahl ihn den Landesärztekammern zur Umsetzung in deren Weiterbildungsrecht, sofern Krankenkassen und Politik die für die Umsetzung des neuen Weiterbildungsganges erforderlichen Voraussetzungen schaffen würden. Als Voraussetzungen wurden „... die Bereitstellung ausreichender und zusätzlicher Stellen, auf denen Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin stattfinden kann und deren angemessene Finanzierung“ (BÄK 1997, S. 28) genannt. Der Deutsche Ärztetag behielt es sich vor, den alten Weiterbildungsgang erst dann durch den neuen Weiterbildungsgang zu ersetzen, wenn diese Bedingungen erfüllt wären (sogenannter Konditionalabschluss).

Die Gesundheitsministerkonferenz legte im Jahr 1998 das „Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung“ vor, das u. a. eine Anschubfinanzierung (Gehaltsförderung) für eine bestimmte Zahl an Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin durch die KVen und die Krankenkassen vorsah (siehe unten). Der 101. Ärztetag (Jahr 1998) sah die Regelung eines zunächst auf zwei Jahre angelegten Sofortprogramms gefolgt von Anschlussregelungen als erfolversprechend für die Realisierung des beschlossenen fünfjährigen Weiterbildungsganges in Allgemeinmedizin an und verabschiedete diese endgültig. (BÄK 1998) Dieser wurde in der Folge zeitnah in die Weiterbildungsordnungen der Länder übernommen.

Gemäß Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes mit Wirksamkeit zum 01.01.1999 war als zentrales Element der Weiterbildungsförderung in der Allgemeinmedizin für das Jahr 1999 eine Anschubfinanzierung für bis zu 3.000 und im Jahr 2000 für bis zu 6.000 Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin vorgesehen. Initial belief sich der Weiterbildungsstellenzuschuss im vertragsärztlichen Bereich auf bis zu 4.000 DM monatlich, für den die Mittel paritätisch durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) aufgebracht wurden. Allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen im stationären Bereich (zugelassenen Krankenhäuser und Versorgungs- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V) wurden mit 2.000 DM monatlich allein durch die Krankenkassen gefördert. Die Zuschüsse der Krankenkassen wurden außerhalb der Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung und außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

Diese grundsätzliche Systematik der finanziellen Stellenförderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin blieb in den Folgejahren unverändert. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung bekam sie im Jahr 2008 eine neue gesetzliche Grundlage, die zum Abschluss einer neuen Fördervereinbarung führte. Vereinbart wurden eine höhere finanzielle Förderung und zudem infrastrukturelle Maßnahmen wie die Einrichtung von Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin in den Ländern. Im Juli 2015 wurde die Förderung der Weiterbildung als § 75a in das SGB V (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) aufgenommen und um zusätzliche Aspekte erweitert. Im Juli 2016 trat die entsprechende Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V⁶ in Kraft, die jährlich aktualisiert wird.

Die finanzielle Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin beläuft sich im ambulanten Bereich mittlerweile (Jahr 2023) auf einen monatlichen Betrag von 5.400 Euro (bei einer Vollzeitstelle). Die Finanzierung erfolgt paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits sowie die gesetzlichen und privaten Krankenkassen andererseits. Er orientiert sich damit an der im Krankenhaus während der Weiterbildungsphase üblichen Vergütung. Wenn sich die weiterbildende Praxis in einem unterversorgten Gebiet oder einem von Unterversorgung bedrohten Gebiet befindet, sind in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zusätzliche Gehaltszuschüsse von 500 bzw. 250 Euro monatlich möglich. Die Förderbeträge werden als Zuschuss zum Bruttogehalt der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) an die weiterbildende Praxisinhaberin/den weiterbildenden Praxisinhaber ausgezahlt und sind von diesen an die ÄiW auszuzahlen. Der allein von den Krankenkassen und der PKV gestellte Förderbetrag für den stationären Bereich beträgt monatlich 1.530 Euro je Weiterbildungsstelle im Gebiet der Inneren Medizin mit ihren Spezialisierungen und im Gebiet der Allgemeinmedizin. Er wird auf 2.640 Euro monat-

⁶ Vertragspartner der Vereinbarung sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Vereinbarung ist im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit der Bundesärztekammer zu treffen.

lich erhöht, wenn die ÄiW den stationären Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung entsprechend der jeweiligen Weiterbildungsordnung ableisten. Die Anzahl der von den Kostenträgern zu fördernden allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich beträgt insgesamt mindestens 7.500 Stellen pro Jahr (im Vollzeitäquivalent). Eine Begrenzung der Stellen durch die KVen ist nicht zulässig.

Das Fördervolumen für die Gehaltszuschüsse an weiterbildende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2021 belief es sich auf 298 Mio. Euro für die Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin im vertragsärztlichen Bereich. Mit diesen Mitteln wurde die allgemeinmedizinische Weiterbildung von 8.892 Personen, entsprechend 5.005 Vollzeitäquivalenten (VZÄ), gefördert. Die Zahl der geförderten ÄiW in der Allgemeinmedizin ist in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen, seit dem Jahr 2016 um insgesamt 52 % (VZÄ: +49 %). Mit dem Stand Juli 2022 hat die KBV einen weiteren Anstieg auf 349 Mio. Euro bis zum Jahr 2023 prognostiziert. In der Prognose wird von einer weiterhin starken Zunahme der Vollzeitäquivalente an Ärztinnen und Ärzten in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung mit einer Stellenförderung im vertragsärztlichen Bereich ausgegangen. Für die Stellenförderung im stationären Bereich wurden von den Krankenkassen im Jahr 2021 24 Mio. Euro aufgebracht (keine Differenzierung nach Fachgruppen). (KBV 2022) Die Stellenförderung wurde zwischenzeitlich auf weitere Fachgruppen ausgeweitet.

Zusätzlich werden seit dem Jahr 2017 die Kompetenzzentren Weiterbildung (KW) mit bis zu fünf Prozent der Mittel der Stellenförderung gefördert. Ihre Aufgabe besteht darin, Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu steigern. Die in fast allen Bundesländern bzw. KV-Bezirken vorhandenen KW unterbreiten den ÄiW Angebote für Fortbildungsveranstaltungen (Begleitseminare) und für ein Mentoring. Für die Weiterbildenden werden Train-the-Trainer-Seminare angeboten. Die KW müssen bei der Etablierung strukturierter, kontinuierlicher und verlässlicher Rotationen mitwirken und ihre eigenen Angebote evaluieren und qualitätssichern. Die Nutzung der KW-Angebote ist für die ÄiW und Weiterbildenden nicht verpflichtend. Die KW sind an den Instituten für Allgemeinmedizin beheimatet, die zwischenzeitlich an den medizinischen Fakultäten gegründet wurden. Im Jahr 2021 wurden von den 14 KW Fördermittel in Höhe von 3,6 Mio. Euro verausgabt. (KBV 2022) Das mögliche Fördervolumen ist demnach noch nicht ausgeschöpft.

Zudem wurden in allen KV- bzw. Kammerbezirken in unterschiedlichen Akteurskonstellationen Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin (KoStA) eingerichtet, die insbesondere als Informationsplattform und Vermittlungsstelle für die ÄiW und die zur Weiterbildung befugten Vertragsärzte und Krankenhäuser bzw. Weiterbildungsstätten fungieren. Die KoStA initiieren neue und unterstützen bestehende Weiterbildungsverbände. Diese Weiterbildungsverbände sollen die Organisation des individuellen Ablaufs der Weiterbildung für die ÄiW im Sinne eines Gesamt-

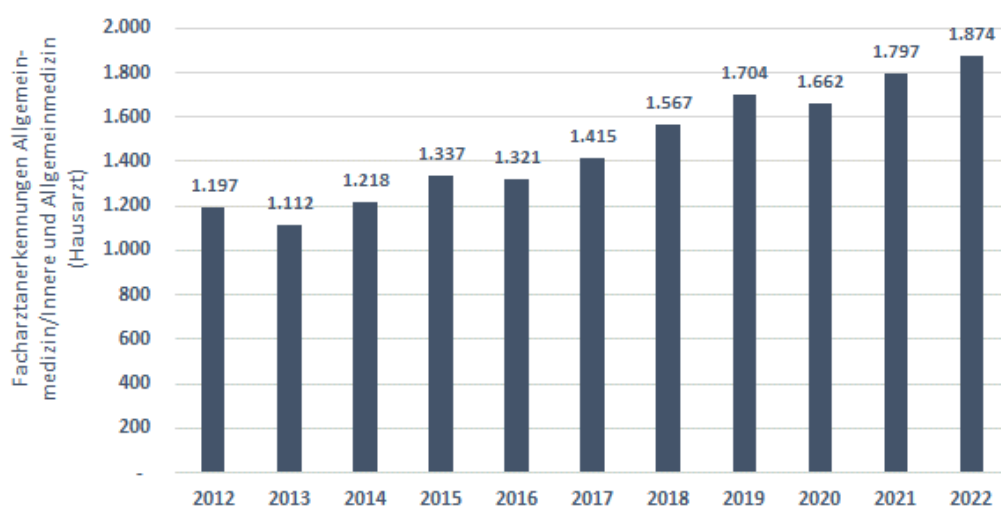
weiterbildungsplans unterstützen. Auch Beratungen für wieder in die Weiterbildung einsteigende oder in die Weiterbildung Allgemeinmedizin umsteigende Ärztinnen und Ärzte und die Organisation des individuellen Ablaufs der Weiterbildung im Einzelfall gehören zum Aufgabenspektrum der KoStA.

2.2 Entwicklung der Facharztanerkennungen und der vertragsärztlichen Kapazitäten in Deutschland

Insgesamt engagieren sich die Krankenkassen in einem substanziellen und zunehmenden Maß also auch direkt finanziell, um die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wählen, diese erfolgreich abschließen und dann in der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden, spürbar zu erhöhen. (Gottberg 2022)

Die Zahl der Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin⁷ hat sich in Deutschland im letzten Jahrzehnt positiv entwickelt. Zwischen 2012 und 2022 zeigt sich ein Anstieg von etwa 1.197 Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) auf 1.874 Anerkennungen (+57 %) pro Jahr (vgl. Abbildung 4). Dies entspricht – bezogen auf den Bevölkerungsstand des Jahres 2022 (84,359 Mio.) – ca. 2,2 neuen Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin je 100.000 Einwohner/-innen. Im Jahr 2010 war ein Tiefstand von 1.085 Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin markiert worden.

Abbildung 4: Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt); Jahre 2012 bis 2022

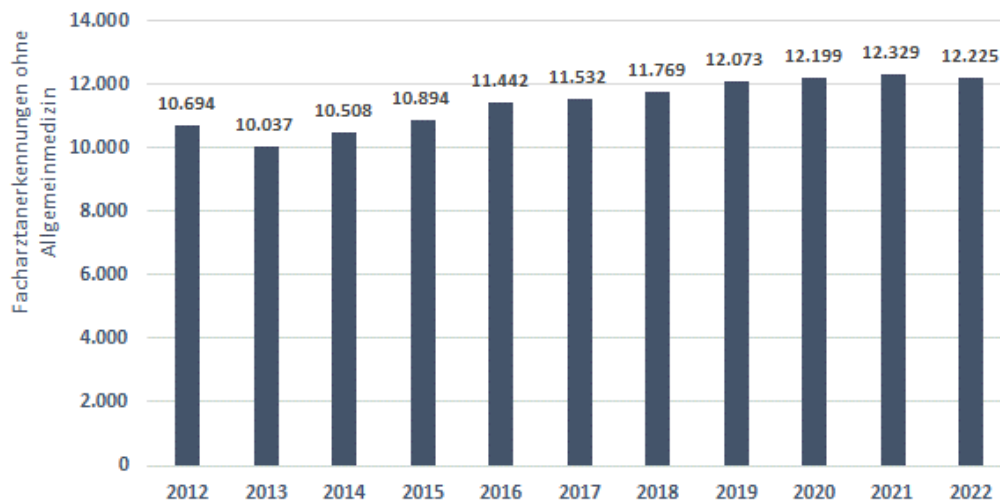


Quelle: Ärztstatistiken der Bundesärztekammer (BÄK 2013 bis 2023)

⁷ Fachärztinnen/Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/Fachärzte Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)

Im Zeitraum zwischen 2012 und 2022 ist auch die Anzahl der Facharztanerkennungen in den übrigen Fachgebieten von jährlich 10.694 auf etwa 12.225 gewachsen (+14 %) (vgl. Abbildung 5). Dies entspricht im Jahr 2022 ca. 14,5 neuen Facharztanerkennungen außerhalb der Allgemeinmedizin je 100.000 Einwohner/-innen.

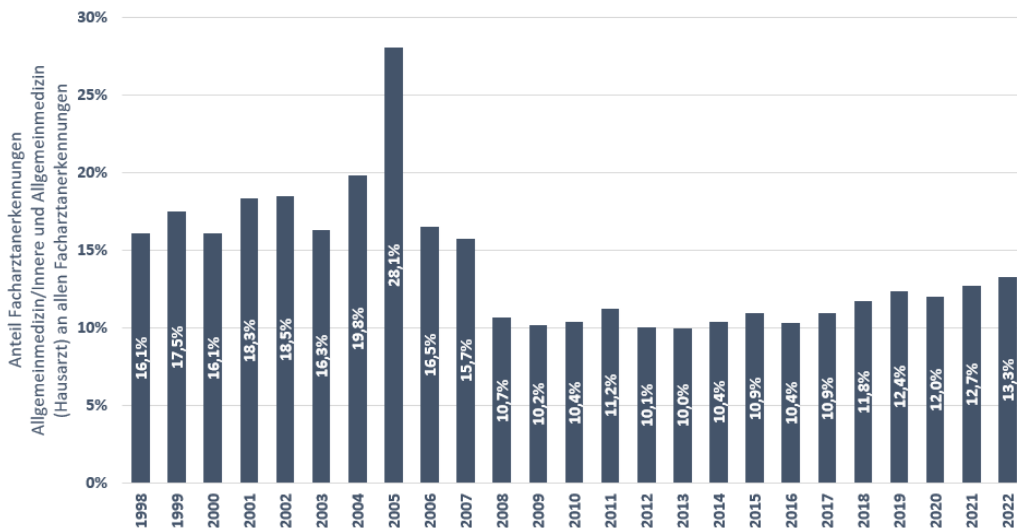
Abbildung 5: Facharztanerkennungen ohne Allgemeinmedizin; Jahre 2012 bis 2022



Quelle: Ärztstatistiken der Bundesärztekammer (BÄK 2013 bis 2023)

Trotz der erfreulichen Zunahme der Weiterbildungszahlen in den letzten zehn Jahren bleibt die Attraktivität der Allgemeinmedizin weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Im Jahr 1998, also unmittelbar vor Aufnahme der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, belief sich der Anteil der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin an allen Facharztanerkennungen noch auf 16,1 %. Im Jahr 2013 wurde hier mit 10,0 % ein Tiefstand markiert und der Anteil hat sich seitdem nur allmählich auf 13,3 % erhöht (vgl. Abbildung 1). (BÄK 2000; BÄK 2023)

Abbildung 6: Anteil der Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) an allen Facharztanerkennungen; Jahre 1998 bis 2022⁸



Quelle: BÄK (2000); BÄK (2014); BÄK (2022)

Das Medianalter der geförderten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Phase der vertragsärztlichen Weiterbildung (vgl. Abschnitt 2.1) lag im Jahr 2021 bei etwa 37 Jahren. (KBV 2022) Nach den Daten des Weiterbildungsregisters der Landesärztekammer Hessen waren die Absolventinnen und Absolventen der Facharztprüfungen (alle Fachrichtungen) im Jahr 2020 durchschnittlich 38,5 Jahre alt.⁹ (Natanzon et al. 2021)

Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen/-ärzte (ohne Kinder- und Jugendmedizin)¹⁰ hat sich von 54.134 im Jahr 2013 auf 54.905 im Jahr 2022 erhöht, während die Kapazitäten im Sinne der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, also unter Berücksichtigung des Teilnahmeumfangs der

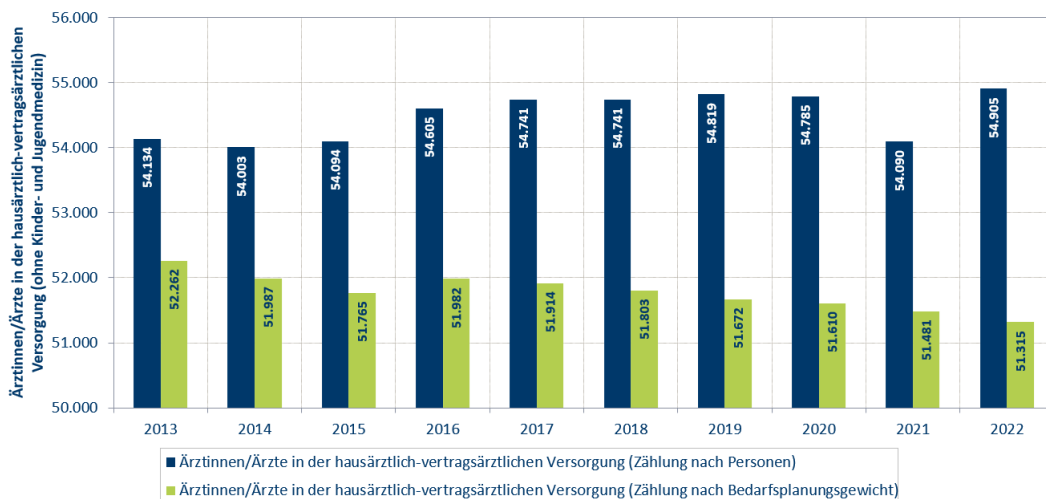
⁸ Der in im Jahr 2005 zu beobachtende Sprung auf über 28 % der Anerkennungen stellt einen Sondereffekt dar. U.a. bestand aufgrund europarechtlicher Regelungen in diesem Jahr die Möglichkeit, sich bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen als Facharzt für Allgemeinmedizin anerkennen zu lassen, obwohl man keine reguläre Weiterbildung absolviert hatte. (Kopetsch 2007)

⁹ Die Statistik umfasst auch Ärzte/innen, die bereits eine erste Facharztqualifikation erworben haben, wodurch das Durchschnittsalter angehoben wird. Nach den Daten des Registers verfügten 2022 12 % der ÄiW in Hessen bereits über eine zuvor erworbene Facharztqualifikation. Das Durchschnittsalter dieser ÄiW lag bei 41,0 Jahren, das der übrigen ÄiW bei 33,7 Jahren (Berechnung IGES). Überträgt man diese Relationen auf die Statistik zum Durchschnittsalter bei Ablegen der Facharztprüfung, so ergäbe sich für fachärztliche Erstqualifikationen ein geschätztes Durchschnittsalter zwischen 37,5 und 38,1 Jahre.

¹⁰ Ärztliche Fachgruppen: Allgemeinmedizin, Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit, Praktische Ärztinnen und Ärzte

Ärzte an der Versorgung, im selben Zeitraum um 2 % (von 52.262 auf 51.315) rückläufig waren (vgl. Abbildung 7). Berücksichtigt man den Bevölkerungszuwachs von 80,8 Mio. auf 84,4 Mio., so ergibt sich ein Rückgang der Kapazität von 64,7 auf 60,8 hausärztliche Kapazitäten pro 100.000 Einwohner/-innen. (KBV 2014 bis 2023) Der Anteil der Bevölkerung im Alter ab 60 Jahren ist zwischen 2013 und 2022 von 27,2 % auf 29,4 % gestiegen. Entsprechend ist von einem gewachsenen Versorgungsbedarf auszugehen.

Abbildung 7: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlich-vertragsärztlichen Versorgung (ohne Kinder- und Jugendmedizin); Zählung nach Personen und nach Bedarfsplanungsgewichten; Jahre 2013 bis 2022 jeweils zum 31.12. des Jahres



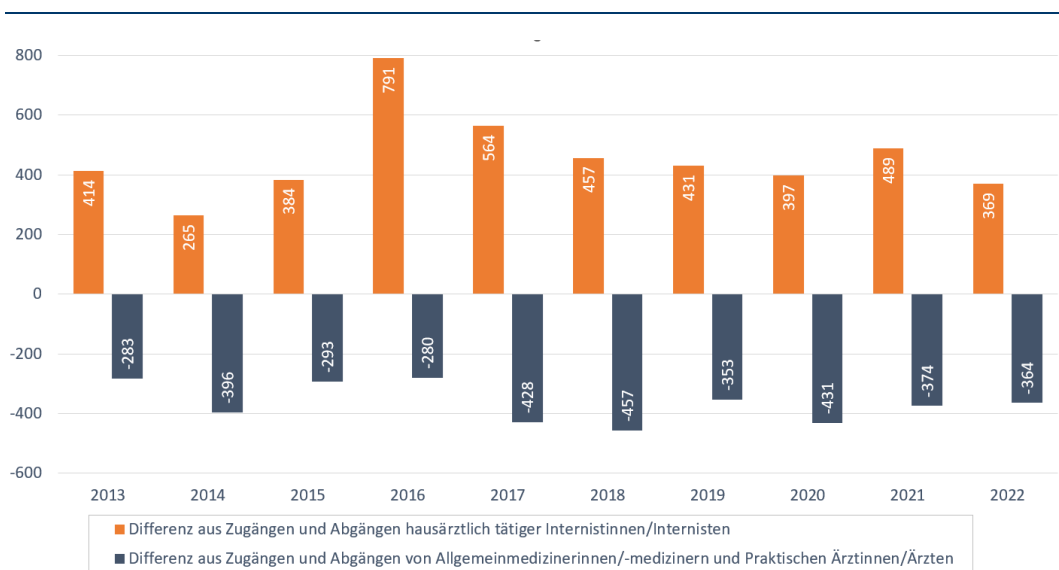
Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung (KBV 2014 bis 2023)

Erhöht man die o. g. Zahl der vertragsärztlich tätigen Hausärztinnen/-ärzte (N = 54.905) zur besseren Vergleichbarkeit der deutschen Kennzahlen mit denen der Vergleichsländer um die 2.368 im Jahr 2022 im stationären Sektor tätigen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner, so ergibt sich insgesamt eine Versorgungsdichte von ca. 0,68 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Praktischen Ärztinnen und Ärzten und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten je 1.000 Einwohner/-innen (ohne die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte). Ihr Anteil an allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzte liegt bei 21,0 % (vgl. auch Abschnitt 3.4.3). (BÄK 2023) Werden allein die in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte betrachtet, so liegt der Anteil der an der vertragsärzt-

lichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen/-ärzte (ohne Kinder- und Jugendmedizin)¹¹ an allen vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten nach der Bundesarztregister-Statistik im Jahr 2022 bei 36,0 % (2013: 37,9 %). (KBV 2014 und 2023) Zum Zeitpunkt der Aufnahme der Förderaktivitäten belief sich der Anteil nach den Angaben der BÄK auf immerhin 40,8 % (Allgemein-/Praktische Ärztinnen und Ärzte, Angabe zum Jahresende 1998). (BÄK 2000)

Der Anteil der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten an allen Hausärztinnen und Hausärzten ist von 24,8 % im Jahr 2013 auf 32,0 % im Jahr 2022 angestiegen. (KBV 2014 und 2023) Während in den letzten Jahren die Abgangszahlen der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Praktischen Ärztinnen/Ärzte aus der hausärztlichen Versorgung durchweg deutlich über den Zugangszahlen lagen, zeigt sich bei den hausärztlich tätigen Internistinnen/Internisten die gegenteilige Entwicklung (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Differenz aus Zu- und Abgängen in die/aus der vertragsärztlichen Versorgung für die hausärztlich tätigen Internistinnen/Internisten und die Gruppe der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Praktischen Ärztinnen/Ärzte; Jahre 2013 bis 2022



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung (KBV 2014 bis 2023)

In der hausärztlichen Versorgung Deutschlands vollziehen sich grundlegende Umbrüche. So war im Jahr 2022 etwa die Hälfte der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte weiblich (2013: ca. 41 %). Trotz einer absoluten Zunahme der Zahl der Hausärztinnen zwischen 2013 und 2022 um fast 5.000 sank die Zahl der in eigener Zulassung tätigen Hausärztinnen um 300. Im Gegenzug hat sich die Zahl der in einer

¹¹ Ärztliche Fachgruppen: Allgemeinmedizin, Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit, Praktische Ärztinnen und Ärzte

Einrichtung oder in freier Praxis angestellt tätigen Hausärztinnen um etwa 5.250 Köpfe erhöht (Anstieg des Anteils von ca. 18 % auf ca. 34 %). Die Zahl der männlichen Hausärzte hat sich zwischen 2013 und 2022 um etwa 4.000 Köpfe verringert. Der Anteil der in eigener Zulassung tätigen Hausärzte ist von 93 % auf 83 % gesunken und der Anteil der in einer Einrichtung oder in freier Praxis angestellt tätigen Hausärzte hat sich von ca. 7 % auf ca. 16 % erhöht (Zuwachs um etwa 2.450 Personen). (KBV 2014 und 2023) Insgesamt wird die hausärztliche Versorgung demnach weiblicher und stärker von in einem Angestelltenverhältnis tätigen Ärztinnen und Ärzten geprägt.

Das Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen/-ärzte lag im Jahr 2022 bei 55,3 Jahren. Der Anteil der 50- bis 59-jährigen Hausärztinnen/-ärzte lag bei 33,4 % und jener der 60- bis 65-jährigen Hausärztinnen/-ärzte bei 20,8 %. Zudem waren im Jahr 2022 15,7 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen/-ärzte bereits älter als 65 Jahre. (KBV 2023)

Eine im Jahr 2021 durchgeführte Projektion des IGES Instituts ergab, dass im Jahr 2035 insgesamt voraussichtlich ca. 11.000 Hausärztinnen/-ärzte in der Versorgung fehlen könnten. Nach unseren damaligen Basisannahmen werden zwischen 2019 und 2035 fast 30.000 hausärztliche Vollzeitäquivalente ausscheiden, denen nur 25.400 Nachwuchsärztinnen/-ärzte und netto zugewanderte Ärztinnen/-ärzte (VZÄ), die bis 2035 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen werden, gegenüberstehen. In der Konsequenz wäre zu erwarten, dass dann 75 der 401 amtlichen Kreise (19 % aller Kreise) im Jahr 2035 hausärztlich unterversorgt sein würden, da sie einen Versorgungsgrad von unter 75 % aufweisen würden. Ein weiteres Fünftel der Kreise würde sich im Jahr 2035 nahe der hausärztlichen Unterversorgung bewegen (Versorgungsgrad 75 % bis 80 %). (Nolting et al. 2021)

2.3 Zielstellung der Untersuchung

In der vorliegenden Studie, die der GKV-Spitzenverband im Oktober 2022 in Auftrag gegeben hat, werden die Rahmenbedingungen und Ergebnisse der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in fünf europäischen Nachbarländern (Belgien/Flandern, Frankreich, Niederlande, Österreich, Schweiz) untersucht. Unter der übergeordneten Fragestellung, ob und ggf. wie es den anderen Ländern gelingt, die benötigte Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten auszubilden, werden drei Themenkomplexe untersucht:

1. Durch welche Faktoren wird in dem jeweiligen Land die Entscheidung der Medizinabsolventinnen/-absolventen für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung beeinflusst bzw. gefördert?
 2. Wie ist die allgemeinmedizinische/hausärztliche Weiterbildung organisiert bzw. welche Faktoren tragen zu positiven Ergebnissen der Weiterbildungsgänge bei?
-

3. Inwieweit tragen die Rolle der Hausärztinnen/-ärzte im jeweiligen Versorgungssystem sowie die Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit dazu bei, dass Medizinabsolventinnen/-absolventen sich für eine Karriere in der Allgemeinmedizin entscheiden?

Die Untersuchung betrachtet die in unseren Nachbarstaaten (Belgien/Flandern, Frankreich, Niederlande, Österreich und Schweiz) in der Allgemeinmedizin etablierten Weiterbildungssysteme im Gesamtkontext der jeweiligen medizinischen Versorgungssysteme. Dabei werden die Anreize und ggf. Steuerungsmechanismen, die die Wahl der Weiterbildungsfachrichtungen beeinflussen, die Struktur und Organisation der allgemeinmedizinischen Weiterbildung selbst, deren Finanzierung/Förderung, die Rolle der Hausärztinnen/-ärzte im jeweiligen Versorgungssystem und die späteren Aussichten der Hausärztinnen und Hausärzte im Hinblick auf (kooperative) Arbeitsbedingungen, Verdienst und soweit möglich Ansehen/Reputation im Vergleich zu den anderen ärztlichen Fachgruppen mitbetrachtet.

2.4 Vorgehen

Im ersten Schritt wurden dem GKV-Spitzenverband fünf Länder für die Untersuchung vorgeschlagen (Belgien/Flandern, Frankreich, Niederlande, Österreich und Schweiz), in denen der Anteil der berufstätigen Hausärztinnen/-ärzte an allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten über den deutschen Vergleichswerten liegt. Zudem wurde berücksichtigt, dass die Gesundheitssysteme der ausgewählten Länder grundsätzlich gut mit dem deutschen System vergleichbar sind. So erfolgt beispielsweise die Finanzierung der Gesundheitsversorgung überwiegend aus Beiträgen und nicht aus Steuermitteln, die Hausärztinnen/-ärzte sind freiberuflich tätig und können frei darüber entscheiden, ob sie eine selbstständige Tätigkeit in eigener Zulassung oder eine Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis präferieren. Zudem lagen in den für die Untersuchung ausgewählten Ländern auch die hausärztliche Versorgungsdichte je 100.000 Einwohner/-innen in den im Herbst 2022 verfügbaren OECD-Datenbeständen (teilweise) deutlich über den entsprechenden Kenngrößen für Deutschland.

Im zweiten Schritt wurde ein Rechercheplan erstellt und mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmt. Im Rechercheplan waren alle in der Leistungsbeschreibung vorgegebenen Untersuchungsgegenstände in konkrete Fragestellungen überführt, die im Weiteren für die Untersuchung leitend waren.

Die umfassenden Dossiers für die einzelnen Länder (vgl. Abschnitte 5 bis 9) wurden entlang der Fragestellungen des Rechercheplans erstellt. Dabei erfolgte für jedes Land eine Rekonstruktion der formalen Systemstrukturen, d. h. eine Beschreibung der Institutionen und Regularien, die Einfluss auf die ärztliche Weiterbildung haben. Auf dieser Grundlage wurde eine auf die Fragestellungen der Untersuchung ausgerichtete Recherche (mittels Internetrecherche, Literaturrecherche, Datenbankrecherche zu den geforderten Kennzahlen etc.) ausgeführt. Zudem wurde die bereits bei IGES oder bei Prof. Dr. van den Bussche verfügbare (graue) Literatur, die

sich dem Untersuchungsgegenstand widmet, gesichtet. Zur Beantwortung einzelner Forschungsfragen wurden Recherchen auch direkt in Gesetzestexten, Verordnungen u. Ä. realisiert. Im Bedarfsfall wurden Interviews mit Expertinnen und Experten der jeweiligen Länder geführt und/oder schriftliche Anfragen an Institutionen gerichtet und auf Grundlage der Antworten ggf. noch vertiefende Recherchen durchgeführt.

Für jedes der fünf Länder enthält der Abschlussbericht ein ausführliches Dossier.

3. Ausgewählte Länderergebnisse im Überblick

In diesem Kapitel werden wichtige Befunde aus den Länderdossiers im Überblick dargestellt. Damit soll der Vergleich wichtiger, auf Länderebene ausführlich dargestellter Aspekte der Weiterbildungssysteme und ihrer Rahmenbedingungen erleichtert werden. Bei Interesse kann eine vertiefte Befassung mit den jeweiligen Aspekten in den Länderdossiers erfolgen, die weitgehend einheitlich gegliedert sind. Die Länderdossiers finden sich in den folgenden Kapiteln:

- Länderdossier Belgien (Fokus: Flandern) ⇒ Kapitel 5 (Anhang 1)
- Länderdossier Frankreich ⇒ Kapitel 6 (Anhang 2)
- Länderdossier Niederlande ⇒ Kapitel 7 (Anhang 3)
- Länderdossier Österreich ⇒ Kapitel 8 (Anhang 4)
- Länderdossier Schweiz ⇒ Kapitel 9 (Anhang 5)

3.1 Basisinformationen zur Weiterbildung Allgemeinmedizin

3.1.1 Ausgestaltung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

In der nachfolgenden Tabelle 7 sind die grundlegenden Informationen zur formalen Ausgestaltung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den untersuchten Ländern im Überblick dargestellt. Zu wesentlichen Elementen der jeweiligen Weiterbildungsgänge wird nach der Tabelle 7 in kurzen Texten berichtet.

Tabelle 7: Basisinformationen zu Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Regeldauer, Struktur der Weiterbildung u. Ä.)

Land	Bezeichnung des Abschlusses	Regeldauer der Weiterbildung AM/AIM	Regeldauer der Weiterbildung Spezialisieren	Struktur der Weiterbildung AM/AIM (teilweise vereinfachte Darstellung)	WB in Teilzeit/mit Unterbrechung möglich?
AUT	Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin (kein Facharzt)	45 Monate*	72 Monate	- 9 Monate Basisausbildung - 27 Monate Spitalturnus - 9 Monate Lehrpraxis bei Start der Basisausbildung ab dem 01.06.2022 (vorher 6 Monate)	ja/ja
BEL	Huisarts	36 Monate	72 Monate	- 30 Monate (Praktika) bei einer/einem als Weiterbildende/-r anerkannten/anerkanntem Hausärztin/-arzt - 6 Monate Krankenhaus - etwa alle zwei Wochen Seminare mit Weiterbildungskordinatorin/-kordinator plus universitäre Rückkehrtage plus Masterarbeit	ja/ja

Land	Bezeichnung des Abschlusses	Regeldauer der Weiterbildung AM/AIM	Regeldauer der Weiterbildung Spezialisten	Struktur der Weiterbildung AM/AIM (teilweise vereinfachte Darstellung)	WB in Teilzeit/mit Unterbrechung möglich?
CHE	Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (AIM) (und Praktische Ärztin/-Arzt)	60 Monate (36 Monate für Praktische Ärztin/-Arzt)	60 bis 72 Monate	<ul style="list-style-type: none"> - 36 Monate Basisausbildung Innere Medizin, darunter 24 Monate Innere Medizin im Spital und 6 Monate ambulant (Lehrpraxis erwünscht) - 24 Monate Aufbauweiterbildung ambulant und stationär sehr frei gestaltbar in 32 möglichen Disziplinen - sog. Strukturierte Weiterbildung von mindestens 4 Stunden pro Woche 	ja/ja
FRA	„Médecin spécialiste qualifié en médecine générale“	48 Monate** (WB ist Teil des Medizinstudiums!) bei Wahl einer „querschnittlichen Zusatzweiterbildung“ zuzüglich 12 Monate	48 bis 72 Monate	<ul style="list-style-type: none"> - 12 Monate Sockelphase mit hausärztlichem Praktikum und Praktikum in der Notfallmedizin - 24 Monate Vertiefungsphase mit Praktika in der Inneren Medizin (Schwerpunkt: Multimorbidität), in der Kindergesundheit, in der Frauengesundheit und in der Primärversorgung in „überwachter Selbstständigkeit“ - 12 Monate Konsolidierungsphase (neu eingeführt ab 2023) mit zwei Praktika in einer ambulanten allgemeinmedizinischen Einrichtung - Theoretischer Unterricht an 2 Halbtagen (HT) pro Woche (1 HT universitäre Veranstaltungen in Kleingruppen, 1 HT Selbststudium bzw. Arbeiten an der „Thèse“) 	ja/ja
NLD	Huisarts	36 Monate	60 bis 72 Monate	<ul style="list-style-type: none"> - jeweils 12 Monate Praktikum im 1. und 3. WB-Jahr bei einer/einem als Weiterbildende/-r anerkannten Hausärztin/anerkanntem Hausarzt (in 3. WB-Jahr inkl. max. 3 Monate Wahl- oder Differenzierungsmodule) - im 2. WB-Jahr 6 Monate KH-Praktikum und 6 Monate Wahlpraktikum in einer psych. Klinik und einem Pflegeheim, einer Rehaklinik oder einer Einrichtung für klinische Geriatrie - Theoretischer Unterricht an einem Tag pro Woche (40 bis 50 „Rückkehrtage“ p. a. an die Universität) 	ja/ja

Quelle: Länderdossiers (vgl. Abschnitte 5 bis 9)

Anmerkung: * Die Implementierung der Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin mit einer Weiterbildungszeit von insgesamt 60 Monaten ist bis zum Jahr 2030 geplant.

** Verlängerung ab dem Studienjahr 2023/2024 von 36 auf 48 Monate.

Belgien und Niederlande: In Belgien und in den Niederlanden ist die Weiterbildung Allgemeinmedizin auf einen dreijährigen Zeitraum ausgelegt. Die Weiterbildung wird zu einem deutlich überwiegenden Anteil in der ambulanten Versorgung absolviert. In den Spezialfachärztlichen Weiterbildungen beträgt die Weiterbildungszeit hingegen fünf bis sechs Jahre. Für die Zulassung zur Weiterbildung Allgemeinmedizin sind Eingangstests zu absolvieren.

Die Begleitung der ÄiW durch die für die Weiterbildung Verantwortlichen erfolgt innerhalb der drei Jahre sehr strukturiert und konsequent und ist von eng getakteten Beurteilungs- und Rückmeldeaktivitäten gekennzeichnet. In Belgien sind die Prüfungen zur Erlangung des Facharztstitels in die Weiterbildung integriert. Die Rotationen erfolgen gut geplant und abgestimmt, sodass es kaum zu Überschreitungen der Regelweiterbildungszeiten kommt. Das Seminarprogramm ist mit 40 bis 50 Stunden pro Weiterbildungsjahr sehr intensiv und ist in einer wöchentlichen (Niederlande) bzw. zweiwöchigen Taktung (Belgien) von den ÄiW wahrzunehmen. Zusätzlich sind in Belgien weniger intensiv getaktete Teilnahmen an den von den akademischen Instituten für Allgemeinmedizin angebotenen Lehrveranstaltungen obligatorisch. Auch die Verpflichtungen der Weiterbildenden zur Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen sind vergleichsweise umfassend ausgestaltet (bspw. Belgien: drei pädagogische Grundkurse, zwei halbtägige Auffrischkurse pro Jahr). In Belgien gibt es zusätzlich die Funktion der Weiterbildungskordinatorinnen/-kordinatoren (STACO), die für ihnen zugewiesene ÄiW die gesamte Weiterbildung in administrativer und pädagogischer Hinsicht koordiniert. Die Weiterbildungskordinatorinnen/-kordinatoren überwachen u. a. das Portfolio „ihrer“ ÄiW, halten regelmäßige Supervisionssitzungen ab und erstellen einen jährlichen Bericht über den Weiterbildungsfortschritt. Für die Funktionsausübung werden die Weiterbildungskordinatorinnen/-kordinatoren speziell fortgebildet und pro ÄiW und Jahr vergütet.

Insgesamt wird erkennbar, dass die Ärztinnen/Ärzte in ihrer Weiterbildungszeit sehr gezielt auf ihre zentrale Rolle im Versorgungssystem vorbereitet werden. Diese besteht darin, die gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung möglichst fallabschließend in der Grundversorgung zu behandeln und nur in wirklich erforderlichen Fällen die Ärztinnen und Ärzte der spezialfachärztlichen Disziplinen zu involvieren (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.4.1). Die Weiterbildungszeit wird von Weiterbildungskordinatorinnen/-kordinatoren begleitet, strukturiert und supervidiert und die Qualität der Lehre wird evaluiert.

Frankreich: In Frankreich erfolgt die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im dritten Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums. Das Curriculum für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist im August 2023 für die ab diesem Jahr geltende vierjährige Weiterbildungsdauer angepasst worden. Bis dahin war die allgemeinmedizinische Weiterbildung auf ein Durchlaufen innerhalb von drei Jahren angelegt. Angehende Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner können eine „spezialisierte Querschnittsweiterbildung“ („formations spécialisée transversale“, FST) belegen. Dabei handelt es sich um ergänzende, mehrere Fachrichtungen berührende Spezialisierungen wie bspw. Suchtmedizin, Schmerz, Palliativmedizin, Medizin in der

Schule, Sportmedizin. Bei Wahl einer solchen FST-Option verlängert sich die Dauer der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin um ein Jahr.

Die Jahre in der Weiterbildung („Internat“) zählen als Studienjahre und die „Internes“ sind als Studierende verpflichtet, an universitären Ausbildungsangeboten teilzunehmen. Studierende mit Interesse an der Allgemeinmedizin schreiben sich für das Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale ein (DESMG). Sie schließen einen Ausbildungsvertrag mit der medizinischen Fakultät und der regionalen Koordinierungskommission des Fachgebiets ab. In diesem Vertrag werden die pädagogischen Ziele und die Ausbildungsstationen innerhalb der Fachrichtung festgelegt.

Über die gesamte Weiterbildungsdauer hinweg müssen neben der praktischen Arbeit an zwei Halbtagen pro Woche akademische Ausbildungseinheiten absolviert werden (ein Halbtag unter Anleitung, ein Halbtag autonom). Gegenstände bzw. Bestandteile der akademischen Ausbildungseinheiten sind u. a. das Verfassen von klinischen Berichten, Praxisaustauschgruppen, Gruppen zur Schulung der therapeutischen Beziehung, Workshops zum Erwerb praktischer Fertigkeiten (u. a. mit Simulationen). Jede/-r Interne in der Allgemeinmedizin ist einem hochschuldidaktisch geschulten Mentor („référént pédagogique“) zugeordnet, der sie/ihn über die ganze Zeit der Weiterbildung begleitet. Neben regelmäßigen Treffen im Jahr und der Kontrolle des Portfolios fungiert die/der Mentor/-in als Ansprechperson. Um den Grad eines „Docteur en Médecine“ zu erhalten, ist die erfolgreiche Verteidigung der Dissertation („Thèse“) notwendig. In vielen Universitäten ersetzt das Portfolio die in anderen Fachrichtungen übliche „mémoire de spécialité“, eine Abschlussarbeit der fachärztlichen Weiterbildung.

Schweiz: In der Schweiz erstreckt sich die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (AIM)¹² über einen Zeitraum von fünf Jahren. In den ersten drei Jahren wird die Basisweiterbildung absolviert, die sich für mindestens zwei Jahre in der stationären Inneren Medizin und mindestens ein halbes Jahr in der ambulanten Inneren Medizin (vorzugsweise Praxisassistenz) vollziehen muss. Die Facharztprüfung erfolgt nach dem Abschluss der Basisweiterbildungsphase. Der Facharztstitel wird allerdings erst nach dem erfolgreichen Durchlaufen einer weiteren zweijährigen Weiterbildungszeit (Aufbauweiterbildung), die sich je nach den Vorstellungen der ÄiW bezüglich ihrer beruflichen Laufbahn gemäß dem Curriculum Hausärztin/Hausarzt bzw. Praxisinternistin/Praxisinternist oder Spitalsinternistin/Spitalsinternist ausrichtet, verliehen, wobei die Durchlässigkeit zwischen den Curricula gewährleistet ist. Die modular aufgebauten Curricula der Aufbauweiterbildung gewähren den ÄiW große individuelle Freiheiten bei der Wahl von Dauer und Art der Disziplinen. Für die Zulassung zur Weiterbildung AIM ist kein Eingangstest zu absolvieren. Die Begleitung der ÄiW durch die für die Weiterbildung Verantwortlichen erfolgt immer nur Abschnittsweise und nicht übergeord-

¹² In der Schweiz wurden die Gebiete Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Weiterbildung Allgemeine Inneren Medizin zusammengeführt.

net. Die praktischen ärztlichen Kompetenzen werden im klinischen Alltag strukturiert beobachtet und mittels einer Selbst- und Fremdbeurteilung fortlaufend in den regelmäßigen arbeitsplatzbasierten Assessments evaluiert und beurteilt. Die Weiterbildungsstätten müssen den ÄiW strukturierte Weiterbildung in einem Umfang von mindestens vier Stunden pro Woche anbieten. Je nach Kategorie der Ausbildungsstätte sind auch weitere Elemente der strukturierten Weiterbildung vorgegeben (von der Weiterbildungsstätte organisierte oder anerkannte moderierte interdisziplinäre Veranstaltungen, strukturierte Fallbesprechungen etc.). Die Weiterbildungsstätten müssen den ÄiW zudem innerhalb der Arbeitszeit an drei Tagen pro Jahr die Teilnahme an anerkannten Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen ermöglichen. Zwischen dem Staatsexamen und dem Erwerb des Facharztstitels AIM vergehen durchschnittlich zwischen acht und neun Jahre, was u. a. auch an den oft unkoordinierten und fragmentierten Weiterbildungsverläufen liegen dürfte, weswegen Programme mit einem konsequenten longitudinalen Mentoring (inklusive Karriereberatung) entwickelt werden (bspw. Berner Curriculum). Bei Bedarf/Wunsch der ÄiW können große Teile der Weiterbildung in der Praxisassistenz, d. h. in der hausärztlichen, internistischen und teilweise auch kinder- und jugendärztlichen ambulanten Praxis absolviert werden. Die Verpflichtungen der Weiterbildenden (Lehrärztinnen/-ärzte), zusätzlich Qualifikationen für die Weiterbildungsausübung zu erlangen, sind nicht sehr breit angelegt.

Neben der Erlangung des Facharztstitels AIM besteht in der Schweiz auch die Möglichkeit, innerhalb von drei Jahren den Minimaltitel „Praktische Ärztin/Praktischer Arzt“ zu erlangen, mit dem jedoch noch keine fachärztliche Kompetenz gegeben ist. Das Weiterbildungsprogramm der praktischen Ärztinnen/Ärzte orientiert sich an dem für die Fachärztinnen/-ärzte AIM und für den Erwerb des Titels „Praktische Ärztin/Praktischer Arzt“ ist die bestandene Facharztprüfung AIM nachzuweisen, wobei die Bestehensgrenzen gegenüber den Facharztkandidatinnen und -kandidaten leicht abgesenkt sind.

Österreich: Die Ärztin/Der Arzt für Allgemeinmedizin ist in Österreich – anders als in nahezu allen europäischen Ländern – keine Facharztbezeichnung. Bis zum Jahr 2015 betrug die Ausbildungszeit drei Jahre. Sie wurde durch die im Jahr 2015 in Kraft getretene neue Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsverordnung auf 42 Monate verlängert und erhöht(e) sich weiter auf 45 Monate bei einem Ausbildungsbeginn ab dem 01.06.2022 und auf 48 Monate bei einem Ausbildungsbeginn ab dem 01.06.2027, wobei die zusätzlichen Zeiten in der Lehrpraxis zu absolvieren sind. Die Ausbildung vollzieht sich in drei Phasen. Die initiale 9-monatige Basisausbildung erfolgt im Spital und ist keinem spezifischen Fachgebiet zugeordnet. Danach müssen die Ärztinnen/Ärzte eine Entscheidung für die Weiterbildungsrichtung treffen. Der 27-monatige Spitalsturnus in der Allgemeinmedizin setzt sich aus einer 9-monatigen Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin und daneben aus 3-monatigen Zeiten in sechs Fachgebieten zusammen, von denen zwei auf Wahlfächer entfallen. Die dritte Ausbildungsphase ist in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem allgemeinmedizinischen Lehrambulatorium zu ab-

solvieren. Der Masterplan Allgemeinmedizin (Jahr 2018) fordert eine Verbesserung der inhaltlichen Struktur der Ausbildung in der Allgemeinmedizin im stationären Bereich und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Ausbildung.

Ein Auswahlverfahren für die Zulassung zur Ausbildung in der Allgemeinmedizin gibt es nicht. In Österreich existiert kein einheitlicher Ansatz einer Gesamtverantwortung für die praktische Planung der Ausbildungsabschnitte und -orte. Die Erfolgsdokumentation erfolgt in Rasterzeugnissen, in denen die Dauer der absolvierten Fachgebiete in den einzelnen Ausbildungsphasen und die Erfolgsfeststellung durch die Auszubildenden bestätigt werden. Berufsvorbereitende und primärversorgungsrelevante Begleitseminare gibt es in Österreich ebenso wie Mentoringangebote oder Ausbildungsverbünde für die ÄiW nur in einzelnen Regionen. Die Weiterzubildenden müssen neben dem Nachweis anderer (formaler) Voraussetzungen auch ein Lehr(gruppen)praxisleiterseminar im Umfang von 12 Stunden besucht haben, in dem auch die Erstellung des für die Bewilligung erforderlichen Ausbildungskonzepts Bestandteil sein kann.

In Österreich hat ein großer Anteil der Ärztinnen und Ärzte neben dem Titel Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin einen Facharztstitel erworben, weil diese Ausbildung früher mit drei Jahren vergleichsweise kurz angelegt war und hiermit im Spital Wartezeiten auf eine geeignete Weiterbildungsstelle überbrückt werden konnten und zudem Teile der allgemeinmedizinischen Ausbildung auf die fachärztliche Weiterbildung anrechenbar waren. Ein nennenswerter Teil dieser Ärztinnen und Ärzte ist auch in der Praxis als Allgemeinärztin/-arzt und gleichzeitig als Fachärztin/-arzt tätig. In Österreich ist eine grundsätzliche Einigung darüber erzielt worden, dass bis zum Jahr 2030 die 5-jährige Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt Allgemein- und Familienmedizin schrittweise eingeführt werden soll. Voraussichtlich wird sich in dieser Weiterbildung an die 9-monatige Basisausbildung eine 33-monatige Sonderfach-Grundausbildung (inkl. 6-monatiger ambulanter Phase) und eine 18-monatige Sonderfach-Schwerpunktausbildung anschließen, die vollständig im ambulanten Bereich zu absolvieren ist. Diese Maßnahme soll der weiteren Aufwertung des Hausarztberufs dienen.

3.1.2 Tatsächliche Weiterbildungsdauer und Alter der Ärztinnen/Ärzte zum Zeitpunkt des Abschlusses der Weiterbildung

In der Tabelle 8 sind die gesammelten Informationen zur tatsächlichen Weiterbildungsdauer und zum Alter der Ärztinnen und Ärzte zum Zeitpunkt des Erlangens ihres Facharztstitels dargestellt. Deutlich wird, dass die vorgesehenen (Regel-)Weiterbildungszeiten in den meisten Ländern kaum überschritten werden. Die Ärztinnen und Ärzte in Belgien und Frankreich schließen ihre allgemeinmedizinische Weiterbildung im Durchschnitt in einem vergleichsweise jungen Alter von 28 bzw. 31 Jahren ab. In Deutschland lag das mittlere Alter der im Jahr 2021 geförderten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Phase der vertragsärztlichen Weiterbildung bei 38,7 Jahren (Medianwert: 37 Jahre). (KBV 2022)

Die Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin werden in Deutschland also im Durchschnitt deutlich später als in den Vergleichsländern erlangt.

Tabelle 8: Durchschnittliche Dauer der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und durchschnittliches Alter bei Abschluss der Weiterbildung

Land	Ø Dauer der Weiterbildung AM	Ø Alter bei Abschluss der Weiterbildung AM/AIM
AUT	Der größte Teil der ÄiW absolviert die WB innerhalb der vorgesehenen Zeiträume.	k. A.
BEL	Der größte Teil der ÄiW absolviert die WB innerhalb von 3 Jahren.	28 Jahre
CHE	k. A.	FA Allgemeine Innere Medizin (AIM): 35 Jahre Praktischer Arzt: 40 Jahre (2021)
FRA	Schätzwert 2023: ca. 6 Jahre	Ø Alter bei Beginn der Weiterbildung: 25 Jahre, Ø Alter bei Abschluss: 31,4 Jahre (2023, d. h. noch unter Bedingungen der Weiterbildungsdauer von 3 Jahren)
NLD*	Durchschnittlich: 3,2 Jahre (2021)	Hausärzte: 33,5 Jahre Hausärztinnen: 33 Jahre (2021)

Quelle: Länderdossiers (vgl. Abschnitte 5 bis 9)

Anmerkungen: * In den Niederlanden belief sich die durchschnittliche Wartezeit auf einen Weiterbildungsplatz im Jahr 2022 (über alle Fachrichtungen betrachtet) auf mehr als 40 Monate.

3.1.3 Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen

In der Tabelle 9 ist ausgewiesen, wie viele Ärztinnen/Ärzte pro Jahr nach absolvierter Weiterbildung ihre Facharztanerkennung für Allgemeinmedizin oder für eine der anderen Fachrichtungen erteilt bekommen. Um den Output der Weiterbildungssysteme der betrachteten Länder möglichst gut vergleichen zu können, werden nur die Anerkennungen jener Ärztinnen/Ärzte gezählt, die ihre Weiterbildung im jeweiligen Land durchlaufen haben. In allen untersuchten Ländern schließen jährlich mindestens 3,7 Ärztinnen/Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen ihre allgemeinmedizinische Weiterbildung ab. In Deutschland haben im Jahr 2022 2,2 Ärztinnen/Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen einen Facharzttitel Allgemeinmedizin erlangt (vgl. Abschnitt 2.2).

Der in Tabelle 9 ebenfalls ausgewiesene Anteil der allgemeinmedizinischen Abschlüsse an allen Abschlüssen beschreibt, welche quantitative Bedeutung die Weiterbildungssysteme der einzelnen Länder der Weiterbildung Allgemeinmedizin im Vergleich zu den Weiterbildungen in den spezialisierten Fächern beimessen. Dieser Anteil liegt in Deutschland, wie bereits im Abschnitt 2.2 ausgeführt, lediglich bei 13,3 % (vgl. Abschnitt 2.2). In den Vergleichsländern beläuft sich der Anteil der allgemeinmedizinischen Abschlüsse an allen Abschlüssen auf 27 % (Österreich) bis 40 % (Frankreich).

Tabelle 9: Anzahl der erfolgreich absolvierten (Fach-)Arztprüfungen und Anteil allgemeinmedizinischer Weiterbildungsabschlüsse an allen Weiterbildungsabschlüssen

Land	Bezeichnung AM	Anzahl Abschlüsse AM/AIM (absolut & je 100.000 EW)	Anzahl übrige Abschlüsse (absolut & je 100.000 EW)	Anteil Abschlüsse AM/AIM an allen	Hinweise
AUT	Absolventinnen und Absolventen der Prüfung zur Ärztin/zum Arzt Allgemeinmedizin	abs.: ca. 490 je 100.000 EW: 5,5 (2021) Tendenz: nach einem langen starken Rückgang leicht steigend	abs.: ca. 1.330 je 100.000 EW: 14,8 (2021) Tendenz: leicht steigend	27 % (2022)	Nur 64 % der Ärztinnen/Ärzte mit Tätigkeitsberechtigung AM sind auch in der AM tätig (2022).
BEL (hier: Flan- dern)	Erfolgreiche Abschlussprüfungen Allgemeinmedizin	abs.: ca. 250 je 100.000 EW: 3,7 (Ø der letzten Jahre; je 100.000 EW bezogen auf Bev. 2021) Tendenz: nach einem langen starken Anstieg leicht sinkend	abs.: 533 je 100.000 EW: 8,7 (Schätzung für 2020)	30 % (Schätzung für 2020) Ziel: 40 %	
CHE	Ermittelte Eidgenössische WB-Titel FÄ Allgemeine Innere Medizin (AIM) & Titel Praktische/-r Ärztin/Arzt	abs.: 662 je 100.000 EW: 7,6 (2021)* Tendenz: leicht steigend	abs.: 1.132 je 100.000 EW: 13,0 (2021) Tendenz: leicht steigend	37 % (2021)*	zudem 1.316 anerkannte nicht eidgenössische WB-Titel dar.: 346 AIM und Praktische Ärztinnen/Ärzte * Vergleichbarkeit der Kennzahl aufgrund der zusammengeführten Fachgebiete Allgemeinmedizin und Innere Medizin eingeschränkt
FRA	Neuapprobationen Allgemeinärztinnen/-ärzte (nur französische Diplome berücksichtigt)	abs.: 2.750 je 100.000 EW: 4,2 (2021) Gesamtzahl seit 2012 um 42 % erhöht	abs.: 4.137 je 100.000 EW: 6,3 (2021) Gesamtzahl seit 2012 um 65 % erhöht	40 % (2021)	zudem ca. 1.000 Neueinschreibungen in den L'Orde de médecins mit ausländischen Diplomen
NLD	Facharztabschlüsse Allgemeinmedizin	abs.: 714 je 100.000 EW: 4,1 (2021) Tendenz: kontinuierlicher Anstieg	k. A.	33 % (2021)**	** Ableitung des Anteils von Abschlüssen AM aus den im Jahr 2021 neu besetzten Weiterbildungsplätzen
D	Facharztabschlüsse Allgemeinmedizin	abs.: 1.874	abs.: 12.225	13,3 % (2022)	

Land	Bezeichnung AM	Anzahl Abschlüsse AM/AIM (absolut & je 100.000 EW)	Anzahl übrige Abschlüsse (absolut & je 100.000 EW)	Anteil Abschlüsse AM/AIM an allen	Hinweise
D		je 100.000 EW: 2,2 (2022) Gesamtzahl nahezu kontinuierlich steigend	je 100.000 EW: 14,5 (2022) Gesamtzahl nach kontinuierlichem Anstieg in den letzten Jahren fast unverändert		

Quelle: Länderdossiers (vgl. Abschnitte 5 bis 9); für D Berechnung auf Grundlage der Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2022 (BÄK 2023)

3.2 Planung der Weiterbildungskapazitäten und Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für das Weiterbildungsfachgebiet

Je nach Land werden unterschiedliche Ansätze zur Planung der Weiterbildungskapazitäten und zur Steuerung der Ärztinnen und Ärzte in die Weiterbildung Allgemeinmedizin verfolgt, die nachfolgend zusammenfassend dargestellt sind.

Belgien: In Belgien beschloss die föderale Regierung im Jahr 1997 die Einführung eines Systems nationaler Kontingente für den Zugang in die Weiterbildung, mit der Intention, die Zahl der spezialisierten Ärztinnen und Ärzte zu begrenzen. Die „Planungskommission für das medizinische Angebot“ berät inzwischen auch über Weiterbildungsplatzkontingente für die einzelnen Fachgebiete und gibt dazu Empfehlungen für die einzelnen belgischen Regionen ab, die von den für die Bildungspolitik zuständigen Regionen über die Universitäten umgesetzt werden. Damit wird die Zahl der ÄiW in den einzelnen Fachrichtungen aktiv gesteuert. Die Weiterbildungsquoten für die einzelnen Fachrichtungen werden in einem zweijährigen Turnus für sechs Jahre im Voraus bekanntgegeben. Dies ermöglicht es, den Interessenten für ein Studium der Humanmedizin bereits vor der Aufnahme ihres Studiums ihre Aussichten/Chancen für die spätere Erlangung eines Platzes in der gewünschten Weiterbildungsrichtung zu kalkulieren. Der Zugang zur Weiterbildung Allgemeinmedizin wird über Zulassungstests gesteuert. Nach Ansicht der Planungskommission und der föderalen Regierung sollte der Anteil der hausärztlichen Weiterbildungsstellen an allen Weiterbildungsstellen bei 40 % liegen und bis zum Jahr 2028 weiter auf 50 % steigen.

Niederlande: Die Zahl der weiterzubildenden Hausärztinnen/-ärzte und Spezialfachärztinnen/-ärzte wird seit 1999 im Wesentlichen durch das „Stichting Capaciteitsorgaan voor (vervolg)opleidingen van professionals in de zorg“ bestimmt. Die Regierung trifft die abschließende Entscheidung zu den vorzuhaltenden Weiterbildungsplätzen. Etwa viermal pro Jahr diskutieren ca. 80 bis 100 Expertinnen und Experten der Berufsverbände, der Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, der

Krankenkassen, der Arbeitgebenden etc. über die Entwicklung des Fachkräftebedarfs, der Berufsbilder und der Aus- und Weiterbildungskapazitäten. Es werden auch Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl der Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin abgegeben. Die Zahl der ministeriell beschlossenen Weiterbildungsplätze in der Allgemeinmedizin ist in den letzten Jahren erhöht worden, um die langen Wartezeiten für an der Allgemeinmedizin interessierten ÄiW zu verringern. Probleme zeigen sich insbesondere bei der Gewinnung einer ausreichenden Anzahl von Weiterbildenden in den Praxen. Der Zugang zur Weiterbildung Allgemeinmedizin wird über Zulassungstests gesteuert. Die vorgegebene Zahl der vorzuhaltenden hausärztlichen Weiterbildungsplätze wurde in den letzten Jahren wieder erhöht und die Zahl der real vorgehaltenen Weiterbildungsplätze ist kontinuierlich ausgebaut worden.

Frankreich: Im Jahr 2019 wurde der zentral durch die Ministerien festgelegte Numerus clausus mit Wirkung für das Jahr 2020 abgeschafft und durch ein neues System ersetzt. Demnach werden unter der Regie der regionalen Gesundheitsbehörden (ARS) in den einzelnen Regionen mehrere Jahre umfassende Pläne für die Studienplatzzahlen des ersten von den Gesundheitsprofessionen gemeinsam absolvierten Studienjahrs aufgestellt. Diese Pläne berücksichtigen zum einen die regionale Bedarfs- und Kapazitätssituation, zum anderen auch nationale Vorgaben, z. B. mit Blick auf die Verminderung von regionalen Versorgungsangebotsunterschieden. Ausgehend von diesen mehrjährigen Plänen für die Aufnahmekapazitäten im ersten Studienjahr legen die medizinischen Fakultäten der jeweiligen Regionen ihre Zahl von Medizinstudienplätzen ab dem zweiten Studienjahr fest.

Der gesamte Prozess der Kapazitäts- und Ausbildungsplanung auf nationaler Ebene wird durch eine zentrale Behörde zur Beobachtung der Demographie der Gesundheitsberufe (ONDPS) koordiniert und unterstützt. Das ONDPS schlägt den zuständigen Ministerien für Gesundheit bzw. Bildung, ausgehend von den Vorschlägen der regionalen Komitees, die Zahl und Zusammensetzung der künftig auszubildenden Gesundheitsberufe vor.

Das französische Ausbildungssystem nimmt eine strikte Steuerung der Studierenden in die Weiterbildung vor, insofern die Zahl der Weiterbildungsplätze in den einzelnen Fachrichtungen exakt vorgegeben ist. Die Zahl der Weiterbildungsplätze in den 44 Fachrichtungen, in denen ein DES (Diplôme D'Études Spécialisée) erworben werden kann, wird jährlich unter Beteiligung der Regionen zentral festgelegt und über eine landesweite Prüfung bzw. einen Wettbewerb (ECN, Épreuves Classantes Nationales) vergeben. Den Studierenden auf den vorderen Rangplätzen des ECN stehen dabei alle 44 Weiterbildungsgänge offen, je weiter hinten man platziert ist, umso mehr werden die Wahlmöglichkeiten eingeschränkt, weil Plätze in den begehrten Fächern ggf. bereits vergeben sind. Im Jahr 2022 entfielen von den insgesamt 9.024 Weiterbildungsplätzen 40,2 % (N = 3.634) auf die Allgemeinmedizin.

Schweiz: In der Schweiz gibt es keine aktive Steuerung der Anzahl der Weiterbildungsstellen in den einzelnen Weiterbildungsrichtungen. Es steht den Ärztinnen

und Ärzten frei, für welche fachärztliche Weiterbildung sie sich zu welchem Zeitpunkt entscheiden. Die Zahl der Assistenzstellen pro Fachgebiet richtet sich weitgehend nach den funktionalen Bedürfnissen der Weiterbildungsstätten. Dies sind überwiegend die Spitäler, deren fachgebietsspezifische Ausgestaltung der Kontingente nicht notwendigerweise mit dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung übereinstimmt. (Burla et al. 2022) „Kriterien für die Anerkennung der Weiterbildungsstätten und andere Bestimmungen in den Weiterbildungsprogrammen der jeweiligen Fachgesellschaften stellen im gewissen Rahmen implizite Steuerungsmechanismen dar.“ (SIWF 2017, 1) Die Aktivitäten zur bedarfsgerechten Koordination des Weiterbildungsangebots werden in der Schweiz seit einigen Jahren forciert. Modellrechnungen des Obsan zur Simulation des zukünftigen Bedarfs und des Bestands an Ärztinnen und Ärzten der unterschiedlichen Fachrichtungen lehnen sich an den niederländischen Ansatz an. Das institutionell breit aufgestellte Gremium „Koordination ärztliche Weiterbildung“ soll frühere Arbeiten fortsetzen und Empfehlungen zum Weiterbildungsangebot und dessen Koordination erarbeiten. In diesem Zusammenhang wurden im Jahr 2022 die Ergebnisse und Empfehlungen aus dem ersten Teilprojekt vorgelegt, in dem auch die Hausarztmedizin bearbeitet wurde. Es wurde gezeigt, dass es erheblicher Anstrengungen bedarf, um die starke Abhängigkeit der Schweiz von einem anhaltenden Zustrom (auch) bereits weitergebildeter Ärztinnen und Ärzte aus anderen Ländern, darunter insbesondere aus Deutschland, zu verringern. Empfohlen werden u. a. ein innerschweizerischer Kapazitätsausbau von Studienplätzen und Anreize zur Schaffung von Weiterbildungsplätzen im ambulanten Bereich.

Österreich: Eine systematische Steuerung von Medizinerinnen und Medizinern in einzelne Fachgebiete gibt es Österreich nicht. Nach dem Studium steht den Ärztinnen und Ärzten die Entscheidung frei, für welche Weiterbildungsfachrichtung sie sich entscheiden. Die Steuerung, wie viele Ärztinnen und Ärzte sich in den einzelnen Fachgebieten ausbilden lassen, erfolgt über die Ausbildungsplatzkontingente der Spitäler. Welches Fach die Ärztinnen und Ärzte wählen können, hängt von der Anzahl der je Fachgebiet behördlich festgelegten Ausbildungsplätze als auch von den von den Spitalsträgern festgelegten Dienstpostenplänen ab.

Zum 01.01.2023 sind die Aufgaben der Bewilligung von Ausbildungsstellen genauso wie für die Qualitätskontrolle der Ausbildung von den jeweiligen Landesärztekammern auf die Bundesländer übergegangen. Die wesentlichsten Faktoren für die Bewilligung sind das Leistungsspektrum der Abteilung sowie die Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte. Die Anzahl der jährlich notwendigen Abschlüsse der Weiterbildungsfachrichtung Allgemeinmedizin wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz festgelegt. Hier bestehen nach Auskunft der Österreichischen Ärztekammer unterschiedliche Ansichten bezüglich der jährlich benötigten neuen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner (Zahl schwankt zwischen 400 und 550 p. a.). Die Gesamtzahl wird auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt. Nach Expertenauskunft haben die Spitäler (teilweise) vorgegebene Quoten an auszubildenden Fachärztinnen/-ärzten und Allgemeinärztinnen/-ärzte

zu erfüllen. Nach Auskunft von Expertinnen/Experten gibt es derzeit keine Schwierigkeiten für Ärztinnen und Ärzte, ihre Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin anzutreten, da die Spitäler und Lehrpraxen eine ausreichende Anzahl von Ausbildungsplätzen anbieten, die nicht alle besetzt werden können.

3.3 Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Tabelle 10 bietet einen Überblick zu den unterschiedlichen Ansätzen der Finanzierung einzelner Elemente der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den einzelnen Ländern.

Tabelle 10: Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Land	Finanzierung der WB
AUT	<ul style="list-style-type: none"> - In der Regel Anstellung beim weiterbildenden Spital, Gehaltszahlung in den stationären WB-Abschnitten durch die Spitäler, Finanzierung durch die Bundesländer via KH-Finanzierung - In der amb. Lehrpraxisphase: bundesländerspezifische spitälsäquivalente Entlohnung (gemäß Lehrpraxis-Kollektivvertrag): <ul style="list-style-type: none"> - 30 Stunden Wochenstunden in der Lehrpraxis: Grundgehalt + Zulagen + Lohnnebenkosten + anteilige Sonderzahlungen werden übernommen zu: <ul style="list-style-type: none"> - 25 % vom Bund - 30 % vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger - 30 % von den Ländern - 15 % vom Lehr(gruppen)praxisinhaber als Eigenleistung - 10 Wochenstunden zumeist Normalarbeitszeit oder Nachtdienste in der zuteilenden Ausbildungsstätte (KH/Dienstgeber) im Rahmen der Vereinbarung zur Normalarbeitszeit oder Nachtdiensten <p>Anmerkung: Bemessungsgrundlage des Gehalts in der Lehrpraxis ist das aktuelle Gehalt der/des angehenden AM aus dem Spitalsturnus</p>
BEL (Fländern)	<ul style="list-style-type: none"> - Anstellung der ÄiW AM beim SUI vzw (bei der vom Ministerium für „Soziale Angelegenheiten und Bevölkerungsgesundheit“ anerkannten Koordinierungsstelle für das sozial-juristische Management der Weiterbildung) - Das SUI zahlt die Gehälter der ÄiW, die Mittelbereitstellung erfolgt durch das RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering“ als oberste nationale Behörde für die soz. Krankenversicherung, die dem Ministerium für Volksgesundheit untersteht) (Die Finanzierungsquellen konnten durch Nachfragen beim RIZIV nicht aufgeklärt werden) - Die vom Ministerium anerkannten Praxisweiterbildenden erhalten keine Aufwandsentschädigung, sondern zahlen monatlich eine bestimmte Summe an SUI vzw, um weiterzubilden zu dürfen; im Gegenzug verbleiben die Einkünfte aus den Konsultationen und Bereitschaftsdiensten der ÄiW AM bei den Weiterbildenden - Die Mittel für die Lehr- und Organisationskosten des ICHO (Interuniversitair Centrum HuisartsenOpleiding), darunter die jährlichen Pauschalen für die Weiterbildungskordinatorinnen/-kordinatoren (diese erhalten pauschal 1.845 € pro Jahr und ÄiW), werden größtenteils vom Staat ergänzt um die Mittel der Praxisweiterbildenden getragen

Land	Finanzierung der WB
CHE	<ul style="list-style-type: none"> - Erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Umfangs der finanziellen Unterstützung der weiterbildenden Spitäler für die WB zwischen den Kantonen; Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung (WFV) 2014 beschlossen, seit 2022 in Kraft- Gemäß WFV richten die Standortkantone den Spitälern pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) pauschal 15.000 CHF aus; die Standortkantone können den Spitälern höhere Pauschalen zahlen, die aber nicht im Rahmen des interkantonalen Ausgleichs geltend gemacht werden können. Dieser regelt, dass Kantone, deren Spitäler bezogen auf die Kantonsbevölkerung unterdurchschnittlich viele Ärztinnen und Ärzte ausbilden, über eine Zahlung an einen Ausgleichsfonds einen finanziellen Ausgleich an die Kantone mit überdurchschnittlichen Ausbildungsleistungen entrichten - Für die Gehaltsförderung des im Weiterbildungsprogramm geforderten Mindestweiterbildungsanteil in der ambulanten Versorgung/Allgemeinen Inneren Medizin (Praxisassistenz gewünscht, aber nicht obligatorisch) wurden Programme aufgelegt: Programm „Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenz)“ 1998 initiiert & 2009 an die Gemeinnützige Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM) übergegangen, zudem kantonale Programme - Kosten der amb. Lehrpraxis werden schweizweit zu 61 % von den Kantonen, zu 31 % von den Lehrpraxen und zu 8 % von den Spitälern getragen - Die Praxisassistenz kann durch die Lehrpraktikerin/den Lehrpraktiker auch zu 100 % selbst finanziert werden (häufig in Wintersportgebieten mit saisonaler Arbeitsbelastung und bei Praxisassistentinnen/-assistenten mit bereits fortgeschrittener Weiterbildung)
FRA	<ul style="list-style-type: none"> - Studierende in der 3. Phase sind öffentlich Bedienstete, vergleichbar mit anderen Beschäftigten in Krankenhäusern - Die geringe Entlohnung der Studierenden (in etwa auf Höhe des französischen Mindestlohns) zahlen die Krankenhäuser (Universitäten) ebenso wie Kosten der theoretischen Ausbildung und der „Maîtres de stage“ aus ihren Budgets. - Wegen der Integration der Weiterbildung in das Medizinstudium spielt zum einen der Staat als Finanzier der Universitäten eine große Rolle. Zum anderen werden die Ausgaben für die Studierenden im Weiterbildungsabschnitt der ärztlichen Ausbildung („Internes“) in Frankreich unter den Ausgaben für die Krankenhausversorgung verbucht, die ganz überwiegend durch die Krankenversicherung finanziert wird - Gesundheitseinrichtungen, die Aufgaben der Ausbildung von Gesundheitspersonal sowie der Forschung und Innovation im Gesundheitswesen übernehmen, erhalten eine finanzielle Zuwendung aus Mitteln der Krankenversicherung („missions d’enseignements, de recherche, de référence et d’innovation – MERRI“). Das Gesamtvolumen des MERRI lag 2021 bei etwa 1,8 Mrd. Euro, davon entfielen etwa 24 % (0,44 Mrd. Euro) auf die Unterstützung der Ausbildungsaufgaben (der Rest auf Forschung). Der konkrete Sockelbetrag einer Einrichtung errechnet sich zum einen nach der Zahl der Personen, die ausgebildet werden und zum anderen nach spezifischen Schlüsseln in Abhängigkeit von den Forschungsleistungen
NLD	<ul style="list-style-type: none"> - Anstellung der ÄiW AM bei der „Stiftung für die Weiterbildung von Hausärzten“ (SBOH), die überwiegend aus Krankenversicherungsbeiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber (aus dem Krankenversicherungsfonds) finanziert werden und nur zu einem geringeren Teil aus Zuschüssen des Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport und durch von der SBOH für ihre Leistungen erhobenen Gebühren - die SBOH zahlt auch die Gehälter der ÄiW AM - Finanzierungszuständigkeit der SBOH zudem für drei weitere Aspekte der medizinischen Weiterbildung: 1. Anteilige Kosten für die Universitätsinstitute (für Organisation & Lehre in der WB), die die theoretische Weiterbildung durchführen, 2. Honorare für die Weiterbildenden, 3. die Gelder für Projekte, die der Innovation, der Qualität und der Kooperation dienen

Quelle: Länderdossiers (vgl. Abschnitte 5 bis 9)

3.4 Status quo der hausärztlichen Versorgung

3.4.1 Zur hausärztlichen Koordinations- und Steuerungsfunktion

Die Rolle der Allgemeinmedizin ist in den Gesundheitssystemen der untersuchten Länder formal sehr ähnlich abgegrenzt. Die von den Hausärztinnen und Hausärzten ausübende und ausgeübte Koordinations- und Steuerungsfunktion für die gesamte Patientenversorgung ist in jenen Ländern besonders stark ausgeprägt, in denen ein Gatekeeping-Ansatz vollständig umgesetzt ist (Niederlande). Hier ist der Zugang zu Spezialfachärzten und zur Krankenhausversorgung nur über die Hausärztinnen/-ärzte möglich. Ein abgeschwächter Gatekeeping-Ansatz findet sich in Frankreich, wo die Patientinnen und Patienten auch ohne vorherige Konsultation und Überweisung einer Ärztin/eines Arztes, bei der/dem sie sich eingeschrieben haben, bestimmte Spezialfachärztinnen/-ärzte (Kinderärztinnen/-ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Augenärztinnen/-ärzte etc.) aufsuchen können. Der Zugang der Bevölkerung zu anderen Facharztgruppen ohne Überweisung steht in Frankreich grundsätzlich offen, ist aber mit einer geringeren Kostenerstattung für die bei den Spezialistinnen und Spezialisten erhaltenen Leistungen verknüpft. Ein ähnliches Modell findet sich in Belgien, wo die Selbstbeteiligung für die Konsultationen von Spezialfachärztinnen und -ärzten geringer ausfällt, sofern diese auf Überweisung einer Hausärztin/eines Hausarztes erfolgen. Zudem gibt es in Belgien eine hohe Bindung der Bevölkerung an das Modell der Hausärztin/des Hausarztes als Erstbehandlerin/-behandler. In der Schweiz besteht kein grundsätzlicher Gatekeeping-Ansatz. Allerdings binden sich hier viele Versicherte freiwillig an Modelle mit einem Gatekeeping-Ansatz (ausgenommen ist i. d. R. der Zugang zu Gynäkologinnen/Gynäkologen, Augenärztinnen/-ärzten), vorrangig um Prämienvergünstigungen für ihre Krankenversicherung zu erlangen. In Österreich gibt es – wie in Deutschland – bis auf einzelne Ausnahmen keine derartigen Steuerungsansätze.

Die freie Wahl der Hausärztin/des Hausarztes ist in keinem der untersuchten Länder formal eingeschränkt.

3.4.2 Sicherstellungsprobleme und Trends in der hausärztlichen Versorgung

Ähnlich wie in Deutschland zeigen sich in allen untersuchten Ländern aktuell mehr oder minder große Probleme in der flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Die Hausärzteschaft ist überaltert, viele Hausärztinnen/-ärzte praktizieren auch noch in einem (höheren) Alter, in dem üblicherweise der Ruhestand genossen wird. Für Hausärztesitze insbesondere im ländlichen Raum findet sich oft nur schwierig eine Nachfolge und es mehren sich Meldungen darüber, dass die praktizierenden Hausärztinnen/-ärzte keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen (können) (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Probleme in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Land	Problem in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung
AUT	<ul style="list-style-type: none"> - Zahl der Ordinationen mit Kassenvertrag und Zahl der Wahlärztinnen/-ärzte werden in den kommenden Jahren aufgrund der hohen Zahl ausscheidender Ärztinnen und Ärzte sehr wahrscheinlich deutlich rückläufig sein - Nachbesetzung von Ordinationen mit Kassenvertrag wird zunehmend schwieriger - Zahl der erfolgreichen Absolventinnen/Absolventen der WB Allgemeinmedizin in den letzten Jahren deutlich rückläufig
BEL	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr als die Hälfte der Hausärztinnen/-ärzte ist älter als 50 Jahre - Nahezu ein Drittel der Hausärztinnen/-ärzte könnte in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen, aber etwa die Hälfte dieser Hausärztinnen/-ärzte beabsichtigt, ihre Praxis auch nach dem 65. Lebensjahr weiterzuführen - Viele jüngere Hausärztinnen/-ärzte beenden ihre Tätigkeit aufgrund zu weniger Patientinnen/Patienten („partielle Tätigkeitsarmut“); daneben nimmt eine zunehmende Zahl der etablierten Hausärztinnen/-ärzte nur noch in Ausnahmefällen neue Patienten auf
CHE	<ul style="list-style-type: none"> - Starke Abhängigkeit vom weiteren Zuzug ausländischer Ärztinnen und Ärzte - Etwa 20 % der Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin waren im Jahr 2022 65 Jahre oder älter, ca. 14 % waren in einem Alter zwischen 60 und 64 Jahren und ca. 15 % in einem Alter zwischen 55 und 59 Jahren - Zwischen 2018 und 2030 werden – in Vollzeitäquivalenten berechnet – etwa 56 % der in der Hausarztmedizin in Praxen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte aus der Versorgung austreten - In einzelnen Regionen besteht in der Hausarztmedizin eine Unterversorgung (vollständige oder teilweise Aufnahmestopps)
FRA	<ul style="list-style-type: none"> - Ein großer Teil der Hausärzteschaft scheidet altersbedingt aus der Versorgung aus - Die Versorgungsdichte HÄ je 100.000 EW ist rückläufig; dies vollzieht sich bei gleichzeitig wachsender Bevölkerung und zunehmendem Versorgungsbedarf aufgrund Alterung der Bevölkerung - Genereller Ärztemangel und Entstehung „medizinischer Wüsten“ („déserts médicaux“), d. h. Regionen mit sehr niedriger Arztdichte - Festlegung eines ca. 40 %-Anteils HÄ unter der Neuärzteschaft & Erhöhung der Studienplatzzahl wird zu mehr HÄ führen
NLD	<ul style="list-style-type: none"> - Nachwuchsprobleme insbesondere bei den Hausärztinnen/-ärzten trotz des zunehmenden Interesses des ärztlichen Nachwuchses an der Hausarztmedizin, insbesondere aufgrund der zu geringen Anzahl an Weiterbildungsplätzen (zu wenige Lehrpraxen) - Vielfältige Engpässe in der hausärztlichen Versorgung (offene Stellen, Zunahme der Praxen mit Aufnahmestopps für Patientinnen und Patienten, Schwierigkeiten bei der Praxisnachfolge)

Quelle: Länderdossiers (vgl. Abschnitte 5 bis 9)

Soweit ersichtlich beginnt die jüngere Ärztegeneration ihre berufliche Karriere in allen betrachteten Ländern – wie in Deutschland auch – mit Einstellungen und Entwicklungsvorstellungen, die von denen der älteren Hausärztinnen/-ärzte abweichen. Entsprechend wird auch die Entscheidung für das Weiterbildungsfachgebiet unter stärkerer Berücksichtigung „neuer“ Aspekte getroffen, insbesondere:

- mögliches Setting der beruflichen Tätigkeit (ambulant/stationär, Solopraxis/Praxisbetrieb in Zusammenarbeit, selbstständig/angestellt),
- direkte Möglichkeiten zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen in der Patientenversorgung,

- eröffneter Möglichkeitsraum zum gewünschten flexiblen Austarieren der zur Lebensphase und den außerberuflichen Plänen/Interessen passenden Work-Life-Balance (bspw. arbeiten in Teilzeit, in Jobsharing-Modellen),
- erwartbares und bewältigbares Arbeitszeitvolumen,
- Vermeidung höherer Anteile administrativer, patientenferner Tätigkeiten.

Wesentliche weitere Trends in der hausärztlichen Versorgung ähneln sich in den untersuchten Ländern stark. So verringert sich mit dem Ausscheiden der älteren Ärztegeneration – wie in Deutschland – die Bedeutung der Einzelpraxis immer weiter. Praxisorganisationsmodelle, die Vertretungen, Austausch, eine breitere Abdeckung des Leistungsspektrums (bspw. aufgrund erworbener Zusatzqualifikationen) und die Beschäftigung/Mitarbeit und Auslastung weiteren Personals erst ermöglichen, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Der Anteil der in Einzelpraxen tätigen Hausärztinnen/-ärzte ist deutlich rückläufig und die Anteile der in Gruppenpraxen oder in anderen kooperativen Betriebsformen tätigen Hausärztinnen und Hausärzte nehmen schnell zu. In Belgien, den Niederlanden, Frankreich und auch in Österreich ist eine Abkehr der jüngeren Ärztegeneration vom traditionellen Prinzip der/des „Rund um die Uhr“ tätigen Hausärztin/Hausarztes, das häufig mit einer intensiveren Hausbesuchstätigkeit an Abenden und in der Nacht verbunden war, festzustellen.

Das Interesse an unselbstständiger, angestellter Tätigkeit als Hausärztin/-arzt nimmt in jenen Ländern weiter stark zu, in denen sich hierfür attraktive Optionen für solche Beschäftigungssettings finden. Durch diese Entwicklungen befördert, verringert sich die durchschnittliche Arbeitszeit je in der direkten Patientenversorgung tätigen Hausärztinnen/-ärzten, was bei einem steigenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung den Bedarf an hausärztlichen „Köpfen“ Hausärztin/-arzt zusätzlich erhöht. Insgesamt unterscheiden sich auch diese Entwicklungen in den untersuchten Ländern nicht wesentlich von denen in der deutschen Hausärzteschaft.

Die Veränderungen im Mindset der jüngeren und der nachrückenden Ärztegeneration bedeuten einerseits, dass die jungen Ärztinnen/Ärzte nicht mehr in dem von der älteren Ärztegeneration gewohnten zeitlichen Volumen tätig sein wird. Andererseits ermöglicht die Aufgeschlossenheit und die höhere Bereitschaft, mit anderen Berufsgruppen und in anderen Arbeitssettings zu arbeiten, insbesondere für die hausärztliche Tätigkeit Spielräume für eine substanzielle Entlastung von bislang ärztlich erledigten Aufgaben, die ohne Qualitätseinbußen (ggf. unter ärztlicher „Aufsicht“) durch andere Fachkräfte übernommen werden könn(t)en. Die Zusammenarbeit der Hausärztinnen/-ärzte mit anderen Berufsgruppen in den üblichen Praxisformen ist in den Niederlanden am weitesten entwickelt (vgl. Abschnitt 7.2.3).

Für den Bereich der hausärztlichen Versorgung zeigt sich in den untersuchten Ländern – wie in Deutschland –, dass die ambulante hausärztliche Versorgung zunehmend in den Händen von Ärztinnen anstatt von Ärzten liegt.

3.4.3 Kennzahlen zur ärztlichen Versorgungsdichte (Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen)

Vergleiche des Bestands ärztlicher Kapazitäten zwischen einzelnen Ländern gestalten sich in aller Regel schwierig, da es kein einheitliches Vorgehen bei der Erstellung der entsprechenden Statistiken, beim Führen von Ärzteregistern, bei der Abgrenzung einzelner Kollektive von Ärztinnen/Ärzten etc. gibt. Die OECD stellt in ihrem Netzauftritt (<https://stats.oecd.org/>) Daten zu den tätigen Ärztinnen/Ärzten nach einzelnen Fachrichtungen zur Verfügung und beschreibt, welche Arztkollektive aus den Meldungen der einzelnen Länder in die OECD-Datenbasis mit dem Ziel einer bestmöglichen Vergleichbarkeit der Länderzahlen eingeflossen sind. Diese Daten wurden, wie im Abschnitt 2.4 ausgeführt, für die Auswahl der Länder für diese Untersuchung herangezogen. Nach intensiver Befassung mit den OECD-Daten und deren Definitionen wurde aus unterschiedlichen Gründen die Entscheidung getroffen, einen eigenen Datenbestand für den Vergleich der Kennzahlen zur ärztlichen Versorgungsdichte aufzubauen.

In der Tabelle 12 finden sich die Angaben zur Anzahl der berufstätigen (aktiven) Ärztinnen und Ärzte sowie zur Versorgungsdichte je 1.000 Einwohner/-innen jeweils für die Gruppe der Hausärztinnen/-ärzte und für die Gruppe aller übrigen Ärztinnen und Ärzte. Zudem ist der Anteil der Hausärztinnen/-ärzte an allen Ärztinnen und Ärzten ausgewiesen.

Die Kennzahlen wurden für die in der ambulanten und der stationären Versorgung tätigen Ärztinnen/Ärzte insgesamt berechnet, um Verzerrungen aus etwaigen sektoralen Länderunterschieden zu vermeiden. Zudem wurden die Ärztinnen/Ärzte nicht einbezogen, die sich in Weiterbildung befinden (Ausnahme: Schweiz) oder die ohne eine abgeschlossene Weiterbildung berufstätig sind. Verwendet wurden Statistiken der einzelnen Länder aus den Jahren 2021 bzw. 2022 (Ausnahme Niederlande: 2019). Sofern möglich werden auch Aussagen zur Entwicklung der Kenngrößen über einen längeren Zeitraum hinweg mitberichtet.

Insgesamt ergibt sich eine annähernde Vergleichbarkeit der Arztzahlen mit den von der OECD veröffentlichten Werten (<https://stats.oecd.org/>). Detailliertere Informationen zu den Kennzahlen finden sich in den einzelnen Länderdossiers. Der Rechengang zur Ermittlung der Vergleichswerte für Deutschland ist in einer Anmerkung zur Tabelle 12 dargelegt.

In der Gesamtschau zeigt sich für Deutschland eine zumeist deutlich geringere hausärztliche Versorgungsdichte als in den betrachteten Nachbarländern. Auch der Anteil der Hausärztinnen/-ärzte an allen Ärztinnen/Ärzten fällt in Deutschland mit 21,0 % geringer aus als in den Vergleichsländern (bspw. Belgien: 36,8 %, Frankreich: 44,1 %).

Tabelle 12: Kennzahlen zur ärztlichen Versorgungsdichte (ambulanter und stationärer Sektor) in den einzelnen Ländern (inkl. Deutschland)

Land	Ausprägung	Hausärztinnen und -ärzte/Allgemeinärztinnen/-ärzte (AM)	Alle anderen Arztgruppen	Anteil AM an allen Ärztinnen/Ärzten	Hinweise
AUT	Berufstätige Ärztinnen/Ärzte	*abs.: 15,6 Tsd. je 1.000 EW: 1,74 (2021) ** abs.: 11,51 T je 1.000 EW: 1,29 (2021) <i>(Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin)</i>	abs.: 21,7 Tsd. je 1.000 EW: 2,42 (2021)	*41,8 % **34,7 %	ohne ÄiW * Variante A: Zuordnung von 4.064 Ärztinnen/Ärzten, die sowohl als HA als auch als Spezialistinnen/Spezialisten tätig sind, zu den HA ** Variante B: ohne Zuordnung der o. g. 4.064 Ärztinnen/Ärzte Zum Jahresende 2021 waren 2.189 der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin in Krankenanstalten tätig.
BEL	Aktive Ärztinnen und Ärzte („aktiv Berufsausübende“)	abs.: 14,0 Tsd. je 1.000 EW: 1,20 (2021) Tendenz: Anzahl kontinuierlich zunehmend <i>(Huisartsen)</i>	abs.: 23,7 Tsd. je 1.000 EW: 2,04 (2021) Tendenz: Anzahl kontinuierlich zunehmend	36,8 % Tendenz: in den letzten Jahren stabil	ohne ÄiW
CHE	berufstätige Ärztinnen/Ärzte	*** abs.: 10,2 Tsd. je 1.000 EW: 1,17 (2022) Tendenz: Anzahl kontinuierlich zunehmend <i>(FÄ für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztinnen/Ärzte)</i>	abs.: 29,8 Tsd. je 1.000 EW: 3,41 (2022) Tendenz: Anzahl kontinuierlich zunehmend	25,5 % Tendenz: kontinuierlich leicht abnehmend	*** FÄ für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztinnen/Ärzte im amb. & stat. Sektor; 2.638 der FÄ für Allgemeine Innere Medizin und der Praktischen Ärztinnen/Ärzte waren im Spitalsektor tätig. In den einbezogenen Zahlen des Spitalsektors sind die Assistenzärztinnen/-ärzte enthalten.
FRA	Beruflich aktive Ärztinnen und Ärzte (unter 70 Jahren)	abs.: 94,5 Tsd. je 1.000 EW: 1,40 (2021) Tendenz: Anzahl -5,6 % seit 2012 <i>(médecin généraliste)</i>	abs.: 119,7 Tsd. je 1.000 EW: 1,77 (2021) Tendenz: Anzahl +6,4 % seit 2012	44,1 % -3 %P seit 2012	ohne Studierende (= ohne ÄiW)
NLD	„Total regulär etablierte“ Hausärztinnen/-ärzte	abs.: 13,7 Tsd. je 1.000 EW: 0,79 (2019) Tendenz: Anzahl kontinuierlich zunehmend <i>(Huisartsen)</i>	abs.: 30,74 Tsd. je 1.000 EW: 1,77 (2019)	30,8 %	ohne ÄiW

Land	Ausprägung	Hausärztinnen und -ärzte/Allgemeinärztinnen/-ärzte (AM)	Alle anderen Arztgruppen	Anteil AM an allen Ärztinnen/Ärzten	Hinweise
D*** *	Berufstätige Ärztinnen/Ärzte	abs.: 57,3 Tsd. je 1.000 EW: 0,68 (2022) <i>(an der hausärztlichen Versorgung [ohne Kinder- und Jugendmedizin] im vertragsärztlichen Bereich teilnehmende Ärztinnen/Ärzte und im stationären Sektor tätige „Allgemeinmediziner/-innen“)</i>	abs.: 216,0 Tsd. je 1.000 EW: 2,56 (2022)	21,0 %	ohne ÄiW, ohne Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung, ohne Ärztinnen/Ärzte in Behörden, Körperschaften, sonstigen Bereichen etc.

Quelle: Länderdossiers (vgl. Abschnitte 5 bis 9); für D Berechnung wie in Anmerkung **** erläutert

Anmerkung: **** Die Kennzahlen wurden für Deutschland wie folgt berechnet: Von der Zahl der nach der Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2022 (BÄK 2023) berufstätigen Ärztinnen und Ärzte (N = 421.303) wurde die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung (N = 121.663) abgezogen. Von den übrigen 299.640 Ärztinnen/Ärzten mit Facharztbezeichnung wurden 7.504 Ärztinnen/Ärzte, die in Behörden, Körperschaft u. a. tätig sind, und 18.861 Ärztinnen/Ärzte, die in sonstigen Bereichen tätig sind, abgezogen. Die übrigen 273.275 Ärztinnen/Ärzte stellen die Grundgesamtheit aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit Facharztbezeichnung (inkl. Praktische Ärztin/Praktischer Arzt (EWG-Recht)) dar, die am 31.12.2022 im ambulanten oder stationären Sektor tätig waren. Für die Ermittlung der Anzahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wurde auf die von der KBV veröffentlichten statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister (KBV 2023) zurückgegriffen, da diese Arztgruppe in der Ärztestatistik der Bundesärztekammer nicht ermittelt werden kann. Nach der KBV-Statistik belief sich deren Zahl zum 31.12.2022 auf 54.905 Ärztinnen/Ärzte (Fachgruppe Allgemeinmedizin: 34.363, Fachgruppe Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit: 17.560, Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung: 3.189). Aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer wurde die Zahl der stationär tätigen Ärztinnen/Ärzte entnommen, die unter dem Oberbegriff „Allgemeinmedizin“ geführt werden (inkl. Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt), Praktische Ärztin/Praktischer Arzt, SP Geriatrie) (N = 2.368). Insgesamt ist somit von 57.273 Ärztinnen und Ärzten auszugehen, die entweder in der vertragsärztlichen Versorgung hausärztlich tätig sind oder stationär „als Allgemeinmediziner/-in“ tätig sind. Die Gruppe der übrigen ambulant oder stationär tätigen Ärztinnen/Ärzte umfasst 216.002 Personen.

4. Mögliche Erfolgsfaktoren der untersuchten Länder in der Weiterbildung Allgemeinmedizin

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst. Dabei werden alle betrachteten Aspekte aufgegriffen, die in den berücksichtigten Ländern möglicherweise Erfolgsfaktoren der allgemeinmedizinischen Weiterbildung darstellen oder das Interesse der jungen Ärztegeneration für eine hausärztliche Tätigkeit wecken oder steigern können. Eine Nachweisführung im Sinne der Identifizierung sicherer Zusammenhänge zwischen spezifischen Aspekten oder der Umsetzung einzelner Maßnahmen/Aktivitäten und einer für das Interesse an der Allgemeinmedizin förderlichen Entwicklung ist aufgrund einer unzureichenden Studienlage nicht möglich.¹³

Dieses Kapitel ist in die Themenblöcke *Medizinstudium* (Abschnitt 4.1), *Entscheidung für das Gebiet der Weiterbildung* (Abschnitt 4.2), *Weiterbildung Allgemeinmedizin* (Abschnitt 4.3) und *Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit* (Abschnitt 4.4) gegliedert.

4.1 Mögliche Erfolgsfaktoren im Medizinstudium

Auch wenn das Medizinstudium nicht im Fokus der Untersuchung stand, hat sich in den durchgeführten Recherchen und Expertengesprächen gezeigt, dass in einzelnen der untersuchten Länder bereits während des Medizinstudiums eine stärkere Vermittlung hausärztlicher Themen und Sachverhalte erfolgt.

Stärkung des Themas „hausärztliche Tätigkeit“ in der ärztlichen Grundausbildung

Die intensivere Vermittlung hausärztlicher Themen und Sachverhalte bereits im Medizinstudium erfolgt an Universitäten mit stärker hausärztlich orientierten Curricula (bspw. Universitäten Gent, Maastricht, Groningen, Bern)¹⁴. Hierfür nutzen einzelne Universitäten die ihnen gegebenen Spielräume, ihre Studienprogramme in einem gewissen Rahmen eigenständig gestalten zu können. Diese vergleichsweise ausgeprägte hausärztliche Ausrichtung ist im Zusammenhang mit Erfolgen bei der Akademisierung der Allgemeinmedizin – die üblicherweise von gut etablierten Instituten für Hausarzt-/Allgemeinmedizin getragen wird – zu sehen und drückt sich bspw. über Vorlesungen von Professorinnen und Professoren für Hausarzt-/Allgemeinmedizin und die Aufnahme weiterer allgemeinmedizinischen Elemente in die Lehre aus.

Kontakt zur hausärztlichen Tätigkeit bereits im Medizinstudium

¹³ Vgl. hierzu auch: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-primary-care-in-europe-how-to-increase-the-attractiveness-of-primary-care-for-medical-students-and-primary-care-physicians>

¹⁴ Auch in weiteren europäischen Ländern (bspw. Dänemark, Finnland) oder in Kanada werden derartige Ansätze realisiert.

Auch frühe und intensive Kontakte der Studierenden mit der hausärztlichen Praxis leisten einen wichtigen Beitrag, um den angehenden Ärztinnen und Ärzten einen Einblick in die praktische hausärztliche Tätigkeit zu ermöglichen und deren Interesse für das Fach zu wecken oder weiter zu befördern. So sind bspw. in den Niederlanden Hausarztpraktika bereits im Bachelorabschnitt der Medizinausbildung verpflichtend. Auch in der Schweiz sind solche Regelungen verbreitet, so sind beispielsweise an der Universität Bern bereits im 1. und 3. Studienjahr kurze Hausarztpraktika (à acht Halbtage) obligatorisch und zudem im Wahlstudienjahr ein einmonatiges Hausarztpraktikum.

4.2 Mögliche Erfolgsfaktoren zur Förderung der Entscheidung für die Weiterbildung Allgemeinmedizin

In diesem Abschnitt werden Aspekte aufgegriffen, die einen eher direkten Einfluss auf die Wahlentscheidung der Medizinstudierenden und/oder der approbierten Ärztinnen/Ärzte für oder gegen die Weiterbildung Allgemeinmedizin haben können.

4.2.1 Systematische Planung und Quotierung der Weiterbildungskapazitäten

In einzelnen der betrachteten Länder werden die für die Versorgung der Bevölkerung benötigten Kapazitäten in allen ärztlichen Fachgebieten systematisch prospektiv ermittelt und geplant. Die Ergebnisse stellen die Grundlage für eine Quotierung der in jedem Jahr angebotenen Weiterbildungsplätze dar. Dieser Ansatz stellt nach unserer Einschätzung den am stärksten wirksamen Steuerungsansatz dar, um in Verbindung mit weiteren förderlichen Rahmenbedingungen die als erforderlich angesehene Anzahl von Hausärztinnen und Hausärzten gewinnen zu können.

In Belgien, den Niederlanden und Frankreich wird der Bedarf an für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Ärztinnen und Ärzten nach den einzelnen Fachrichtungen einem anspruchsvollen Modellierungsprozess und unter Einbindung aller relevanten Stakeholder mit langfristiger Zeitperspektive prognostiziert. In weiteren Modellierungsschritten werden dann die perspektivisch erforderlichen Weiterbildungsplatzzahlen ermittelt. Der in dem rollierenden Verfahren implementierte langfristige Planungshorizont gewährleistet, dass ein ausreichender zeitlicher Vorlauf für die aufwendige Anpassung der Weiterbildungskapazitäten an die geplanten Größenordnungen gegeben ist.¹⁵ Diese Planung der Weiterbildungskapazitäten erfolgt nach den einzelnen Fachrichtungen (Belgien, Niederlande) und in Frankreich zudem auch regionsbezogen.

¹⁵ Beispiel: Das niederländische System der Workforce-Planung im Gesundheitswesen zielt darauf ab, der Regierung alle drei Jahre Empfehlungen für die optimale Zahl an Zugängen in die Ausbildung zur Verfügung zu stellen. Die Planungsperspektive beträgt 12 bis 15 Jahre. Die Empfehlungen werden nicht nur isoliert für die Ärzteschaft ausgesprochen, sondern auch andere Berufsgruppen wie Pflegekräfte und Hebammen, Apotheker sind einbezogen und zwischenberufliche Austauschprozesse/-effekte finden Berücksichtigung.

Eine Quotierung der Weiterbildungskapazitäten kann die Wahlentscheidung für bzw. gegen eine Weiterbildungsrichtung in mehrerlei Hinsicht beeinflussen. Die Entscheidungsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin dürfte befördert werden, sofern die Wahrscheinlichkeit, hier im Fächervergleich sicherer einen Weiterbildungsplatz zu erlangen, deutlich höher als in anderen Gebieten ist. Hierbei spielt es sicherlich auch eine Rolle, welche Wartezeiten auf einen Weiterbildungsplatz im Einzelfall als persönlich akzeptabel erachtet werden. Die Chancen auf die Erlangung von Weiterbildungsstellen sind in den Ländern mit quotierten Weiterbildungskapazitäten in aller Regel transparent bzw. kalkulierbar. So können sich die Medizinstudierenden in den Niederlanden und Belgien beispielsweise bereits zum Beginn ihres Studiums darauf einstellen, wie viele Weiterbildungsplätze in einzelnen Fachgebieten zum Zeitpunkt ihrer voraussichtlichen Approbation verfügbar sein werden.

Daneben erschwert ein Quotierungssystem nach dem Antritt der Weiterbildung den Wechsel aus der Weiterbildung Allgemeinmedizin in die Weiterbildung in einer anderen Fachrichtung. Ein Umstieg ist mit einem erheblichen Aufwand (insb. Neueinstieg in den Bewerbungs-, Prüfungs- und Auswahlprozess) und üblicherweise nur unter Inkaufnahme (noch) längerer Wartezeiten auf einen Weiterbildungsplatz in einem anderen Fachgebiet verbunden. Hieraus dürfte eine starke Bindung der Ärztinnen und Ärzte an ihre initial getroffene Weiterbildungsentscheidung resultieren.

Auch in der Schweiz sind in den letzten Jahren die Bemühungen intensiviert worden (in Orientierung an dem niederländischen Simulationsansatz), Prognosen über den zukünftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zu erstellen und Empfehlungen zum Weiterbildungsangebot und dessen Koordination zu erarbeiten.

In Deutschland gibt es keine systematische Vorausplanung der bedarfsnotwendigen ärztlichen Kapazitäten. Etwaige Bemühungen zur prospektiven Ermittlung der notwendigen Weiterbildungskapazitäten nach Fachgebieten und ggf. sogar Regionen würden insofern allein schon an der fehlenden empirischen Aufsatzgrundlage scheitern.

4.2.2 Vorgegebene Dauer der Weiterbildung Allgemeinmedizin

In Belgien, Frankreich und den Niederlanden ist die Dauer der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf einen Zeitraum von lediglich drei Jahren ausgerichtet¹⁶ und damit deutlich kürzer als in den anderen untersuchten Ländern und als die Weiterbildungsdauer in den übrigen Fachgebieten, in denen die Weiterbildung üblicherweise fünf bis sechs Jahre dauert. Voraussetzung für die Umsetzung der hausärztlichen Weiterbildung innerhalb von drei Jahren ist ein curricular stark

¹⁶ In Frankreich wurde die Weiterbildung Allgemeinmedizin ab dem Studienjahr 2023/2024 von drei auf vier Jahre verlängert.

strukturiertes Weiterbildungskonzept, bei dessen Durchlaufen die ÄiW eng geführt, gut koordiniert und intensiv betreut werden und das regelmäßige Evaluieren des Weiterbildungsfortschritts vorsieht (vgl. auch Abschnitte 4.3.2 und 4.3.4).

Soweit ersichtlich gibt es in Belgien, Frankreich und in den Niederlanden nur wenige Ärztinnen/Ärzte, die ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin abbrechen. Auch größere Überschreitungen der (Regel-)Weiterbildungszeiten sind selten. Gleichzeitig gibt es keine Hinweise darauf, dass belgische und niederländische Hausärztinnen/-ärzte ihre Leistungen in einer geringeren Qualität als die Hausärztinnen/-ärzte in Ländern mit einer längeren Weiterbildungsdauer erbringen. Zudem sei darauf hingewiesen, dass alle belgischen und niederländischen Hausärztinnen/-ärzte verpflichtend ein vergleichsweise breites Tätigkeitsspektrum anbieten müssen („Basistakenpaket“). Es gelingt offenbar innerhalb der intensiven dreijährigen Weiterbildung alle hierfür erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

Es ist zu vermuten, dass die im Vergleich zu den übrigen Fachgebieten erheblich kürzere Weiterbildung in der Allgemeinmedizin insbesondere für jene Absolventinnen und Absolventen besonders attraktiv ist, die beabsichtigen, möglichst früh und/oder mit einer mittelfristigen Perspektive in die Phase der Familiengründung mit Kindern einzutreten und gleichzeitig (aufgrund der abgeschlossenen Weiterbildung) auch bereits in einem für sie attraktiven und von ihnen gewünschten Arbeitssetting tätig werden zu können. In Belgien schließen die Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durchschnittlich bereits im Alter von etwa 28 Jahren und in Frankreich im Alter von 31 Jahren ab und damit deutlich früher als in Deutschland.

4.2.3 Wartezeiten auf einen Weiterbildungsplatz (Verfügbarkeit von Weiterbildungsplätzen)

In Belgien und den Niederlanden gibt es derzeit Wartezeiten auf Weiterbildungsplätze in der Allgemeinmedizin, die aber vorrangig aus den dortigen Systemen der Steuerung der Weiterbildungskapazitäten resultieren dürften (vgl. Abschnitt 4.2.1). In den Niederlanden ergibt sich der Engpass offenbar vorrangig aus der aktuell zu geringen Zahl akkreditierter Weiterbildungsbefugter. Hier sind die zeitlichen Anforderungen für die Erlangung und den Beibehalt einer Weiterbildungsbezugnis und für die Betreuung der ÄiW besonders hoch (vgl. Abschnitt 4.3.3). Auch in Frankreich sind die Weiterbildenden ein Engpassfaktor, was sich nicht zuletzt aus der Demographie der Ärzteschaft ergibt: Eine in den letzten Jahren stark erhöhte Zahl von Studierenden bzw. Weiterzubildenden trifft auf eine aktuell deutlich zu geringe Zahl an bereits praktizierenden und als Weiterbildende infrage kommenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern. Das Problem ist somit nur lösbar, wenn sich proportional mehr Hausärztinnen/-ärzte bereit erklären, als Weiterbildende tätig zu werden.

Hingegen ist es nach Experteneinschätzung Ärztinnen und Ärzten aktuell in Österreich und in der Schweiz grundsätzlich ohne Wartezeiten möglich, eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bzw. in der Allgemeinen Inneren Medizin aufzunehmen.

Am Beispiel Österreichs wird deutlich, dass eine ausreichende Verfügbarkeit von Weiterbildungsplätzen in der Allgemeinmedizin allein nicht notwendigerweise zu einer höheren Zahl an Weiterbildungen in diesem Fach und einem gleichzeitig abnehmenden Interesse an Weiterbildungen in den spezialisierten Fachgebieten führen muss. Die Wahl des Weiterbildungsfachs wird durch vielfältige weitere Aspekte mitbeeinflusst, vermutlich sogar in einem stärkeren Maß als von etwaigen Wartezeiten auf den gewünschten Weiterbildungsplatz.

Insgesamt ergibt sich der Eindruck, dass es in allen betrachteten Ländern grundsätzlich gelungen ist, durch die Setzung gezielter Anreize eine hinreichende Anzahl von Weiterbildungsstellen in der ambulanten Versorgung zu schaffen und die Wartezeiten auf Weiterbildungsplätze in der Allgemeinmedizin grundsätzlich kurz zu halten. Ein wesentliches Element dürfte dabei die finanzielle Förderung des gesamten oder des überwiegenden Teils des Gehalts der Ärztinnen/Ärzte in den Lehrpraxisphasen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ausmachen.

Die Gehaltsförderung ist in den Niederlanden einer gemeinnützigen Stiftung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (SBOH) übertragen, die ihrerseits überwiegend aus Mitteln der Krankenversicherung finanziert wird. In Belgien erfolgt die Gehaltszahlung von der vom Ministerium für „Soziale Angelegenheiten und Bevölkerungsgesundheit“ anerkannten Koordinierungsstelle für das sozial-juristische Management der Weiterbildung, die die Mittel von der für die Krankenversicherungen zuständigen Behörde (RIZIV) erhält. In der Schweiz werden die Kosten der Lehrpraxis wie auch in Österreich zu einem überwiegenden Teil aus Steuermitteln finanziert, aber auch die Lehrpraxen beteiligen sich an der Gehaltsfinanzierung. In Österreich ist zudem der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit 30 % an den Kosten beteiligt. In Frankreich fällt eine eindeutige Zuordnung schwerer: Wegen der Integration der Weiterbildung in das Medizinstudium spielt der Staat als Finanzier der Universitäten eine große Rolle. Zum anderen werden die Ausgaben für die Studierenden im Weiterbildungsabschnitt der ärztlichen Ausbildung („Internes“) in Frankreich unter den Ausgaben für die Krankenhausversorgung verbucht, die ganz überwiegend durch die Krankenversicherung finanziert wird.

In den Niederlanden und Frankreich erhalten die Weiterbildenden Honorare für ihre Ausbildungstätigkeit und in Belgien wird die Tätigkeit der Weiterbildungskordinatorinnen und -koordinatoren mit einem jährlichen Pauschalbetrag pro ÄiW durch die o. g. Institutionen honoriert. Zudem finanzieren diese Institutionen auch die Kosten jener Einrichtungen, die die theoretische Weiterbildung durchführen. Hinsichtlich der Abrechnung der von den ÄiW erbrachten Leistungen zugunsten der Lehrpraxen gibt es in den Ländern unterschiedliche Regelungen.

4.2.4 Möglichkeiten zum Wechsel zwischen den Weiterbildungsfachrichtungen (Durchlässigkeit)

In Belgien, Frankreich und den Niederlanden ist der Wechsel aus einer einmal aufgenommenen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in eine andere Weiterbildung nur mit einem höheren Zeitverlust möglich (vgl. Abschnitt 4.2.1). In Belgien können Ärztinnen und Ärzte bei einem gewünschten Wechsel aus einer anderen in die allgemeinmedizinische Weiterbildung unter engen Voraussetzungen allenfalls den Entfall ihres Krankenhauspraktikums im Umfang von sechs Monaten gewährt bekommen.

In Österreich können erst seit einigen Jahren Ausbildungsfächer der Allgemeinmedizin nicht mehr auf eine fachärztliche Weiterbildung angerechnet werden, was die Bindung der Ärztinnen und Ärzte an ihre Entscheidung für die Weiterbildung Allgemeinmedizin vermutlich deutlich erhöhen dürfte. Ein Umstieg aus einer anderen Weiterbildung in die Weiterbildung Allgemeinmedizin ist hingegen leichter möglich, da die fachärztliche Sonderfach-Grundausbildung und -Schwerpunktausbildung unter bestimmten Voraussetzungen formlos auf das jeweilige Fach der allgemeinmedizinischen Weiterbildung angerechnet werden können. Mit einiger Wahrscheinlichkeit hat die einleitend beschriebene Umstellung der Anrechenbarkeit in Verbindung mit der Verlängerung der Dauer der allgemeinmedizinischen Weiterbildung dazu beigetragen, dass die Absolventenzahlen Allgemeinmedizin in Österreich in den letzten Jahren stark zurückgegangen sind.

Die schweizerische Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ermöglicht die spätere Tätigkeit als Hausärztin/-arzt oder im Spital, sodass die Notwendigkeit für einen Wechsel der Weiterbildungsfachrichtung im Verlauf nur vergleichsweise gering sein dürfte. Zudem ist die Weiterbildung Allgemeine Innere Medizin auf eine hohe Durchlässigkeit zwischen den Ausrichtungen in der Aufbauweiterbildung und eine große individuelle Flexibilität der Ausgestaltung angelegt.

Insgesamt zeigt sich (insbesondere in Belgien und den Niederlanden), dass die weitgehende Nichtdurchlässigkeit der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nicht dazu führt/führen muss, dass sich unter den jungen Ärztinnen und Ärzten nicht die gewünschte Zahl von Interessierten für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin findet.

4.2.5 Gehalt/Lebensbedingungen während der Weiterbildung im Fachgebietsvergleich

Zwischen den untersuchten Ländern zeigen sich für die Zeit der Weiterbildung erhebliche Gehaltsunterschiede. Die Spannweite reicht von etwa 2.000 Euro (Grundgehalt im ersten Weiterbildungsjahr (Frankreich) über Beträge zwischen etwa 3.000 und 4.000 Euro (Bruttomonatsgehalt) zzgl. weiterer Vergütungsbestandteile in Belgien und den Niederlanden bis hin zu Vergütungen zwischen etwas über 4.000 Euro (Bruttomonatsgehalt) in Österreich. Am höchsten fällt das Gehalt in der Weiterbildung in der Schweiz aus. Hier wurden für das erste Weiterbildungsjahr

Angaben in einer Spanne von etwa 5.000 bis 7.400 CHF gefunden. In allen untersuchten Ländern erhöht sich die Vergütung mit jedem weiteren Weiterbildungsjahr.

Es wurden keine Hinweise darauf gefunden, dass die Höhe des Gehalts und das Niveau der sozialen Absicherung während der Weiterbildung einen der wichtigsten Erfolgsfaktoren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin darstellen. Dies begründet sich vermutlich aus dem Sachverhalt, dass eine in einzelnen Ländern ggf. vormals bestehende negative Diskriminierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Bezug auf die Höhe des Gehalts und das Niveau der sozialen Absicherung gegenüber den anderen Fachgebieten insbesondere in der Zeit in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis weitgehend abgestellt ist (wie in Deutschland auch) (vgl. Abschnitt 4.2.3).

Für die untersuchten Länder wurden keine systematischen Besonderheiten in der Vergütung der Ärztinnen/Ärzte während der Ausbildungszeit festgestellt, die darauf abzielen, die Weiterbildung Allgemeinmedizin gegenüber anderen Disziplinen besonders zu fördern/anzureizen.

4.3 Mögliche Erfolgsfaktoren in der Weiterbildung Allgemeinmedizin

In diesem Abschnitt werden Aspekte aufgegriffen, die in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung selbst liegen und geeignet erscheinen, die Weiterbildung Allgemeinmedizin für die jungen Ärztinnen und Ärzte in Konkurrenz zu den Weiterbildungen in den anderen Fachgebieten zu attraktivieren.

4.3.1 Anspruchsvolles Aufnahmeverfahren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin

In Belgien und den Niederlanden gibt es im Gegensatz zu allen anderen untersuchten Ländern einen strukturierten Aufnahmeprozess der Kandidatinnen/Kandidaten auch in die Weiterbildung Allgemeinmedizin, der ein Bewerbungsverfahren inklusive einer wissenschaftlichen Eignungsprüfung und ein Interview (Niederlande) umfasst. Diese Eintrittsbarrieren in die allgemeinmedizinische Weiterbildung sind durchaus nicht nur als Formalität anzusehen. Da auch die Zahl der Ausbildungsplätze in der Allgemeinmedizin limitiert ist, entscheidet das persönliche Abschneiden im Bewerbungsprozess über den Zugang in die Weiterbildung.

In den Niederlanden erfolgt die Bewerbung beim niederländischen Institut für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Huisarts Opleiding Nederland). Die Modalitäten des Auswahlverfahrens werden von diesem Institut festgelegt, während die Ausführung durch die einzelnen medizinischen Fakultäten erfolgt. In Belgien ist der Nachweis eines sechswöchigen hausärztlichen Praktikums vor dem Beginn der Weiterbildung eine Voraussetzung für den Ausbildungsstart.

Diese Bewerbungs-/Aufnahmeverfahren in die allgemeinmedizinische Weiterbildung dürften dazu beitragen, die persönliche Eignung der Kandidatinnen/Kandidaten auch mit Blick auf die spätere Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung im Sinne einer Vorfilterung zu prüfen und zudem den Anteil der Ärztinnen/Ärzte, die die Weiterbildung abbrechen (müssen), gering zu halten.

Das Bewerbungs-/Aufnahmeverfahren erhöht nach Experteneinschätzung auch das Ansehen der späteren Fachärztinnen/-ärzte in der Ärzteschaft, da es a priori einer Eignung und einer gewissen Fachlichkeit bedarf, um überhaupt für die allgemeinmedizinische Weiterbildung zugelassen zu werden.

4.3.2 Strukturiertes curriculares Weiterbildungsprogramm

Die Ausgestaltung und Verortung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung unterscheiden sich zwischen den untersuchten Ländern. Frankreich ist das einzige einbezogene Land, in dem die Weiterbildung ein integraler Teil des Medizinstudiums ist.

In Belgien, Frankreich und den Niederlanden und teilweise auch in der Schweiz sind die Aufgaben der Durchführung und Organisation der allgemeinmedizinischen Weiterbildung den medizinischen Fakultäten der Universitäten übertragen. Damit sind die Universitäten auch in der Weiterbildung die wichtigsten Partner der ÄiW (vgl. auch Abschnitt 4.3.3).

In den Niederlanden wird die gesamte allgemeinmedizinische Weiterbildung durch die universitären Institute für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gestaltet und koordiniert. In Belgien ist diese Aufgabe dem Verband (ICHO) als Zusammenschluss der Institute für Allgemeinmedizin übertragen. Die von den Instituten entwickelten Weiterbildungscurricula beschreiben auch, in welchen Formen (d. h. theoretische Veranstaltungen, Praktika etc.) die Kompetenzvermittlung an die ÄiW erfolgen soll. In beiden Ländern sind begleitend zur ambulanten und stationären Lehrpraxis regelmäßige Weiterbildungszeiten (ein „Rückkehrtag“ an die Universität pro Woche) mit theoretischen Veranstaltungen und Seminararbeiten mit Praxisanleitenden obligatorisch vorgesehen.

Das in Frankreich landesweit einheitlich geltende Curriculum, das Verlauf und Inhalte der Weiterbildungsphasen sowie der Prüfungen/Evaluationen definiert, sieht eine in drei Phasen gegliederte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vor. Durchgängig in allen Phasen sind neben der Lehrpraxis an einem Halbtage pro Woche akademische Ausbildungseinheiten (Verfassen von klinischen Berichten, Praxisaustauschgruppen, Gruppen zur Schulung der therapeutischen Beziehung, Workshops zum Erwerb praktischer Fertigkeiten etc.) und ein Halbtage pro Woche für das autonome Studium (i. d. R. für das Abfassen der Doktorarbeit) vorgegeben. Für die Organisation und Administration der Weiterbildung sind mehrere Gremien auf regionaler Ebene zuständig. So gibt es für jede Fachrichtung eine für das Einzugsgebiet der medizinischen Fakultät zuständige lokale Koordinationskommission, der neben der/dem lokalen Weiterbildungs Koordinatorin bzw. -koordinator der Fach-

richtung auch andere Lehrende bzw. praktizierende Ärztinnen/Ärzte der Fachrichtung sowie zwei Studierende angehören („commission de coordination de la spécialité“). Diese Kommission ist für die Abwicklung und Steuerung der Weiterbildung zuständig (Abschluss des Weiterbildungsvertrags, Prüfungen und Nachweise). Zudem sind für den Einzugsbereich jeder medizinischen Fakultät drei weitere Kommissionen eingerichtet, die vor allem an der Bereitstellung der erforderlichen Plätze in geeigneten medizinischen Einrichtungen bzw. der Gewinnung von Weiterbildenden mitwirken, indem sie der regionalen Gesundheitsbehörde (ARS) zuarbeiten („commission d'évaluation des besoins de formation, commission d'agrément, commission de répartition“).

In der Schweiz wurde mit der Eröffnung neuer Institute für Hausarztmedizin und deren gezielter Förderung die Präsenz des Themas „Grundversorgung“ an den universitären Hochschulen der Schweiz gezielt gestärkt. Diese Institute haben Programme und Curricula für die Weiterbildung in der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) entwickelt und etabliert (exemplarisch sei auf das Berner Curriculum AIM verwiesen – vgl. Abschnitt 9.6). In Österreich sind vergleichbare Aktivitäten der Universitäten bislang vor allem im Rahmen von Modellprojekten feststellbar. Erst in den letzten Jahren haben sich auch an allen österreichischen Universitäten Institute für Allgemeinmedizin etabliert.

Insgesamt stellt eine starke Involvierung der universitären Institute für Allgemein-/Hausarztmedizin in die Weiterbildung u. E. einen wichtigen Faktor für die Professionalisierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung dar. Professionalisierung meint in diesem Zusammenhang sowohl die inhaltliche Ausgestaltung der Weiterbildung und der Vermittlungsformen als auch die Unterstützung der ÄiW beim zügigen Durchlaufen der Weiterbildung (Mentoring, Finden geeigneter Lehrpraxen, Planung von Rotationen etc.).

4.3.3 Auswahl und Qualifizierung der Weiterbildenden

In Belgien, Frankreich und den Niederlanden werden die Weiterbildenden von den medizinischen Fakultäten akkreditiert. Die Weiterbildungsbefugten für Allgemeinmedizin werden in geregelten Verfahren ausgewählt. Die Weiterbildenden durchlaufen einen obligatorischen Qualifizierungsprozess, der dauerhaft und teilweise mehrstufig angelegt ist. So erstreckt sich der (vollständige) Ausbildungsprozess für Weiterbildende in der Allgemeinmedizin in den Niederlanden über vier Jahre. In jedem Jahr ist ein achttägiges Training an einem der universitären Ausbildungsinstitute für Allgemeinmediziner zu absolvieren. Auch die Evaluation der Arbeit/Lehre der Weiterbildenden ist fester Bestandteil der Akkreditierung. Zudem ist es in diesen beiden Ländern sichergestellt, dass die Weiterbildenden konstant in die strukturierte Weiterbildung „ihrer ÄiW“ eingebunden sind. In Frankreich müssen die „Praticiens Agréé Maître de Stage des Universités (PAMSU)“ unterschiedliche zweitägige Seminare besuchen, deren Inhalte von der Art der Praktika abhängig sind, die die angehenden Ärztinnen/Ärzte bei ihnen absolvieren können.

Auch in der Schweiz und in Österreich sind Qualifizierungen für die Weiterbildenden in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis obligatorisch, auch wenn diese weniger stringent und anfordernd als in den drei vorgenannten Ländern ausgestaltet sind.

Soweit ersichtlich ist die Beteiligung an der Weiterbildung für die praktizierenden Hausärztinnen/-ärzte auch stark intrinsisch getrieben (zur finanziellen Förderung vgl. Abschnitt 4.2.3). So resultiert in Belgien die Motivation, Weiterbildender zu sein, stark daraus, das eigene professionelle Prestige zu erhöhen und die Nähe zum „universitären Betrieb“ bzw. zur alten Fakultät und den dortigen Entwicklungen (Forschung etc.) aufrechtzuerhalten. In der Schweiz besteht bei den Patientinnen/Patienten in einem hohen Maß die Erwartung, dass sich ihre Hausärztinnen/-ärzte an der Qualifizierung des ärztlichen Nachwuchses beteiligen und zudem besteht nach Experteneinschätzung auch bei den Weiterbildenden selbst ein hohes Interesse, so einen eigenen Beitrag zur Stärkung des Fachgebiets und für die Sicherung der Grundversorgung zu leisten.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass sich die Weiterbildenden in allen untersuchten Ländern (im Gegensatz zu Deutschland) obligatorisch an Maßnahmen beteiligen müssen, die sie für die Übernahme der Weiterbildungsfunktion qualifizieren sollen. Zwischen den betrachteten Ländern gibt es dabei große Unterschiede hinsichtlich des Umfangs und der Dauerhaftigkeit der Maßnahmen und der Evaluation der Lehre.

4.3.4 Enge Begleitung und Koordination der Weiterbildung und Evaluation des Weiterbildungsfortschritts und der Qualität der Lehre

Auch bei der engen Begleitung und Koordination der allgemeinmedizinischen Weiterbildung beeindruckt das in Belgien und den Niederlanden etablierte System. So werden beispielsweise in Belgien die ÄiW durch eine/einen eigens für diese Aufgabe qualifizierte/-n Weiterbildungs Koordinator/-in (STACO) supervidiert, deren Arbeit mit einem jährlichen Pauschalbetrag vom ICHO (vgl. Abschnitt 4.2.3) vergütet wird. Die/der STACO überwacht das Portfolio der zugeordneten ÄiW, beurteilt deren Fortschritt und steht den ÄiW auch als Mentorin/Mentor zur Verfügung. Zudem organisieren die STACOs ein fallbezogenes inhaltliches Lernprogramm und führen die Seminare in Kleingruppen von weniger als zehn ÄiW durch, die in dieser Größenordnung einen intensiven und produktiven Austausch unter den Seminarteilnehmenden ermöglichen. Neben dieser Aufgabe sind die STACOs selbst hausärztlich tätig. Über die Weiterbildungszeit hinweg werden summative und formative Evaluationen durchgeführt. Die Systematik der mit der Lehre korrespondierenden Prüfungen ist in Evaluationsprogrammen hinterlegt, die die curricularen Aspekte auf Ebene der ÄiW und des Lehrgangs insgesamt überprüfbar machen.

In dem sehr ähnlich strukturierten niederländischen System sind die Weiterbildungskordinatorinnen und -kordinatoren bei den universitären Instituten für

Allgemeinmedizin angestellt. In Frankreich wird jede/-r Interne während der theoretischen Ausbildungsphasen sowie der Ausbildung im Krankenhaus einer hochschuldidaktisch geschulten Mentorin oder einem Mentor („réfèrent pédagogique“) zugeordnet, die/der sie oder ihn begleitet und evaluiert. In den ambulanten Praktikumsphasen übernimmt die/der PAMSU diese Rolle.

In Österreich und der Schweiz gibt es – wie in Deutschland – keine vergleichbaren Regelungen in Bezug auf eine dauerhafte Supervision und Begleitung.

4.3.5 Klares Statut der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung

In Belgien und den Niederlanden ist die Weiterbildungszeit mit einem klaren Statut als Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung verknüpft. An dieses binden sich auch bestimmte auf die Weiterbildung zielende Rechte. Vertraglich geregelt sind bspw. die Freistellung der ÄiW für die Teilnahme an den theoretischen Teilen des Lehrprogramms, der Anspruch der ÄiW auf eine definierte Lehrleistung. Die Regelung auch der auf die Lehre gerichteten Ansprüche der ÄiW befördert das strukturierte Durchlaufen der Weiterbildung und die Qualität der Lehre. In Frankreich schließen die Weiterzubildenden einen Ausbildungsvertrag mit der jeweiligen Fakultät und der regionalen Koordinierungskommission des Fachgebiets. Der Ausbildungsvertrag regelt u. a. die pädagogischen Ziele und die Ausbildungsstationen. Dass die Verträge in diesen drei Ländern nicht zwischen den ÄiW und den Weiterbildenden geschlossen werden, ist auch insofern von Vorteil, da so kein direktes Abhängigkeitsverhältnis zwischen den ÄiW und den Weiterbildenden in der Lehrpraxis besteht.

In Österreich und in der Schweiz werden Weiterbildungsverträge mit den ÄiW für jeden Weiterbildungsabschnitt geschlossen. Wie in Deutschland haben die ÄiW hier den Status „normale Arbeitnehmer“, häufig ohne dass deren auf die Weiterbildung bezogenen Rechte geregelt sind. Zudem gibt es keine Institution, die eine Ombudsfunktion wahrnimmt.

4.3.6 Gezielte Vorbereitung auf die spätere Rolle in der Versorgung

Wie im Abschnitt 4.3.2 ausgeführt liegt die Gestaltung der Weiterbildungsprogramme in der Allgemeinmedizin in Belgien und den Niederlanden bei den dortigen universitären Instituten für Allgemeinmedizin bzw. deren Verband. Die allgemeinmedizinische Weiterbildung bereitet die ÄiW in diesen beiden Ländern – wie die Internen in Frankreich – gezielt auf die Ausübung eines breiten Aufgabenspektrums und ihre zukünftige Rolle als Koordinatorinnen/Koordinatoren und Steuerinnen/Steuerer in der gesamten Versorgung (de facto Gatekeeping-Funktion) vor. Die Weiterbildungen zeichnen sich hier insbesondere durch viele Fallbesprechungen, intensive Kommunikationstrainings und das Einüben der Berücksichtigung lokaler Netzwerke bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten aus. Die fachliche Qualifizierung bereitet auf die hier vergleichsweise umfassenden Versorgungsaufgaben der Allgemeinmedizin vor, die sich auch auf die Durchführung der U-Untersuchungen bei Kindern, das Impfen von Kindern und die Betreuung

einfacher Schwangerschaften erstreckt. Zudem werden in Ansätzen auch Basiskompetenzen kleinerer Fächer (HNO, Dermatologie etc.) vermittelt. Zudem sind die Ärztinnen und Ärzte in Belgien und den Niederlanden im Rahmen ihrer Weiterbildung verpflichtet, an der Bereitschaftsdienstsicherstellung (Wachtposten) teilzunehmen.

In Belgien wird in der Weiterbildung Allgemeinmedizin ein besonderes Augenmerk auf die Vermittlung von Kompetenzen zur Umsetzung der evidenzbasierten Medizin in der Praxis gelegt.

4.4 Mögliche Erfolgsfaktoren aus den Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit

Die Entscheidung für die Allgemeinmedizin als Karriereweg wird wesentlich auch von Faktoren mitbeeinflusst, die außerhalb des Medizinstudiums und der Weiterbildung angesiedelt sind. Die Attraktivität der Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit (im Vergleich zu den übrigen Fachgebieten) macht sich vermutlich stärker an den persönlichen Präferenzen der Ärztinnen und Ärzte fest als die in den vorherigen Abschnitten benannten Aspekte. Dennoch ist zu erwarten, dass die nachfolgend aufgegriffenen Themenfelder – auch mit Blick auf die veränderten Erwartungen der jüngeren Ärztegeneration – eine Rolle bei der Wahlentscheidung eines Weiterbildungsfachgebiets spielen.

4.4.1 Breites Spektrum der Versorgungsaufgaben

Nach Befragungsergebnissen sind wichtige Gründe vieler Ärztinnen und Ärzte, sich für die hausärztliche Laufbahn zu entscheiden, die Breite und Vielfalt der hier ausübenden Versorgungsaufgaben und die hier mögliche dauerhafte Versorgung von Patientinnen und Patienten unter Einbezug und/oder Berücksichtigung ihres sozialen Umfelds und ihrer allgemeinen Lebenslage.

Grundsätzlich unterscheiden sich die den Hausärztinnen/-ärzten formal zugewiesenen Versorgungsaufgaben zwischen den untersuchten Ländern nur partiell und ähneln den hiesigen Aufgaben. Schwerpunkt ist überall die Grundversorgung der gesundheitlichen Anliegen (inkl. Prävention und Gesundheitsförderung) der Bevölkerung, insbesondere jedoch die kontinuierliche Versorgung und Leistungs Koordination für chronisch kranke und/oder multimorbide Patientinnen und Patientinnen ggf. im Zusammenwirken mit anderen Leistungserbringern. Der Versorgungsauftrag erstreckt sich bis zur palliativen Versorgung. Innerhalb dieses ohnehin breiten Aufgabenfelds haben die Hausärztinnen/-ärzte gewisse Freiheitsgrade, Schwerpunktsetzungen vorzunehmen, die ggf. durch zusätzliche Weiterbildungen qualifikatorisch abzusichern sind.

In Belgien und den Niederlanden sind die Hausärztinnen/-ärzte verpflichtet, ein vergleichsweise breites Tätigkeitsspektrum anbieten zu müssen (Basistanbood). Das Aufgabenspektrum ist in diesen beiden Ländern weiter als in den anderen Ländern und als in Deutschland gefasst und umfasst bspw. auch die Durchführung von

U-Untersuchungen bei Säuglingen und Kindern und die Betreuung einfacher Schwangerschaften. Die den Hausärztinnen/-ärzten hier klar zugewiesene und vor allem auch durch Rahmensetzungen abgesicherte Funktion, für nahezu alle Patientinnen/Patienten zu entscheiden, ob der Einbezug spezialisierter Fachärzte in die Behandlung erforderlich ist (vgl. Abschnitt 4.4.1, ähnlich auch in der Schweiz und Frankreich), stärkt zum einen ihre Rolle und Wahrnehmung/Anerkennung innerhalb der Ärzteschaft. Zum anderen wird es so möglich, dass einfachere Erkrankungen/Anlässe, mit denen bspw. Patientinnen/Patienten in Deutschland häufig direkt in die spezialisierte Versorgung gehen, von den Hausärztinnen/-ärzten abschließend versorgt werden können.

Die Vermittlung der erforderlichen Kompetenzen sowohl für die oben beschriebene breite Aufgabenausführung als auch die Übernahme der Steuerungsfunktion gelingt in Belgien, Frankreich und den Niederlanden innerhalb einer auf drei Jahre angelegten Weiterbildungszeit. Die auf fünf Jahre angelegte Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin in der Schweiz bietet die Möglichkeit, im Rahmen einer vergleichsweise frei gestaltbaren Rotation auch in eine Vielzahl kleinere Fachgebiete vertieft Einblick zu nehmen und ggf. persönliche Schwerpunktsetzungen in der späteren Tätigkeit vorzubereiten.

In Österreich werden einzelne Leistungen, die üblicherweise auch zum hausärztlichen Leistungsspektrum gehören, nicht vergütet und die Patientinnen/Patienten haben einen freien Zugang in die spezialisierte Versorgung. Das Interesse an und die Stellung der hausärztlichen Tätigkeit innerhalb der Ärzteschaft erscheinen uns im Ländervergleich als am geringsten ausgeprägt.

Da sich wie einleitend ausgeführt das Interesse der jungen Ärztinnen und Ärzte an einer hausärztlichen Laufbahn stark auch aus der fachlichen Breite der Aufgabensstellungen und aus den Koordinations-/Steuerungsaufgaben der hausärztlichen Tätigkeit ergibt, dürfte es ein Erfolgsfaktor sein, eine derartige Aufgabenwahrnehmung durch die Schaffung entsprechender Regularien zu stärken bzw. durchgängig zu ermöglichen.

4.4.2 Starke Rolle der Hausärzte bei Planung und Steuerung der Patientenversorgung

Zwischen den untersuchten Ländern gibt es hinsichtlich der gesetzten Rahmenbedingungen für die Ausübung der hausärztlichen Steuerungs-/Koordinationsfunktion für die Patientinnen/Patienten große Unterschiede.

Am ausgeprägtesten ist diese systemische Steuerungsfunktion in den Niederlanden implementiert. Hier ist der Zugang zu Spezialfachärzten und zur Krankenhausversorgung nur über die Hausärztinnen/-ärzte möglich. Ein abgeschwächter Gatekeeping-Ansatz findet sich in Frankreich, wo die Patientinnen und Patienten auch ohne vorherige hausärztliche Konsultation und Überweisung bestimmte Spezialfachärztinnen/-ärzte (Kinderärztinnen/-ärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Augenärztinnen/-ärzte etc.) aufsuchen können. Die Versicherten müssen sich bei

einer Hausärztin/einem Hausarzt einschreiben. Der Zugang zu anderen Facharztgruppen ohne hausärztliche Überweisung steht in Frankreich offen, ist aber mit einer geringeren Kostenerstattung für die bei den Spezialisten erhaltenen Leistungen verknüpft. Ein ähnliches Modell findet sich in Belgien, wo die Selbstbeteiligung für die Konsultationen von Spezialfachärztinnen/-ärzten geringer ausfällt, sofern diese auf Überweisung einer Hausärztin/eines Hausarztes erfolgen. Zudem gibt es in Belgien eine hohe Bindung der Bevölkerung an das Modell der Hausärztin/des Hausarztes als Erstbehandelnde. In der Schweiz besteht kein grundsätzlicher Gatekeeping-Ansatz. Allerdings binden sich hier viele Versicherte freiwillig an Modelle mit einem Gatekeeping-Ansatz (ausgenommen ist i. d. R. der Zugang zu Gynäkologinnen/Gynäkologen, Augenärztinnen/-ärzte), vorrangig um Prämienvergünstigungen für ihre Krankenversicherung zu erlangen. In Österreich gibt es keine derartigen Elemente.

In Belgien wird die Bindung der Patientinnen/Patienten an eine Hausärztin/einen Hausarzt und die Ausübung der hausärztlichen Steuerungsfunktion dadurch gestärkt, dass die Hausärztinnen/-ärzte für das Führen und Managen der (globalen) Patientenakte zuständig sind. Die Ausübung dieser Aufgabe wird zusätzlich über Pauschalen vergütet. Alle übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sind verpflichtet, den Hausarzt über ihre Leistungen, Befunde etc. zeitnah und optimalerweise auf elektronischem Weg zu informieren

Es gibt Hinweise darauf, dass die Attraktivität der hausärztlichen Berufslaufbahn in jenen Ländern stärker ausgeprägt ist, in denen die Rolle der Hausärztinnen/-ärzte als erste Anlaufstelle für die meisten gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung und als Koordinatorinnen/Koordinatoren im Gesundheitssystem festgeschrieben ist und die Patientinnen und Patienten verpflichtet sind oder zumindest angereizt werden, diese hausärztlichen Funktionen auch in Anspruch zu nehmen. Zudem ist zu vermuten, dass das Ansehen der Hausärztinnen/-ärzte innerhalb der Ärzteschaft in solchen Systemen höher ist, da die Hausärztinnen/-ärzte in einem stärkeren Maße direkt Zuweisende sind und ggf. auch ein höheres Vertrauen der Patientinnen/Patienten genießen und deren Empfehlungen für einzelne Spezialistinnen/Spezialisten folgen. Die Zuweisung und Unterstützung der systemischen Steuerungsfunktion an die Hausärztinnen/-ärzte ist eine gesundheitspolitische Entscheidung. Durch die Entscheidung für ein Modell der Hausärztin/des Hausarztes als Erstbehandelnde ist die (Gesundheits-)Politik auch stärker gebunden, die erforderlichen Ressourcen zu organisieren, damit die Hausärztinnen/-ärzte in die Lage versetzt werden, ihre Aufgaben verlässlich und qualifiziert wahrnehmen zu können.

4.4.3 Kooperative und arbeitsteilige Formen der Berufsausübung

Soweit ersichtlich gibt es in den untersuchten Ländern (ähnlich wie in Deutschland) insbesondere unter den jüngeren Ärztinnen und Ärzten ein hohes Interesse an einer intensivierten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in einem kooperativen, arbeitsteiligen Setting, für das die hausärztliche Praxis prädestiniert sein

dürfte. Beim bereits realisierten Stand der Einbindung nichtärztlicher Berufsgruppen in den hausärztlichen Praxisbetrieb zeigen sich zwischen den untersuchten Ländern große Unterschiede. Die Mitwirkung anderer Berufsgruppen, die die Hausärztinnen/-ärzte entlasten und diesen eine Fokussierung auf die anspruchsvolleren ärztlichen Tätigkeiten ermöglichen, ist in den Niederlanden am weitesten fortgeschritten. Hier ist die Mitwirkung von Praktijkondersteuners (POHs), Praxisassistentinnen/Praxisassistenten, Physician Assistants und Mangerinnen/Managern weit verbreitet (vgl. Länderdossier Niederlande im Abschnitt 7.2.3). In Ländern mit einer geringen Einbindung anderer Berufsgruppen in den hausärztlichen Praxisbetrieb sind die unterstützenden Berufsgruppen nicht vorhanden, da die entsprechenden Regelungen nicht getroffen, Qualifizierungsangebote eingeschränkt vorliegen und/oder die Vergütungen der Leistungserbringung nicht oder wenig attraktiv geregelt sind.

In einzelnen Ländern (bspw. Frankreich, Österreich) werden die Entwicklungen von Zentrumsstrukturen mit dem Fokus auf die Grund-/Primärversorgung gezielt gefördert. Damit sollen für Hausärztinnen/-ärzte Arbeitsstrukturen geschaffen werden, in denen u. a. flexiblere, kooperative und arbeitsteilige Formen der Berufsausübung, die häufig erst in größeren Versorgungseinrichtungen und/oder verbänden wirtschaftlich sind, möglich werden.

4.4.4 Spätere Gehaltserwartungen

In allen untersuchten Ländern finden sich die durchschnittlichen Gehälter der Hausärztinnen/-ärzte nicht in der Spitzengruppe der ärztlichen Fachrichtungen. In Belgien führt das im Vergleich zu Spezialistinnen/Spezialisten geringere hausärztliche Gehalt offenbar nicht zu einer unzureichenden Nachfrage nach den verfügbaren Weiterbildungsplätzen in der Allgemeinmedizin. In Österreich werden die größeren Gehaltsunterschiede zwischen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzten nach Befragungsergebnissen bereits von den Medizinstudierenden und den jungen Ärztinnen/Ärzten wahrgenommen, was sich negativ auf die Attraktivität der hausärztlichen Laufbahn auswirken dürfte. In der Schweiz hat das Interesse der jungen Ärztinnen und Ärzte für die Weiterbildung Allgemeine Innere Medizin trotz des bestehenden, nicht unerheblichen Gehaltsunterschieds zu anderen Fachrichtungen in den letzten Jahren wieder zugenommen.

In der Gesamtschau ergibt sich der Eindruck, dass die späteren Gehaltserwartungen in der hausärztlichen Praxis nicht das zentral ausschlaggebende Kriterium einer Entscheidung gegen die Weiterbildung Allgemeinmedizin darstellt, aber bei der Entscheidung für die berufliche Laufbahn berücksichtigt wird. Mit der Entscheidung für die hausärztliche Berufslaufbahn ist nach den Ergebnissen von Befragungen eher die Erwartung verbunden, das spätere Arbeitsvolumen vergleichsweise gut und flexibel mit den persönlichen Bedürfnissen, die sich in den unterschiedlichen Lebensphasen ändern können, in Übereinstimmung bringen zu können.

4.5 Gesamtüberblick und Bewertung der möglichen Erfolgsfaktoren

In der nachfolgenden Tabelle 13 ist ausgewiesen, welchen Einfluss die in den vorigen Abschnitten beschriebenen möglichen Erfolgsfaktoren auf die Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten haben dürften, sich für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung zu entscheiden.

Tabelle 13: Bewertung möglicher Erfolgsfaktoren für einen hohen Anteil von Facharztabschlüssen Allgemeinmedizin an allen Abschlüssen

Nr	Möglicher Erfolgsfaktor für einen hohen Anteil an Facharztabschlüssen AM an allen WB-Abschlüssen	Bewertung	Hinweis
Mögliche Erfolgsfaktoren im Medizinstudium (vgl. Abschnitt 4.1)			
1	Intensivierte Vermittlung hausärztlicher Themen und Sachverhalte und obligatorische Aufenthalte in der hausärztlichen Praxis im Medizinstudium, um Interesse zu wecken oder dieses zu stärken	↑	<i>ggf. von den in der Praxis zu erlebenden Arbeitsbedingungen abhängig</i>
Mögliche Erfolgsfaktoren zur Förderung der Entscheidung für das Weiterbildungsfachgebiet AM (vgl. Abschnitt 4.2)			
2	Qualifizierte Abschätzung der bedarfsnotwendigen ärztlichen Kapazitäten nach Fachgebieten und Überführung der Ergebnisse in eine langfristig ausgerichtete Weiterbildungsplatzplanung und WB-Steuerung des Nachwuchses	↑↑	<i>Eine Quotierung der Weiterbildungsplätze – wie z. B. in Frankreich stringent umgesetzt – ist der stärkste Hebel zur Beeinflussung der Verteilung von ÄiW auf die Fachgruppen.</i>
3	Im Vergleich zu übrigen Fachgebieten kurze Weiterbildungsdauer	↑	in Verbindung mit Nr. 8, 9, 10
4	Kurze Wartezeiten auf einen Weiterbildungsplatz/gute Verfügbarkeit von Plätzen	o	
5	Möglichkeiten zum Wechsel zwischen den Weiterbildungsfachrichtungen (Durchlässigkeit)	→	
6	Gehalt während der Weiterbildung AM vergleichbar mit den übrigen Gebieten	↗	
Mögliche Erfolgsfaktoren in der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (vgl. Abschnitt 4.3)			
7	Anspruchsvolles Aufnahmeverfahren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin	↗	
8	Strukturiertes curriculares Weiterbildungsprogramm	↑↑	in Verbindung mit Nr. 9, 10, 11*
9	Gezielte Auswahl und intensive Qualifizierung der Weiterbildenden	↑↑	
10	Enge Begleitung und Koordination der Weiterbildung und Evaluation des Weiterbildungsfortschritts und der Qualität der Lehre	↑↑	
11	Klares Statut der ÄiW	↗	in Verbindung mit Nr. 8, 10
12	Gezielte Vorbereitung auf die spätere Rolle in der Versorgung	↑↑	
Mögliche Erfolgsfaktoren aus den Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit (vgl. Abschnitt 4.4)			
13	Breites Spektrum der Versorgungsaufgaben	↗	in Verbindung mit Nr. 8, 12, 14, 15
14	Starke Rolle der Hausärzte bei Planung und Steuerung der Patientenversorgung	↑	
15	Kooperative und arbeitsteilige Formen der Berufsausübung	↑	
16	Spätere Gehaltserwartungen	↑	<i>ggf. könnte eine Besserstellung der AM im Fachgebietsvergleich einen sehr starken Impuls setzen</i>

Legende „Bewertung“: o = neutraler Erfolgsfaktor für die Weiterbildung Allgemeinmedizin (WB AM); ↗ = mittelstarker Erfolgsfaktor für die WB AM; ↑ = starker Erfolgsfaktor für die WB AM; ↑↑ = sehr starker Erfolgsfaktor für die WB AM

Anmerkung: * zudem starke Förderung der universitären Institute für AM

5. Anhang 1: Länderdossier Belgien (Fokus: Flandern)

5.1 Das Gesundheitssystem Belgiens

5.1.1 Allgemeiner Aufbau des Gesundheitssystems

Belgien ist ein föderaler Staat, der aus vier Regionen (Flandern, Wallonien, Brüssel-Hauptstadt und die deutschsprachige Region im Südosten des Landes) besteht. Zum 01.01.2022 lebten in Belgien ca. 11,6 Mio. Einwohner/-innen. Die Föderation und die vier Regionen haben je ein Parlament und einen Ministerrat. Zwischen Flandern und Wallonien als den bevölkerungsstärksten Regionen Belgiens gibt es nicht nur sprachliche, politische und kulturelle Unterschiede, sondern auch in der hausärztlichen Versorgung und (vor allem) in der Weiterbildung des hausärztlichen Nachwuchses. Deswegen konzentriert sich die nachfolgende Darstellung auf die insbesondere in Sachen Weiterbildung interessantere Region Flandern (ca. 6,7 Mio. Einwohner/-innen).

Die föderale Regierung ist für die Regelungen zur Finanzierung der sozialen Sicherung und andere regionenübergreifende¹⁷ Elemente der Gesundheitspolitik (u. a. Krankenhausfinanzierung, ärztliche Ausbildung) zuständig. Die Entscheidungsprozesse in der Föderation sind komplex und zeitaufwendig. Hierbei spielt der „Sprachenstreit“ zwischen Flamen und Wallonen vielfach eine zentrale Rolle. Die Regionen sind autonom zuständig für die Versorgung alter Menschen, die Primärversorgung, die Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen etc. Die psychiatrischen Krankenhäuser fallen jedoch unter der Zuständigkeit der föderalen Regierung.

Das belgische System der Krankenversicherung ist in vielen Punkten mit dem deutschen vergleichbar. Es beruht auf einer einkommensproportionalen Beitragsfinanzierung, die für alle Arbeitnehmer und ihnen gleichgestellte Gruppen verpflichtend ist. Für Selbstständige gibt es ein gesondertes Krankenversicherungssystem. In den sozialpolitischen gesetzgeberischen Prozessen und in deren Ausgestaltung spielen eine Vielzahl von Interessengruppen [z. B. Arbeitgebende und Arbeitnehmende, politische Parteien, Krankenkassen und Krankenhausträger (Kirchen, Gemeinden) und Organisationen der Professionellen] eine wichtige Rolle. (Gerken und Merkur 2020)

Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung werden in Flandern durch zwölf Krankenkassen („Mutualiteiten“) unter den Auspizien des „Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering“ (RIZIV) als oberster nationaler Behörde angeboten. Das RIZIV untersteht dem Ministerium für „Soziale Angelegenheiten und Bevölkerungsgesundheit“. Das RIZIV legt nach Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den einzelnen professionellen Organisationen Art und Preis der einzelnen Leistungen der jeweiligen Profession (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Hebammen,

¹⁷ Anstatt „Regionen“ sind auch die Begriffe „Gemeinschaft“ bzw. „Gewest“ gebräuchlich.

Logopädinnen/Logopäden etc.) fest. Für jede Profession werden für diese Verhandlungen regionale Listenwahlen durchgeführt, sodass die Sitzverteilung auf der Seite der Professionellen als repräsentativ gelten kann. In der Regel treten Hausärztinnen/-ärzte und Spezialfachärztinnen/-ärzte auf den Listen gemeinsam auf.

Das RIZIV ist zugleich zuständig für die Überwachung der Dienstleister/-innen und die Einhaltung der Rechtsvorschriften durch die Krankenkassen. Die durch das RIZIV anerkannten Leistungen und Preise („Nomenclatura“) sind im Internet für alle Interessierten einsehbar.¹⁸ Ärztinnen und Ärzte, die ihre Leistungen nach den Tarifen des RIZIV abrechnen, gelten als „konventioniert“. Die nichtkonventionierten Ärztinnen und Ärzte rechnen ihre Leistungen zu höheren Tarifen ab. In Flandern waren 2022 95 % der Hausärztinnen/-ärzte und 80 % der Spezialfachärztinnen/-ärzte konventioniert. Der Anteil der konventionierten Ärztinnen und Ärzte unterscheidet sich zwischen den Fachrichtungen erheblich (z. B. Kardiologen 67 %, Dermatologen 20 %). Konventionierte Ärztinnen und Ärzte erhalten vom RIZIV höhere Leistungsvergütungen als unkonventionierte Ärztinnen und Ärzte und zudem Sozialleistungen, die zur Absicherung von Erwerbsunfähigkeit oder von Rentenansprüchen eingesetzt werden können.

Die RIZIV-Leistungen der Professionen und deren Preise sind bei allen Krankenkassen identisch. Daneben kann jede Krankenkasse für einen Betrag von unter 100 Euro pro Jahr und Versicherten zusätzliche Leistungen festlegen (z. B. im Bereich der Prävention, so auch die Organisation von Camps für die Kinder der Versicherten).

Die ärztliche Versorgung beruht auf den Grundsätzen der unabhängigen ärztlichen Tätigkeit, der freien Wahl der Ärztinnen/Ärzte und der Gesundheitseinrichtungen (einschließlich der Krankenhäuser) und des direkten Zugangs zur ärztlichen Versorgung (kein Einschreibungsgebot bei einer Hausärztin/einem Hausarzt). De facto herrscht aber eine hohe Adhärenz der Versicherten zum Konzept der hausärztlich Erstbehandelnden: Nach Expertenmeinung¹⁹ gehen ca. 85 % der Versicherten zunächst zu einer Hausärztin/einem Hausarzt und erst nach deren/dessen Überweisung zu einer Spezialfachärztin/einem Spezialfacharzt, wohl auch, weil eine Direktanspruchnahme der Spezialistinnen und Spezialisten ohne hausärztliche Überweisung mit höheren Kosten der Versicherten verbunden ist.

Die Rechnung für ambulante ärztliche Leistungen bezahlen die Patientinnen/Patienten direkt bei der/beim jeweiligen Leistungserbringer/-in, erhalten dafür einen Beleg des RIZIV und können sich mit diesem den Rechnungsbetrag abzüglich einer Selbstbeteiligung von ihrer Krankenkasse zurückerstatten lassen. Der Leistungserbringer kann auch eine direkte Abrechnung mit der Krankenkasse wählen (Third-Party-Regelung). Bei allen ambulanten Rechnungen gibt es eine Selbstbeteiligung („remgeld“, wörtlich übersetzt: „Bremsgeld“), das bei ärztlichen Konsultationen

¹⁸ Unter: <https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/Paginas/default.aspx>

¹⁹ Persönliche Mitteilung von Prof. Dr. Bert Aertgeerts (KU Leuven) an Prof. Dr. van den Bussche

25 % und bei Medikamenten ca. 16 % beträgt. Das „Jahresremgeld“ ist für ökonomisch schwächere Personen gedeckelt. Seit der COVID-19-Pandemie werden auch „Konsultationen auf Abstand“, z. B. telefonische Patientenkontakte, vergütet. Die Honorierung der Spezialfachärztinnen/-ärzte ist explizit an einem Bericht an die Hausärztin/den Hausarzt gekoppelt, was in gewisser Weise eine intraprofessionelle Kontrolle darstellt.

Spezialfachärztinnen/-ärzte sind sowohl ambulant als auch stationär als Selbstständige tätig. Ein „Graben“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (wie in Deutschland) existiert nicht. Ihre ambulanten Konsultationen führen die Spezialfachärztinnen/-ärzte ebenfalls im Krankenhaus durch. Die stationären Untersuchungen und Interventionen (z. B. Operationen) werden in der Regel im gleichen Krankenhaus durchgeführt, in dem auch die ambulante Konsultation erfolgt ist. Im Krankenhaus ist die einzelne Spezialfachärztin/der Spezialfacharzt selbstständig im Kreis von mehreren Kolleginnen/Kollegen der gleichen Fachrichtung tätig. Diese vertreten sich gegenseitig und teilen sich fast immer die ärztlichen Honorare. Diesbezügliche Konflikte werden im jeweiligen Fachkreis gelöst. Es gilt dementsprechend keine vertikale Hierarchie von Chef-, Ober- und Assistenzärztinnen/-ärzten wie in Deutschland. Die Rechnungen des Krankenhauses sind aufgeteilt in Anteile für die behandelnden Ärztinnen/Ärzte einerseits und solche für das Krankenhaus (für sonstige Kosten wie pflegerische Kosten und Kosten der Unterbringung). (Gerkens und Merkur 2020)

Der Zugang zur fachärztlichen Weiterbildung und damit die jeweils künftige Anzahl der berufstätigen Haus- und Spezialfachärztinnen/-ärzte sind seit dem Jahr 2008 im Sinne von Gesamtquote für das Land bzw. für die Regionen gesetzlich geregelt (vgl. Abschnitt 5.3.1). Die Regionen können/sollen Subquoten für einzelnen Mangeldisziplinen festlegen. Sowohl für Flandern als auch für Wallonien/Brüssel gibt es für die Allgemeinmedizin eine Mindestquote an Weiterbildungsplätzen (mindestens 305 Plätze im Jahr 2022 für den Beginn der Weiterbildung in Flandern), aber keine Höchstquote. Die föderale Regierung strebt eine Quote von 40 % aller Weiterbildungsstellen für die Allgemeinmedizin an (vgl. Abschnitt 5.6.2). Die endgültigen Quoten werden vom „Bundesministerium für Soziale Angelegenheiten und Bevölkerungsgesundheit“ nach Empfehlung der „Planungskommission medizinisches Angebot“ (vgl. Abschnitt 5.3.1) in einem zweijährigen Turnus neu festgelegt. Die disziplinspezifischen Plätze werden danach den einzelnen Universitäten, die für die Weiterbildung verantwortlich sind, nach einem Umlageschlüssel zugewiesen.

Ärzte und Ärztinnen „in opleiding“, d. h. in Weiterbildung, werden als AIOs bezeichnet. In der Allgemeinmedizin werden sie „AIO huisartsgeneeskunde“ genannt. Im Weiteren wird für diese Gruppe die kürzere Bezeichnung HAIO („Huisarts in opleiding“) gewählt.

5.1.2 Die hausärztliche Versorgung

Der Versorgungsauftrag für die belgischen Hausärztinnen/-ärzte ist sehr breit angelegt. In weitgehender Übereinstimmung mit dem niederländischen „Basisaanbod“²⁰ sind sie zuständig für die Prävention und die Patienteninformation, für die Versorgung mit Antikonzepationen und bei normaler Schwangerschaft für die Basisversorgung von Säuglingen (inkl. Impfungen), für die Versorgung von Multimorbiden und Älteren, für Palliation und Sterbebegleitung etc. Zuständigkeit bedeutet nicht, dass immer alle Leistungen von den Hausärztinnen/-ärzten durchgeführt werden. Bei Bedarf überweisen sie die Patienten an die Spezialfachärztinnen/-ärzte. Die Rolle der Hausärztin/des Hausarztes als Beraterin/Berater, Begleiterin/Begleiter und Evaluatorin/Evaluator bleibt aber auch in diesen Konstellationen erhalten.

Charakteristisch für die traditionelle Konzeption hausärztlichen Handelns in Belgien waren/sind die lange Dauer der Konsultation und die große Häufigkeit von Hausbesuchen. Die durchschnittliche Konsultationsdauer lag (Deveugele M 2002) und liegt auch aktuell noch bei ca. 20 Minuten. (Beersmans et al. 2023) Hausbesuche fanden/finden traditionell auch abends und in der Nacht statt. Hausbesuche dauern mehr als eine halbe Stunde je Patient/-in. (Beersmans et al. 2023) Aus einer Studie über den Zeitraum 1975 bis 1992 geht hervor, dass der Prozentsatz der Hausbesuche an allen hausärztlichen Konsultationen ca. 50 % betrug, nach Aussage der Autoren „ein Weltrekord“. (De Maeseneer 1994) Heute liegt der Anteil der Hausbesuche an allen hausärztlichen Konsultationen bei ca. 18 %. (INAMI-RIZIV 2022)

Hausärztinnen und Hausärzte in Belgien waren traditionell als „Solisten“ tätig. In Flandern setzten sie bis zu 30 % ihrer Zeit für Tätigkeiten ein, die genauso gut (oder ggf. sogar besser) von anderen Berufsgruppen erledigt werden könnten (z. B. Telefonate entgegennehmen, Anträge schreiben, Formulare ausfüllen). In den Einzelpraxen arbeiteten nur selten weitere Praxismitarbeitende mit. Nur in den „Wachtposten“ sind Hilfskräfte („Triagisten“) tätig. Diese klären vor, ob ein Patient den Wachtdienst aufsuchen soll oder nicht. (Schoenmakers et al. 2021; Smits et al. 2019)

Die traditionelle hausärztliche Tätigkeit kann man mit „Arbeit rund um die Uhr“ beschreiben. Allerdings ist diese traditionelle Konzeption aktuell einem schnellen Umbauprozess unterworfen. Tendenzen der Änderung des klassischen Hausarztmodells sind deutlich sichtbar (DOMUS MEDICA 2022): Der Anteil der Gruppenpraxen nimmt zu (bereits die Hälfte der Hausärztinnen/-ärzte arbeitet in einer Doppel- oder Gruppenpraxis), die Arbeit in Kooperationsmodellen der „ersten Linie“ mit

²⁰ Vgl. Länderdossier Niederlande in Abschnitt 7

anderen Berufsgruppen²¹ nimmt zu²², die Zahl der Hausbesuche ist rückläufig, die durchschnittliche ärztliche Arbeitszeit pro Kopf ist rückläufig etc. Die ersten beiden genannten Entwicklungen werden vonseiten der Regierung unterstützt (vgl. Abschnitt 5.6.2). Stattdessen wurden Bereitschaftsdienste (in „huishartsenposten“) abends, nachts und an den Wochenenden eingerichtet, an denen fast alle Hausärztinnen und Hausärzte und alle HAIOS teilnehmen. (Schoenmakers et al. 2021; Smits et al. 2019)

Die Arbeitszeit beträgt derzeit durchschnittlich 50 Stunden pro Woche bei den jüngeren und 59 Stunden bei den älteren Hausärztinnen und Hausärzten. Sowohl die Älteren als auch die Jüngeren haben den Wunsch, im Durchschnitt sieben Stunden pro Woche weniger zu arbeiten. Ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte hat den Wunsch, ihren bisherigen Arbeitsplatz zu wechseln. Als neue Arbeitsstätten werden multidisziplinäre gefolgt von der monodisziplinären Gruppenpraxis favorisiert. (Beersmans et al. 2023)

Über 70 % aller Patientenkontakte entfallen auf die Altersgruppe der 45- bis 65-jährigen Hausärztinnen/-ärzte. Diese starke Konzentration der Patientinnen und Patienten bei den älteren Hausärztinnen/-ärzten führt bei den Hausärztinnen/-Ärzten der Altersgruppe zwischen 35 und 45 Jahren zu einer partiellen Tätigkeitsarmut. In der Konsequenz ist ein Teil der jüngeren Hausärztinnen/-ärzte gezwungen, Nebentätigkeiten auszuüben (z. B. Durchführen von Schuluntersuchungen) oder eine begonnene hausärztliche Tätigkeit aus wirtschaftlichen Erwägungen sogar wieder aufzugeben. Eine zunehmende Zahl der etablierten Hausärztinnen/-ärzte nimmt hingegen nur noch in Ausnahmefällen weitere Patientinnen/Patienten auf. (Beersmans et al. 2023)

Die Hausärztin/der Hausarzt verwaltet auf Antrag der Patientin/des Patienten die „globale Patientenakte“ („globaal medisch dossier“), d. h. die elektronische Sammlung und Beurteilung aller medizinischen Daten der Patientin/des Patienten. Hierfür zahlt die Krankenkasse der Hausärztin/dem Hausarzt 32 Euro pro Jahr, bei Patienten mit chronischen Krankheiten 90 Euro pro Jahr. 85 % der Patientinnen/Patienten haben bereits eine solche elektronische Krankenakte. De facto sind damit die meisten Patientinnen/Patienten bei einer Hausärztin/einem Hausarzt „eingeschrieben“, auch wenn in Belgien keine formale Einschreibung wie in den Niederlanden erfolgt. Patientinnen und Patienten können ihr komplettes Dossier einsehen und verwalten. Krankenhausärztinnen/-ärzte können die Behandlung der Hausärztinnen/-ärzte bzw. anderer Spezialfachärztinnen/-ärzte online einsehen und umgekehrt.

²¹ Für den deutschen Beruf „Medizinische Fachangestellte“ (MFA) o. Ä. existiert in Flandern kein Äquivalent. Zurzeit gibt es keinen formalen Rahmen, keine Ausbildung und kein Mandat, mit dem eine Praxisassistentin/ein Praxisassistent beschäftigt werden könnte.

²² Für den immer noch beträchtlichen Rückstand im Vergleich zu den Niederlanden vergleiche Länderdossier Niederlande in Abschnitt 7.

5.2 Kennzahlen

5.2.1 Berufstätige Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

Seitens des RIZIV gibt es zwei Zählweisen der Ärztinnen und Ärzte, die „zur Ausübung des Berufs Berechtigten“ und die „aktiven Berufsausübenden“. Nach den RIZIV-Daten ist die Zahl der zur Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in Belgien von 42.419 im Jahr 2013 (3,0 pro 1.000 Einwohner/-innen) auf 50.958 im Jahr 2021 gestiegen (+20 %; 4,4 pro 1.000 Einwohner/-innen). Die Zahl der „aktiven Berufsausübenden“ belief sich im Jahr 2021 auf 37.630 (3,2 pro 1.000 Einwohner/-innen). Damit liegt die Zahl der „Berechtigten zur Ausübung des Berufs“ um 26 % über der der „aktiv Berufsausübenden“. Alle genannten Zahlen schließen die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nicht mit ein. Die Gruppe der nicht hausärztlich berufstätigen Ärztinnen und Ärzte umfasste im Jahr 2021 ca. 23.680 Personen (2,04 pro 1.000 Einwohner/-innen). (RIZIV 2015; RIZIV 2022a)

5.2.2 Berufstätige Hausärztinnen/-ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

Nach den Veröffentlichungen des RIZIV hat sich die Anzahl der zur Ausübung des Berufs berechtigten Hausärztinnen und Hausärzte in Belgien von 14.952 im Jahr 2013 auf 17.383 im Jahr 2021 erhöht (+16 % innerhalb von acht Jahren; 2021: 1,50 Hausärztinnen/-ärzte pro 1.000 Einwohner/-innen). (RIZIV 2015; RIZIV 2022a) Die Anzahl der „aktiven Hausärztinnen und -ärzte“ erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 12.483 im Jahr 2013 auf 13.952 im Jahr 2021 (+12 % innerhalb von acht Jahren, 2021: 1,2 Hausärztinnen/-ärzte pro 1.000 Einwohner/-innen). (RIZIV 2022b) Dieser Zuwachs hat nur in der Region Flandern stattgefunden, während die Regionen Wallonien und insbesondere die Region Brüssel-Hauptstadt eine abnehmende Hausarztdichte verzeichneten.

Über einen längeren Zeitraum zeigt sich ein Rückgang des Anteils der zur Ausübung des Berufs berechtigten Hausärztinnen/-ärzte an allen zur Berufsausübung berechtigten Ärztinnen/Ärzten von 46 % im Jahr 2004 auf 34,1 % im Jahr 2021. (Miermans und Durand 2019; RIZIV 2022a) Der Anteil hat sich in der zweiten Hälfte dieses langen Zeitraums allerdings weitestgehend stabilisiert (2013: 35,2 %). (RIZIV 2015) Der Anteil der aktiv berufstätigen Hausärztinnen/-ärzte an allen aktiv berufsausübenden Ärztinnen/Ärzten ist zwischen 2013 und 2021 leicht von 37,8 % auf 36,8 % gesunken. (RIZIV 2022b) Aktuell liegt die Anzahl der in Vollzeitäquivalenten berechneten Hausärztinnen/-ärzte um 33 % unter der Anzahl der Köpfe.

Die Verteilung zwischen Hausärzten und Hausärztinnen beträgt aktuell ca. 59 % Männer und 41 % Frauen. Seit 2004 ist die Zahl der Hausärztinnen um 43 % gestiegen, die Zahl der Hausärzte hingegen um 15 % gesunken. (Statan 2021) Hausärztinnen arbeiten häufiger in Teilzeit (0,82 Vollzeitäquivalent pro Kopf) als Hausärzte (1,14 Vollzeitäquivalent pro Kopf). Hausärztinnen arbeiten häufiger in Gruppen- und Gemeinschaftspraxen bzw. anderen multiprofessionellen Einrichtungen als ihre männlichen Kollegen. Über letztere Aussage findet man einen Konsens in der

Tagespresse und im kollegialen Gespräch; genauere Zahlen wurden jedoch nicht gefunden.

Bezüglich der zu erwartenden zukünftigen Entwicklung sei darauf hingewiesen, dass im Jahr 2020/2021 62 % der Medizinstudierenden weiblich waren. (Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming 2021)

Mehr als die Hälfte der belgischen Hausärztinnen und -ärzte ist älter als 50 Jahre. Nahezu ein Drittel der Hausärztinnen und -ärzte wird in den nächsten Jahren offiziell in den Ruhestand gehen. Etwa die Hälfte von ihnen wird ihre Praxis jedoch wahrscheinlich auch nach dem 65. Lebensjahr weiterführen.

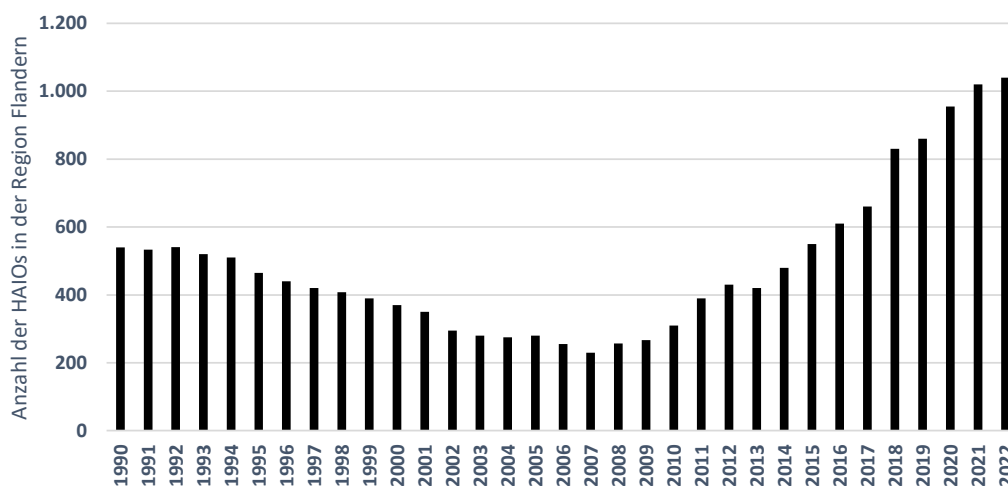
Im Jahr 2016 waren 88 % der Hausärztinnen/-ärzte selbstständig tätig, 7 % angestellt tätig und 5 % arbeiteten in einem gemischten Statut.

Die Weiterbildung der Hausärztinnen/-ärzte wird nur in 6 % aller Fälle bei einer Solo-Ärztin/einem Solo-Arzt und zu 94 % in einer Nicht-solo-Einrichtung (Gruppenpraxis, „medisch huis“, Netzwerkpraxis, „multidisciplinäres centrum“ oder „wijkgezondheidscentrum“ (Nachbarschaftsgesundheitszentrum)) absolviert.

5.2.3 Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen

Die Abbildung 9 zeigt die steile Zunahme der HAIOs (Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin) in der Region Flandern seit dem Jahr 2009.

Abbildung 9: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Region Flandern („Köpfe“, inkl. Teilzeit-HAIOs); Jahre 1990 bis 2022



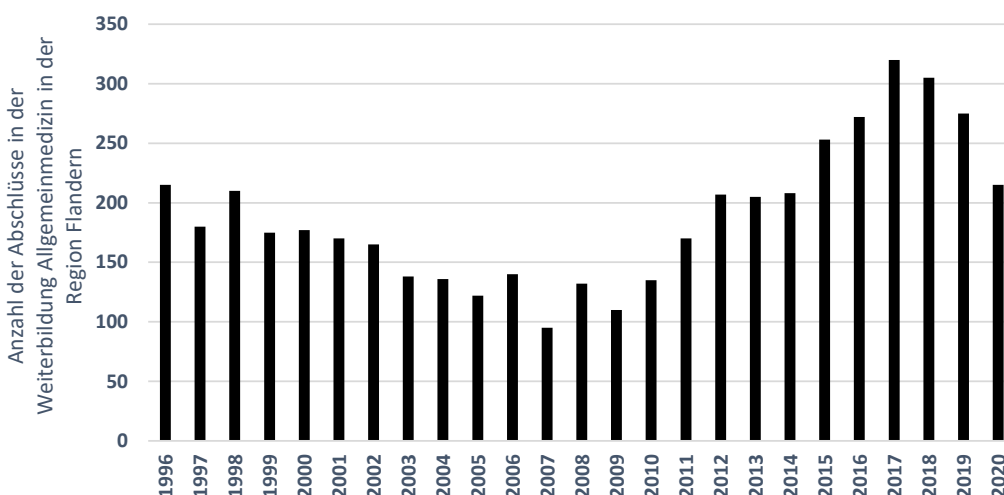
Quelle: ICHO: pers. Mitteilung des Direktors an Prof. Dr. van den Bussche

Die starke Zunahme der Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Region Flandern ab dem Jahr 2009 ist die Folge der zunehmenden

Zahl von Medizinstudierenden, deren leicht geänderter Präferenz für Allgemeinmedizin und einer (leichten) Zunahme der Zahl der Teilzeit-HAIOs.

In der Abbildung 10 ist die Zahl der Abschlüsse der hausärztlichen Weiterbildung in der Region Flandern bis zum Jahr 2020 dargestellt. Dieser Abbildung kann entnommen werden, dass die Zahl der flämischen Ärztinnen und Ärzte mit erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung Allgemeinmedizin zwischen dem Jahr 2009 und dem Jahr 2017 stark angestiegen und seitdem wieder leicht gesunken ist. Die Zahl der Abschlüsse lag in den letzten Jahren bei durchschnittlich etwa 250 Abschlüssen pro Jahr, was einem Verhältnis von einer Abschlussprüfung zu 27.000 Einwohnerinnen/Einwohnern entspricht (bzw. etwa 3,7 Abschlüssen je 100.000 Einwohner/-innen). Die Zahl der Abschlüsse der anderen ärztlichen Weiterbildungen wird für das Jahr 2020 auf 583 geschätzt (etwa 8,7 Abschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen).²³ Für die Jahre 2021 und 2022 liegen noch keine endgültigen Zahlen vor.

Abbildung 10: Anzahl der erfolgreichen Abschlüsse Allgemeinmedizin in der Region Flandern; Jahre 1996 bis 2020



Quelle: ICHO: pers. Mitteilung des Direktors an Prof. Dr. van den Bussche

Die hohen Abschlusszahlen der Weiterbildung Allgemeinmedizin in den Jahren 2017 und 2018 sind auf doppelte Jahrgänge an Absolventinnen/Absolventen zurückzuführen (letzte Kohorte der siebenjährigen Ausbildung und erste Kohorte der sechsjährigen Ausbildung). Nach Ansicht der Planungskommission medizinisches Angebot und der Föderalen Regierung soll der Anteil der hausärztlichen Weiterbildungsstellen an allen Weiterbildungsstellen zukünftig bei 40 % liegen. (Ceulemans 2019) Der im Jahr 2020 erreichte Anteil wird auf etwa 30 % geschätzt. Zurzeit

²³ Dieser Schätzung liegt die Annahme zugrunde, dass sich der Anteil der HAIOs an allen Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung auf etwa 30 % beläuft.

wächst der politische Druck wieder, die Zulassungszahlen in die hausärztliche Weiterbildung zu erhöhen. Hierbei wird informell für Flandern sogar eine Bedarfzahl von 1.400 HAIOs, d. h. etwa. 40 % mehr als im Jahr 2022, genannt.²⁴

5.2.4 Tatsächliche Weiterbildungszeit und Alter bei Abschluss der Weiterbildung

Der größte Teil der HAIOs beendet die Weiterbildung innerhalb von drei Jahren. Ausnahmen ergeben sich aus Halbtagsweiterbildungen oder Ereignissen wie Krankheit, Mutterschutz/Elternzeit o. Ä. Demensprechend schließen fast alle ÄiW in Allgemeinmedizin ihre Weiterbildung im Alter von etwa 28 Jahren ab.²⁵

5.3 Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeinmedizin

5.3.1 „Planningscommissie medisch aanbod“ (Planungskommission für das medizinische Angebot)

Die „Planningscommissie medisch aanbod“ wurde 1996 gegründet. Sie setzt sich aus Vertreterinnen/Vertretern der Universitäten, der Krankenkassen, der Berufsverbände, der zuständigen Ministerien, der Regionen, des RIZIV etc. zusammen. 1997 beschloss die Föderale Regierung ein System nationaler Kontingente („contingentering van de artsen“) für den Zugang zur Weiterbildung in den spezialisierten Fachgebieten, um die Zahl der spezialisierten Ärztinnen und Ärzte zu begrenzen. Die Kommission berät mittlerweile auch über Unterkontingente für die einzelnen Fachgebiete und gibt dazu Empfehlungen für die Regionen ab. Die Kontingentierung begrenzt die Zahl der Weiterzubildenden nach Fachrichtungen. Die Weiterbildungsquoten für die Fachrichtungen werden im zweijährigen Turnus für sechs Jahre im Voraus bekanntgegeben, sodass sie den potenziellen Studierenden bereits vor dem bzw. zu Beginn ihres Medizinstudiums bekannt sind. Um die Quoten zu erfüllen, müssen die Regionen (und die Universitäten), die für die Bildungspolitik zuständig sind, Maßnahmen ergreifen, um die Weiterbildungsplatzkontingente entsprechend zu begrenzen oder zu erhöhen.²⁶

Im Jahr 2022 beschloss die flämische Regierung, eine eigene Planungskommission einzurichten und ab 2026 eigene Subquota für die Weiterbildungsstellen nach den einzelnen Fachrichtungen zu beschließen.

²⁴ Persönliche Mitteilung des Direktors des ICHO an Prof. Dr. van den Bussche am 22.06.2023.

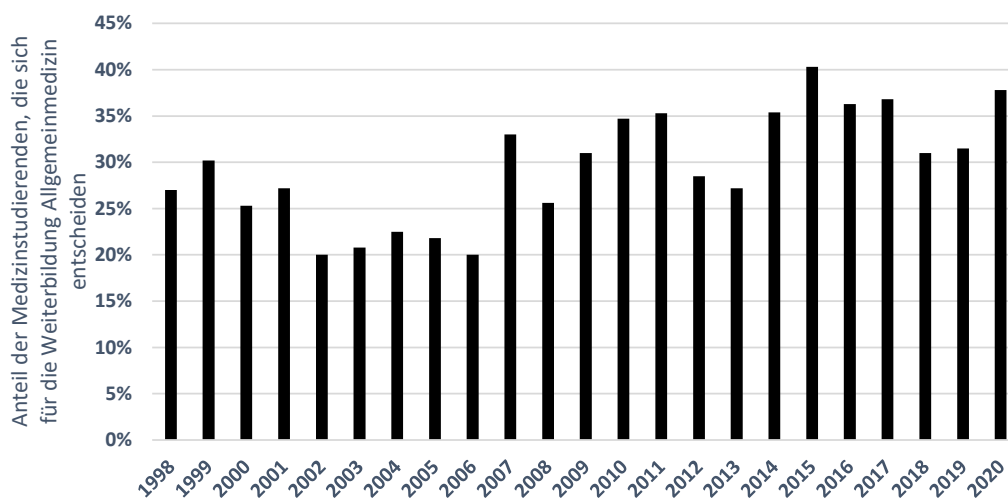
²⁵ Persönliche Mitteilung des Direktors des ICHO an Prof. Dr. van den Bussche am 22.06.2023.

²⁶ Vgl. hierzu: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/planningscommissie-medisch-aanbod> und <https://www.health.belgium.be/fr/news/medecins-dentistes-et-kinesitherapeutes-des-chiffres-recents#med>

5.3.2 Die Wahl der Allgemeinmedizin als Fachgebiet

Der Anteil der Medizinstudierenden, der sich für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in der Region Flandern entscheidet, ist in Abbildung 11 dargestellt. Für die letzten sieben Jahre lag er im Durchschnitt bei etwa 35 %. Über die Aufnahme in die Weiterbildung Allgemeinmedizin wird in einem Auswahlverfahren entschieden, das im Abschnitt 5.4.2 beschrieben ist

Abbildung 11: Prozentsatz der Medizinstudierenden in der Region Flandern, die sich für die Weiterbildung Allgemeinmedizin entschieden; Jahre 1998 bis 2020



Quelle: Prof. Dr. van den Bussche (ohne Quellenangabe)

Ausnahmeregelungen für Zulassungen zum Medizinstudium bei einer frühen Entscheidung für die Allgemeinmedizin und ggf. zudem für einen späteren Arbeitsort sind nicht bekannt.

5.4 Allgemeine Beschreibung des Systems der Aus- und Weiterbildung Allgemeinmedizin

5.4.1 Die ärztliche Grundausbildung: Das Bachelor- und Masterprogramm

In Belgien erstreckt sich das Medizinstudium über sechs Jahre, wobei die ersten drei Jahre als ein Bachelor- und die zweiten drei Jahre als ein Masterprogramm konzipiert sind. In der Praxis werden die beiden Phasen als ein Studiengang behandelt.

Der Lehrplan basiert auf dem in Kanada entwickelten CanMEDS-Konzept (Frank et al. 2015)²⁷, das auf sieben Kernkompetenzen ausgerichtet ist: medizinischer Experte, Kommunikator, kollegialer Mitarbeiter, Manager, Fürsprecher für Gesundheit, Wissenschaftler und professioneller Mitarbeiter. Im Detail ist nicht vorgeschrieben, wie viel Zeit auf die einzelnen Kompetenzen verwendet werden soll. Innerhalb dieses Rahmenprogramms gestalten die acht medizinischen Fakultäten ihre eigenen, teilweise unterschiedlichen Lehrpläne. Trotz dieser Unterschiede ist der Trend zum frühzeitigen Patientenkontakt und zur Vermittlung erster klinischer Kompetenzen in der Ausbildung gegeben.

Während des gesamten Bachelorprogramms müssen Studierende wöchentlich einen Tag (oder einen halben Tag) dem Erlernen von körperlichen Untersuchungen, Kommunikation, professionellem Verhalten und strukturiertem klinischem Denken widmen. Bereits im Bachelor-Abschnitt werden klinische Praktika angeboten, z. B. im ersten Jahr ein Krankenpflegepraktikum oder ein hausärztliches Praktikum. Die meisten klinischen Praktika finden aber im Masterprogramm statt. Diese werden in der Regel an Universitätskliniken oder Lehrkrankenhäusern durchgeführt.

Neben dem Unterricht und den Tests der organbezogenen „Blöcke“ gibt es auch „Linien“, die sich durch das gesamte Programm ziehen. Mittels dieser „Linien“ werden klinische, technische und kommunikative Fähigkeiten vermittelt. Die Studierenden lernen auch, Probleme zu lösen und selbstständig und wissenschaftlich zu arbeiten. Schließlich werden, ebenfalls in Form einer „Linie“, Erkundungen im Gesundheitswesen und ethische Diskussionen geführt:

- E-Linie: Erkundung und Ethik
- P-Linie: Problemlösung
- V-Linie: Fähigkeiten
- Z-Linie: selbstständiges wissenschaftliches Arbeiten

Für jede Lerneinheit gibt es nur einen einzigen integrierten, fächerübergreifenden Test. Nach erfolgreichem Abschluss aller Tests erhalten die Studierenden sowohl einen Master-Abschluss als auch einen Abschluss als Ärztin/Arzt.

5.4.2 Die hausärztliche Weiterbildung²⁸

Die Zuweisung von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten zu einzelnen spezialfachärztlich Weiterbildenden erfolgt durch die Universitätsprofessorinnen/-professoren der einzelnen Fachrichtungen. Die Verteilung der HAIOS wird in einem zweistufigen Verfahren vorgenommen:

²⁷ Ein Beispiel für die Umsetzung in Belgien unter: <https://med.kuleuven.be/nl/over-ons/beleidsplan-onderwijsvisie/onderwijsvisie>

²⁸ Umfassende Informationen unter: <https://www.icho-info.be/application/content/content/page/168>

1. Die HAIOs bewerben sich bei einer der fünf flämischen Universitäten und geben hierbei ihre Präferenzen bezüglich der Stagepraxen/Stagemeesters an.
2. Das ICHO übernimmt die Zuteilung für alle Universitäten und versucht hierbei, die Präferenzen der HAIOs zu berücksichtigen.

5.4.2.1 Zulassung zur Weiterbildung

Bei Interesse an einer hausärztlichen Weiterbildung sind vorab u. a. einzureichen:

- die Benotung im Masterstudiengang der ärztlichen Ausbildung,
- ein Motivationsschreiben,
- der Nachweis eines mindestens sechswöchigen hausärztlichen Praktikums vor Beginn der Weiterbildung.

Einen Platz in der hausärztlichen Weiterbildung erlangt man durch das Bestehen eines Proficiency-Tests, in dem hausärztlich relevante Kenntnisse (Multiple-Choice-Wissenstest) geprüft sowie Einstellungen und Fähigkeiten mit halbstandardisierten Tests erhoben werden. Bei den Kandidatinnen und Kandidaten werden die Kommunikations- und Beratungskompetenzen, ihr problemlösendes klinisches Denken [Falldiskussion in Verbindung mit einer kritischen Analyse eines wissenschaftlichen Aufsatzes nach den Kriterien der Evidence based Medicine (EbM)] und ihre professionellen Einstellungen geprüft.²⁹ Sofern die Zahl der Weiterbildungsplätze überschritten ist, werden die Testbesten zugelassen.

In den ersten vier Monaten nach dem Beginn der Weiterbildung ist ein Weiterbildungsplan vorzulegen, in dem die von der/dem HAIO geplanten Praktika aufgeführt sind. (SUIvzw 2022) Dieser Plan muss durch die „Erkenningscommissie van Agentschap Zorg en Gezondheid“, einer staatlichen Instanz, genehmigt werden. Ebenso vorzulegen ist der zwischen dem HAIO und dem Praktikumsmentor („Stagemeester“) geschlossenen Weiterbildungsvereinbarung über die Arbeitszeiten und die Vergütung des künftigen HAIOs.

5.4.2.2 Didaktische Konzeption der Weiterbildung

Die Weiterbildung – der „Master nach dem Master“ – dauert drei Jahre. In Flandern organisiert das ICHO (Interuniversitair Centrum HuisartsenOpleiding) die Weiterbildung.³⁰ In jedem Weiterbildungsjahr sind die folgenden vier Elemente vorgesehen:

²⁹ Bestehen HAIO-Kandidatinnen/-Kandidaten den Test nicht (ca. 10 %), haben sie noch die Möglichkeit einer interuniversitären Juryprüfung. Auf diese Weise erhalten alle Kandidatinnen und Kandidaten die Möglichkeit, ihre allgemeinmedizinische Eignung noch zu verteidigen.

³⁰ Vgl.: <https://www.icho-info.be/application/content/content/page/55>.

- Praktika, davon zwei mit einer Gesamtdauer von insgesamt 30 Monaten unter der Aufsicht einer/eines anerkannten hausärztlichen Weiterbilderin/Weiterbilders in einer hausärztlichen Praxis und sechs Monate in einem anerkannten Krankenhaus³¹ (33 Studienpunkte)
- Begleitende Praxisreflexion (8 Studienpunkte)
- Vertiefung der Kenntnisse und Einsichten in die Hausarztmedizin (14 Studienpunkte)
- Mastertest (5 Studienpunkte)

Die Weiterbildung kann in Teilzeit absolviert werden. Ein Forschungsprojekt in der Allgemeinmedizin kann maximal für 12 Monate angerechnet werden.

Die Arbeitswoche eines HAIOs umfasst mindestens 38 und maximal 48 Stunden. Diese Arbeitszeit umfasst auch die Teilnahme an den Seminaren und den theoretischen Veranstaltungen und die Zeit des Selbststudiums, nicht jedoch die Zeit der nächtlichen Bereitschaftsdienste. Jeder HAIO muss mindestens 120 Stunden pro Jahr Wachtdienst leisten. Mehrleistungen werden extra vergütet.

Seminare: Die Seminare finden dezentral unter der Anleitung einer/eines Stagemeeister-Koordinatorin/-Koordinators ca. zweiwöchentlich in einer Kleingruppe in einem Umfang von 50 Stunden pro Jahr (vorgeschriebene Anwesenheit an mindestens 80 % der Stunden). Die Seminare bestehen in erster Linie aus Falldiskussionen, die von jedem HAIO turnusmäßig vorbereitet und eingebracht werden müssen.

Universitäre Lehrveranstaltungen: Darüber hinaus ist die Teilnahme an den von den akademischen Instituten für Allgemeinmedizin angebotenen Veranstaltungen Pflicht (ein Nachmittag pro Monat im 1. Jahr, ein Nachmittag alle zwei Monate in den beiden anderen Jahren; zusätzlich jeweils drei Nachmittage Wahlveranstaltungen). Insgesamt müssen die HAIOs an 80 % der im 1. und 2. Weiterbildungsjahr angebotenen Veranstaltungen teilnehmen.

Selbststudium: Unter das Selbststudium fallen die Reflexion von Erfahrungen, Lektüre, Literatursuche, das Schließen von Kenntnislücken, das Entwickeln einer eigenen Lernagenda sowie das Führen eines individualisierten Ausbildungsportfolios.

Masterarbeit: Die Aufgaben bestehen aus der Auswahl eines (praxisrelevanten) Themas, einer zielgerichteten Literaturstudie, der Entwicklung eines eigenen Untersuchungsplans, der Datenerhebung, der Analyse und Interpretation der Ergebnisse sowie dem Vorlegen einer schriftlichen Abschlussarbeit (maximal 50 Seiten oder publizierbaren Version eines Artikels, auch in Englisch) und Präsentation derselben. Die Masterarbeit wird nach den sog. „Dublin-Deskriptoren“, die auf europäischer Ebene für die Master-Ebene eines Studiengangs normativ sind, bewertet.

³¹ Zusätzliche Praktika und Wahlmodule: Während des Praktikums bei einer/einem ernannten Allgemeinmediziner/-in oder Krankenhausausbilderin/-ausbilder kann ein HAIO je nach seinen spezifischen Lernbedürfnissen zusätzliche kürzere Praktika bei anderen Leistungserbringern/-erbringern absolvieren.

Integrierte Prüfungen/Bewertungen des Entwicklungsfortschritts der HAIOs:

Die Prüfungen/Bewertungen umfassen im 1. Weiterbildungsjahr:

- Eingabe der Reflexion der Videokonsultationen (Bewertung durch die Praktikums-Koordinatorin/den -Koordinator)
- Kenntnistest (Multiple-Choice-Fragen zu Fällen/klinischen Vignetten aus der Allgemeinmedizin)
- Beurteilung der Praktika³²
- Beurteilung der begleitenden Praxisreflexion
- Eingabe des Stands der Masterarbeit

Die Prüfungen/Bewertungen umfassen im 2. Weiterbildungsjahr:

- Beurteilung der Videokonsultationen
- Beurteilung der Praktika
- Beurteilung der begleitenden Praxisreflexion
- Eingabe des Stands der Masterarbeit

Die Prüfungen/Bewertungen umfassen im 3. Weiterbildungsjahr:

- Mündliche Prüfung
- Beurteilung der Praktika
- Beurteilung der begleitenden Praxisreflexion
- Eingabe des Stands der Masterarbeit
- Verteidigung und Beurteilung der Masterarbeit

5.4.2.3 Die Weiterbildenden

Praxisweiterbildende („Stagemeester“)

Die zwei vorgesehenen hausärztlichen Praktika werden bei unterschiedlichen hausärztlichen Weiterbildenden absolviert. Diese müssen vom Gesundheitsministerium anerkannt sein. Die Weiterbildenden in den Hausarztpraxen besuchen drei pädagogische Grundkurse sowie in jedem Folgejahr mindestens zwei halbtägige Auffrischkurse des ICHO, auch in den Jahren, in denen keine HAIOs betreut werden. Ein Stagemeester erhält für seine Weiterbildungslei-

³² Es erfolgt eine Gesamtbewertung durch den Praxisweiterbildenden auf der Grundlage der Beobachtung von fünf ärztlichen Konsultationen, mehreren Fortschrittsgesprächen, halbjährlichen Feedback von Kolleginnen/Kollegen und Mitarbeitenden der Praxis, jeweils anhand von strukturierten Bewertungs- und Feedbackbögen (Bewertung fließt zu 70 % in das Endergebnis ein).
Zudem erfolgt eine Gesamtbewertung durch den/die Weiterbildungskoordinator/-in basierend auf einem jährlichen Fortschrittsgespräch pro Jahr zwischen Weiterbildungskoordinator/-in und dem HAIO sowie auf der Grundlage einer jährlichen Konsultation zwischen der/dem Praxisweiterbildenden und der/dem Koordinator/-in zur Arbeitsweise und zu den Fortschritten des HAIOs in der Praxis (Bewertung fließt zu 30 % in das Endergebnis ein).

stungen keine Aufwandsentschädigung, sondern bezahlt monatlich eine bestimmte Summe an SUlvzw (vgl. Abschnitt 5.5),³³ um einen HAIO weiterzubilden zu dürfen. Der Stagemester erhält im Gegenzug alle Einkünfte aus den Konsultationen und Bereitschaftsdiensten des HAIOs sowie eine „geintegrierte Praxisprämie“ für die Mitnutzung der Praxiselektronik durch den HAIO (ca. 800 Euro) pro Jahr und die Mittel für die Anschaffung eines Laptops für den HAIO.

Weiterbildungskordinator/-in (Stagemester-Koordinator/-in – STACO)

Die/der STACO koordiniert die gesamte Weiterbildung der HAIOs in administrativer und pädagogischer Hinsicht. Die STACOs werden vom ICHO ernannt und nehmen jedes Jahr an speziellen Fortbildungskursen teil. Sie organisieren und leiten die Seminare, kontrollieren die Seminararbeiten, überwachen das Portfolio der/des HAIOs, und halten regelmäßig Supervisionssitzungen ab. Nach jedem Jahr erstellt die/der STACO einen Bericht über die beruflichen Fortschritte der einzelnen HAIOs. Ein STACO erhält 1.845 Euro pro Jahr und HAIO.³⁴

5.5 Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

HAIOs arbeiten unter einem speziellen Statut. Sie werden bei SUI angestellt, der vom Ministerium für „Soziale Angelegenheiten und Bevölkerungsgesundheit“ anerkannten Koordinierungsstelle für das sozial-juristische Management der Weiterbildung, die auch die Zahlung der Gehälter der HAIOs und der Stagemester administriert. Die entsprechenden Mittel werden – in Analogie zur Mittelzuweisung an die Stagemester der spezialisierten Fachrichtungen – vom RIZIV bereitgestellt. Die Mittel für die Lehr- und Organisationskosten des ICHO werden größtenteils vom Staat getragen und um die Beiträge der Stagemester für die Weiterbildung (vgl. Abschnitt 5.4.2.3) ergänzt. Die sozialen Rechte, die durch das Statut des HAIOs abgedeckt werden, sind vor allem (SUIvzw 2022):

- Krankenversicherung: erste 30 Tage volle Lohnfortzahlung etc.
- Invaliditätsversicherung
- Kindergeld
- Mutterschaftsgeld und Elternschaftsurlaub
- Versicherung der Berufshaftpflicht als Ärztin/Arzt
- 20 Urlaubstage pro Jahr

³³ Vgl.: <https://www.icho-info.be/application/content/content/page/56> Der Betrag beläuft sich auf ca. 50 % des Gehalts und der Sozialversicherungsleistungen des HAIOs.

³⁴ Vgl.: <https://www.icho-info.be/application/content/content/page/157>

Das Grundgehalt der HAIOs beträgt aktuell 3.109 Euro (brutto) und erhöht sich mit jedem Weiterbildungsjahr um 125 Euro zu einem Jahresbrutto im 3. Weiterbildungsjahr von 3.358 Euro.³⁵

Darüber hinaus erhält ein HAIO:

- den „RIZIV-Vorteil“ in einer Höhe von ca. 7.500 Euro pro Jahr bei Teilkonventionierung der/des HAIO,
- pauschal 118 Euro pro Monat für Hausbesuche,
- das Honorar für Bereitschaftsdienste im Wachtposten,³⁶
- einen neuen Laptop.

5.6 Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

5.6.1 Gezielte Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

Die wichtigste Leitplanke zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin ist sicherlich die Beschränkung der Zulassungszahlen zur Weiterbildung in den spezialisierten Fachrichtungen. Hierdurch hat sich das Interesse der jungen Ärztinnen/Ärzte an der hausärztlichen Weiterbildung in den letzten Jahrzehnten erhöht.

Förderlich dürften zudem das Pflichtpraktikum bei Hausärztinnen/-ärzten vor dem Beginn der hausärztlichen Weiterbildung bzw. im ersten Weiterbildungsjahr inkl. der Teilnahme an den Wachtdiensten (vgl. Abschnitt 5.1.2) sein, wo Learning by Doing im Sinne der praktischen Qualifizierung im Vordergrund steht.

Die drei hausärztlichen Weiterbildungsjahre sind eng getaktet und werden in Kleingruppen rund um die/den „Stagemeester“ für jede/-n HAIO bzw. die/den „Stagemeester-Koordinatorin oder -Koordinator“ für die Kleingruppen von HAIOs durchlaufen. Dies sorgt einerseits für eine deutliche Belastung der HAIOs, aber andererseits für eine vorgezeichnete „Laufspur“, die den HAIOs nur geringe Spielräume für Abweichungen von dem früh in der Weiterbildung abgestimmten Weiterbildungsplan lässt. Andererseits sind die Stagemeester auch gehalten, die Lage ihrer Trainees zu beobachten und rechtzeitig zu intervenieren, wenn Probleme offenkundig werden. Dies gilt auch für die Koordinatorin/den Koordinator und die Dozentinnen und Dozenten des ICHO.

³⁵ Dieser Bruttolohn ist identisch mit dem der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den spezialisierten Fachrichtungen („arstenspecialisten in opleiding“: ASOs).

³⁶ 12 Euro brutto pro Stunde während der Woche (erst ab 61. Stunde vergütet); 25 Euro brutto pro Stunde am Wochenende (ebenfalls erst ab der 61. Stunde vergütet).

Positiv auf das Interesse der Medizinerinnen und Mediziner für die Allgemeinmedizin dürfte sich auswirken, dass die Masterthesis, die von allen Studierenden erarbeitet und von den Weiterbildenden bewertet werden muss, auch im Fach Allgemeinmedizin verfasst werden kann.

5.6.2 Strategien der Regierung zur Unterstützung der Allgemeinmedizin

Die aktuelle belgische Regierung verfolgt nach eigenen Angaben folgende Strategien zur Stützung der Allgemeinmedizin (Vandenbroucke 2022):

- Erhöhung der Zahl der hausärztlich Weiterzubildenden und eine regional adäquatere Verteilung: Angestrebt wird ein Anteil von 40 % Hausärztinnen/-ärzten an allen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (vgl. auch Planungskommission, Abschnitt 5.3.1). Für das Jahr 2028 wird sogar ein Anteil von 50 % angestrebt.
- Verringerung administrativer Belastungen der Hausärztinnen/-ärzte (z. B. Abschaffung der Krankschreibung am 1. Tag).
- Mehr Delegation und Einsatz nichtärztlicher Kräfte in den Praxen: Nach Auffassung der Regierung könnte ein Drittel der Aufgaben der Ärztinnen/Ärzte delegiert werden. Allerdings gibt es noch kein Statut für solche Kräfte und auch noch keinen Konsens über etwaige neue Berufsbilder.
- Ausbau der telematischen Leistungen: Bereits 2020 und 2021 wurden ca. 10 Mio. hausärztliche Konsultationen über Telefon oder Video durchgeführt.
- Weiterer Ausbau der „globalen medizinischen Krankenakte“ (Nutzungsanteil im Jahr 2019: 78 %) zum „Belgian Integrated Health Record“ (B-IHR).
- Erarbeitung eines Honorierungssystems, das eine Förderung der Präsenz, der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, der Versorgungskontinuität, der Qualität, der Prävention und des Empowerments der Patientinnen/Patienten bewirkt. Offizielle Politik ist die Abkehr der Honorierung pro Leistung („fee-for-service“).

5.7 „Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können

5.7.1 Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin

Auf die im hausärztlichen Bereich gestiegene Arbeitsbelastung wurde bereits im Abschnitt 5.1.2 hingewiesen. 60 % der Hausärztinnen wünschen es sich, zwischen 38 und 40 Stunden pro Woche zu arbeiten. Bei den Hausärzten besteht dieser Wunsch „nur“ bei 40 % der Berufstätigen. In der Realität arbeiten jedoch „nur“

21 % der Hausärztinnen und 13 % der Hausärzte weniger als 45 Stunden pro Woche. (Beersmans et al. 2023)

Das im Abschnitt 5.1.2 beschriebene traditionelle Arbeitskonzept der Hausärztinnen/-ärzte wird seitens der jüngeren Hausärztinnen/-ärzte grundsätzlich infrage gestellt. Von diesen werden insbesondere gewünscht:

- Die Begrenzung der Arbeitszeiten: Derzeit wird gefordert, dass der hausärztliche Arbeitstag „bereits um 20 Uhr“ enden sollte, damit ein normales Familien- und Sozialleben geführt werden kann.
- Bessere Möglichkeiten zur Arbeit in Teilzeit.
- Eine Arbeitsstelle in Gruppenpraxen oder „Medizinischen Häusern“ („medical homes“; „wijkgezondheidszentren“) unter Mitarbeit anderer Berufe: Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Psychologen, IT-Experten etc.).

5.7.2 Verdienstmöglichkeiten

Eine einheitliche Definition von Einkünften ist naturgemäß schwierig und die Berichte über das Einkommen bzw. Verdienstmöglichkeiten der Ärztinnen/Ärzte in den einzelnen Fachrichtungen erscheinen wenig zuverlässig, da sie je nach Quelle stark variieren.

Die durchschnittliche Einkommensspanne der Hausärztinnen/-ärzte dürfte bei ca. 180.000 Euro (brutto) bzw. zwischen 67.300 Euro und 90.400 Euro nach Abzug der Praxiskosten (vor Steuern) liegen.³⁷ Viele der jüngeren Hausärztinnen/-ärzte verdienen aufgrund der geringen Patientenzahlen nur zwischen 2.500 € und 4.500 € netto im Monat und sind dementsprechend auf Nebentätigkeiten angewiesen (z. B. in Schulen und Betrieben und bei den Krankenkassen).

Danksagung

Wir danken folgenden Experten für wertvolle Ratschläge:

- Herrn Prof. Dr. Bert Aertgeerts, Direktor des Instituts für Huisartsgeneeskunde der KU Leuven
- Herrn Dr. Guy Gielis, Direktor des ICHOvzw

³⁷ Einzelne Spezialisten-Fachrichtungen erreichen Brutto-Einkommen bis zu 700.000 Euro pro Jahr. Zu den „Geringverdienern“ unter den Spezialistinnen/Spezialisten gehören vor allem Notärzte, Neuropsychiater, Neurologen und Onkologen (Jahreseinkommen zwischen 90.000 und 150.000 Euro brutto).

6. Anhang 2: Länderdossier Frankreich

6.1 Das Gesundheitssystem Frankreichs

6.1.1 Allgemeiner Aufbau des Versorgungssystems

Die Französische Republik hatte 2023 etwa 68 Mio. Einwohner/-innen, darunter 65,8 Mio. im französischen Mutterland und etwa 2,2 Mio. in den Überseegebieten.

Im französischen Gesundheitssystem haben der Staat bzw. staatliche Akteure eine dominierende Rolle³⁸, die auf nationaler Ebene durch das Gesundheitsministerium (Ministère de la Santé et de la Prévention) und auf Ebene der Regionen durch die regionalen Gesundheitsagenturen (ARS, Agence Régionale de Santé³⁹) ausgefüllt wird. Neben Fragen der Finanzierung und Budgetierung ist der Staat auch für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen einschließlich der Ausbildung der Gesundheitsberufe zuständig. Das Gesundheitsministerium legt u. a. die Vergütungen der Krankenhäuser fest und genehmigt die Verträge, die die Krankenversicherung (l'Assurance maladie) mit den freiberuflich tätigen Gesundheitsprofessionen abschließt.

Die regionalen Gesundheitsagenturen (ARS) sind für die Entwicklung und Überwachung der Versorgungsstrukturen verantwortlich, u. a. auch für die Zulassung und Überwachung von Gesundheitseinrichtungen in ihren jeweiligen Regionen. In diesem Zusammenhang bieten sie bspw. auch Unterstützung bei der Niederlassung bzw. Gründung von Gesundheitseinrichtungen an, einschließlich finanzieller Hilfen z. B. für Ärzte, die in unterversorgten Regionen tätig werden („aides à l'installation des professionnels de santé“).

In Frankreich existiert eine obligatorische staatliche Krankenversicherung (l'Assurance maladie bzw. Caisse Primaire d'Assurance Maladie, CPAM), die auch als „universeller Krankenversicherungsschutz“ („protection universelle maladie“, PUMa) bezeichnet wird, weil sie sich auf alle dauerhaft in Frankreich arbeitenden bzw. wohnenden Personen erstreckt. Da die obligatorische Krankenversicherung u. a. regional gegliedert ist, gibt es Gremien der Krankenkassen auf nationaler Ebene, insbesondere UNCAM („Union nationale des caisses d'assurance maladie“), die u. a. für den Abschluss der (Rahmen-)Verträge („conventions“) mit den Leistungserbringenden zuständig sind.

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nur einen Teil der Kosten ambulanter Behandlungen (im Regelfall, d. h. bei Teilnahme an der „koordinierten

³⁸ Zu den Details: <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>. (Abruf am 20.10.2023)

³⁹ Es gibt 18 Regionen (und ARS), darunter 13 im „Mutterland“ und 5 in den französischen Überseegebieten.

Versorgung“, 70 %) ⁴⁰. In Frankreich ist es daher üblich, eine (freiwillige) Zusatzversicherung („complémentaire santé“ bzw. „mutuelle santé“) abzuschließen, die für die verbleibenden Behandlungskosten – je nach gewähltem Tarif vollständig oder teilweise – aufkommt. Die Höhe der Beiträge zur obligatorischen Krankenversicherung ist vom Einkommen abhängig, wogegen die Prämien der Zusatzversicherungen („mutuelles“) vom Alter und dem gewählten Leistungsumfang abhängen. Für einkommensschwache Personen gibt es eine Zusatzversicherung mit reduziertem bzw. ohne Beitrag („complémentaire santé solidaire“).

Seit Mitte 2005 gelten in Frankreich die Regelungen zur „koordinierten Versorgung“ („parcours de soins coordonnés“ ⁴¹). Sie verpflichteten zunächst alle Versicherten ab dem Alter von 16 Jahren (von Ausnahmen abgesehen) dazu, einen „behandelnden Arzt“ („médecin traitant“) zu wählen und der Krankenkasse zu benennen. Seit 2017 soll auch für Kinder unter 16 Jahren ein behandelnder Arzt gewählt werden. Dieser Arzt ist für den Patienten der erste Ansprechpartner, er führt die Patientenakte und soll die gesamte Versorgung koordinieren. Den „behandelnden Arzt“ kann die Patientin/der Patient – mit Zustimmung des betreffenden Arztes – frei wählen. Dabei muss es sich nicht um einen Allgemeinarzt („médecin généraliste“) handeln, im Prinzip kann auch ein/-e Spezialist/-in als „behandelnde/-r Arzt/Ärztin“ gewählt werden. Faktisch wird die Funktion der/des „behandelnden Ärztin/Arztes“ jedoch in nahezu allen Fällen (97 %, Bourgueil & Kanhonou 2017) durch Allgemeinärzte übernommen.

Seit 2009 ist die Teilnahme der Versicherten an der „koordinierten Versorgung“ mit finanziellen Sanktionen verknüpft (ausgenommen sind Kinder unter 16 Jahren). Sofern die/der Patient/-in eine/-n „behandelnde/-n Ärztin/Arzt“ gewählt hat und andere Ärztinnen/Ärzte nur auf dessen Überweisung aufsucht, folgt sie/er der „koordinierten Versorgung“. In diesem Fall gelten die regulären Erstattungssätze der obligatorischen Krankenversicherung (70 % der ambulanten Behandlungskosten). Bewegt sich eine Patientin oder ein Patient außerhalb der „koordinierten Versorgung“, indem sie/er keine/-n „behandelnde/-n Ärztin/Arzt“ wählt oder Spezialistinnen/Spezialisten ohne vorherige Konsultation seiner/seines behandelnden Ärztin/Arztes aufsucht ⁴², so sinkt der Erstattungssatz auf nur noch 30 % der Arztkosten ⁴³.

⁴⁰ In Ausnahmefällen erfolgt eine Erstattung von 100 % der Kosten, z. B. bei bestimmten chronischen Erkrankungen („affection longue durée“, ALD, z. B. Alzheimer, Parkinson, schwere Herzinsuffizienz) oder für Schwangere ab dem 6. Monat.

⁴¹ Eingeführt durch das Gesetz: „Loi no 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie“.

⁴² Auch hier gelten Ausnahmen, z. B. wenn die/der Versicherte in größerer Entfernung von seinem Wohnort eine/-n Ärztin/Arzt aufsuchen muss sowie für bestimmte Arztgruppen und Versorgungsanlässe.

⁴³ Zu den Details: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>. (Abruf am 20.10.2023)

In Frankreich unterscheidet man zum einen zwischen der freiberuflich ausgeübten Medizin („médecine libérale bzw. privée“) und der „öffentlichen Medizin“, d. h. einer Tätigkeit in Anstellung bei einer staatlichen Gesundheitseinrichtung bzw. einem Krankenhaus („médecine publique“). Neben den Allgemeinärztinnen/-ärzten sind auch die Spezialistinnen/Spezialisten überwiegend ambulant tätig. Daneben werden auch Behandlungen der spezialisierten Fächer von Krankenhausärztinnen/-ärzten durchgeführt („consultations externes/ambulatoires“), wobei die gleichen Regularien gelten, wie für die ambulante Medizin („soins ambulatoires“/„soins de ville“).⁴⁴

Auch in Frankreich wächst die Zahl der Ärztinnen/Ärzte, die statt einer Tätigkeit in eigener Praxis („cabinet“) die Arbeit in einem Angestelltenverhältnis bevorzugen. Auch eine Kombination von Tätigkeit in eigener Praxis und als angestellter Arzt ist möglich. Die meisten Allgemeinärzte sind freiberuflich als „médecins libéraux“ in eigener Praxis bzw. in einer kooperativen Versorgungsform (vgl. dazu Abschnitt 6.7.1) tätig.

Das Durchschnittsalter der beruflich aktiven Ärztinnen und Ärzte ist in den letzten Jahren gesunken (von 50,7 Jahren 2012 auf 49,3 Jahre 2021; 2012 waren 60 % der aktiven Ärztinnen und Ärzte über 50 Jahre alt, 2021 nur noch 54 %) (DREES 2021a). Diese Entwicklung hat zwei Ursachen: Zum einen sind in diesem Zeitraum viele ältere Ärzte in den Ruhestand gegangen, die noch vor den strikten Maßnahmen zur Begrenzung der Arztzahlen (ab 1977) ausgebildet wurden, zum anderen führt die kontinuierliche Erhöhung der Zahl der Studienplätze ab den 2000er-Jahren zu einer steigenden Zahl von Neueintritten.

Die ambulante ärztliche Versorgung erfolgt zum ganz überwiegenden Teil auf der Grundlage eines Vertrags, den die Krankenversicherung mit den Gewerkschaften der freiberuflichen Ärzteschaft abschließt („convention médicale“). Dieser Rahmenvertrag regelt u. a. die Vergütungen, die Grundlage für die Kostenerstattung (70 %) durch die Krankenversicherung sind. Die Ärztinnen/Ärzte können auf Grundlage dieses Rahmenvertrags bzw. der Vergütungsvereinbarung tätig werden – in diesem Fall erhalten sie für jede Konsultation den regulären Erstattungsbetrag von 70 % des vertraglich fixierten Honorars – oder sie können ihre Honorare frei festlegen. Ärztinnen/Ärzte, die nach den mit der Krankenversicherung vertraglich vereinbarten Honorarsätzen abrechnen, werden als „Vertragsärzte des Sektors 1“ („médecins conventionné secteur 1“), die übrigen entsprechend als Vertragsärzte des Sektors 2 bezeichnet. Bei Konsultation einer Ärztin/eines Arztes des Sektors 2 legt die obligatorische Krankenversicherung ihrer Erstattung ein etwas niedrigeres Honorar zugrunde (bei einer normalen Arztkonsultation 23 Euro statt 25 Euro in Sektor 1), sodass die Versicherten allein aufgrund dieser Regelung einen höheren Restbetrag selbst finanzieren bzw. durch ihre Zusatzversicherung absichern müssen. Honorare, die über den für den Sektor 1 vereinbarten Honoraren liegen (im Beispiel also über den 25 Euro) werden grundsätzlich nicht erstattet. Seit 2017 gibt

⁴⁴ Zu den Details: <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html#ambulatoire>. (Abruf am 20.10.2023)

es jedoch ein besonderes Vertragsangebot der Krankenversicherung für Ärztinnen/Ärzte des Sektors 2, bei dem diese ihre Zusatzhonorare begrenzen und die Versicherung ihrer Erstattung den regulären Honorarsatz (d. h. 25 Euro) zugrunde legt („option pratique tarifaire maîtrisée“, OPTAM). Die OPTAM-Vereinbarung wurde getroffen, um das Versorgungsangebot für die Versicherten zu vergrößern, indem auch die Konsultation von Ärztinnen/Ärzten des Sektors 2 erleichtert wurde. Alle ambulant praktizierenden Ärztinnen/Ärzte – auch die des Sektors 1 – müssen ihre Honorare im Wartezimmer aushängen. In welchem Sektor ein/-e Ärztin/Arzt praktiziert, können die Versicherten einem Verzeichnis entnehmen („l'annuaire santé“).⁴⁵

Über die Zugehörigkeit zum Sektor 1 oder 2 müssen Ärztinnen/Ärzte zum Zeitpunkt ihrer ersten Niederlassung entscheiden. Die Entscheidung für den Sektor 1 ist unwiderruflich. Ärztinnen/Ärzte im Sektor 1 – deren Honorierung strikt dem Vertrag mit der Krankenversicherung („convention médicale“) folgt – profitieren im Gegenzug von gewissen finanziellen Vorteilen in Bezug auf ihre soziale Absicherung. (CNOM 2022a)

Die Zugehörigkeit zu Sektor 1 oder 2 sowie insbesondere auch die Entwicklungen im Zeitverlauf unterscheiden sich stark zwischen Allgemeinärztinnen/-ärzten und Spezialistinnen/Spezialisten: So wurden im Zusammenhang mit den Verhandlungen über einen neuen Rahmenvertrag von der Dachorganisation der Krankenkassen (Caisse Nationale d'Assurances Maladie, CNAM) folgende Zahlen genannt: Der Anteil der Spezialistinnen/Spezialisten, die im Sektor 2 tätig sind, ist von 37 % im Jahr 2000 auf 51 % im Jahr 2021 gestiegen. Bei den Allgemeinärztinnen/-ärzten verlief die Entwicklung umgekehrt, der Anteil im Sektor 2 ist von 14 % im Jahr 2000 auf nur noch 5 % im Jahr 2021 gesunken. (Marques 2022) Die im Sektor 2 verlangten höheren Honorare hatten bei den Allgemeinärztinnen/-ärzten im Jahr 2020 nur marginale Bedeutung: 1,8% der Gesundheitsausgaben für die Hausärztinnen/-ärzte entfielen auf die Regelhonorare übersteigenden Honorare, wogegen es bei den Spezialistinnen/Spezialisten 16,3 % waren. (DREES 2021, S. 41)

Aktuell (Oktober 2023) gilt noch immer der für den Zeitraum 2016 bis 2021 geschlossene Rahmenvertrag („convention médicale“) bzw. eine Übergangsregelung, die erlassen wurde, nachdem die Verhandlungen über einen neuen Vertrag im März 2023 gescheitert waren. (L'Assurance Maladie 2023) Die Ablehnung des Abschlusses eines neuen Rahmenvertrags ist von der größten Gewerkschaft der Allgemeinmediziner (MG France) damit begründet worden, dass der Vertragsentwurf weiterhin eine Ungleichbehandlung von Allgemeinärztinnen/-ärzten und Spezialistinnen/Spezialisten bei der Vergütung der Basis-Konsultation vorsah. Die größte Gewerkschaft der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner hat diese Ungleichbehandlung zu einer „roten Linie“ erklärt, was wohl so zu verstehen ist, dass man

⁴⁵ Darüber hinaus gibt es – allerdings nur in kleiner Zahl – auch noch Ärztinnen/Ärzte des „Sektors 3“, die außerhalb des Rahmenvertrags („non conventionnés“) praktizieren, ihre Honorare ebenfalls frei festlegen und für die nur eine geringfügige Erstattung durch die obligatorische Krankenversicherung erfolgt.

einem neuen Rahmenvertrag nur zustimmen wird, wenn diese Ungleichbehandlung entfällt.⁴⁶

Frankreich weist eine regional sehr unterschiedliche Verteilung der ärztlichen Kapazitäten insgesamt bzw. der Allgemeinärztinnen/-ärzte auf. Die höchste Arztdichte insgesamt weisen die Regionen im Süden des Landes und im Großraum Paris (Île de France) auf, wobei letztere Region nur wegen der sehr hohen Dichte an Spezialistinnen/Spezialisten mit dem Süden mithalten kann. Die Dichte an Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner liegt in der Region Île de France unter dem Landesdurchschnitt. Besonders niedrig ist die Arztdichte in den Regionen, die den Pariser Großraum umgeben. Nach dem „Atlas der medizinischen Demographie“ der CNOM bestand im Jahr 2022 in 84 der 95 (bzw. 101 inklusive der Überseegebiete) französischen Departements ein Mangel an Allgemeinärztinnen/-ärzten. (CNOM 2022b)

Für die besonders stark von ärztlicher Unterversorgung betroffenen Regionen hat sich in Frankreich der Begriff „déserts médicaux“ („medizinische Wüsten“) eingebürgert. Dabei handelt es sich überwiegend um sehr ländliche Regionen, aber auch um mittelgroße Städte sowie die Randgebiete von Großstädten. Nach dem Bericht einer Arbeitsgruppe des französischen Senats (der zweiten Parlamentskammer) leben aktuell 9 bis 12 % der Bevölkerung (6 bis 8 Mio. Menschen) in einer dieser stark unterversorgten Regionen. (Sénat 2020)

Die Problematik der medizinischen Unterversorgung genießt in Frankreich hohe politische Priorität und wirkt sich auch auf die jüngste Neuregulierung der allgemeinärztlichen Weiterbildung aus. Die ab 2023 geltende Verlängerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung von drei auf vier Jahre soll auch einen Beitrag zur Eindämmung der „medizinischen Wüsten“ leisten. So hat sich der französische Präsident Emmanuel Macron im Rahmen seines letzten Wahlkampfes nicht nur für die Verlängerung der Weiterbildungsdauer ausgesprochen, sondern auch Anreize für die angehenden Allgemeinmediziner/-innen befürwortet, ihr viertes, überwiegend aus praktischer Tätigkeit im Status eines „Junior-Doktors“ bestehendes Weiterbildungsjahr in einer unterversorgten Region abzuleisten. Die von den zuständigen Ministerien beauftragte Expertenkommission für die Erarbeitung von Empfehlungen für die zeitnahe Umsetzung der Verlängerung der Weiterbildung, hat jedoch – im Einklang mit allen von der Kommission befragten Verbänden und Organisationen – von einem Zwang zur Ableistung des vierten Jahres in einer „me-

⁴⁶ Konkret handelt es sich um folgenden Streitpunkt: Nach dem von den Krankenkassen vorgelegten Vertragsentwurf wird den Spezialistinnen/Spezialisten ein Zuschlag von 5 Euro auf das Honorar für die Basis-Konsultation zugestanden, den die Allgemeinmediziner/-innen nur in Ausnahmefällen abrechnen dürften (bei Patientinnen/Patienten, die an einem anderen als an ihrem Wohnort eine Ärztin/einen Arzt aufsuchen, für die sie also nicht die/der „behandelnde Ärztin/Arzt“ sind). Zu den Details: <https://www.mgfrance.org>. (Abruf am 28.10.2023)

dizinischen Wüste“ abgeraten. Stattdessen sollen die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie den Ärztinnen und Ärzten einen Anreiz bieten, in unterversorgte Regionen zu gehen (wörtlich: „das Land zu entdecken“⁴⁷). (Pham et al. o. J.)

6.1.2 Die hausärztliche Versorgung

In Frankreich herrscht als Folge der zu geringen Zahl der Medizinstudienplätze in den beiden letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts insgesamt ein Mangel an Hausärztinnen/-ärzten, der aufgrund der ungleichen geographischen Verteilung vor allem in bestimmten ländlichen Regionen sehr ausgeprägt ist.

Die Zugänglichkeit zu Hausärztinnen/-ärzten hat sich zwischen 2000 und 2022 kontinuierlich verschlechtert. Diese Verschlechterung ist sowohl auf den Rückgang der Zahl der freiberuflichen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und ihrer durchschnittlichen Tätigkeit als auch auf das Bevölkerungswachstum zurückzuführen. Die durchschnittliche Erreichbarkeit von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern liegt damit bei 3,4 Konsultationen pro Jahr und Einwohner/-in. Im Jahr 2019 lag sie bei 3,5 und im Jahr 2016 bei 3,7.

Die 10 % der Bevölkerung mit der geringsten Hausarzttdichte haben im Durchschnitt Zugang zu 1,5 Arztbesuchen pro Jahr, während die am besten ausgestatteten 10 % der Bevölkerung im Durchschnitt 5,7 Arztbesuche pro Jahr aufweisen. Die wachsende Ungleichheit im Versorgungszugang bzw. deren Bekämpfung ist eines der zentralen gesundheitspolitischen Themen in Frankreich. (DREES 2022a)

Nach einer aktuellen Umfrage und Analyse des DREES sind 80 % der Allgemeinärztinnen/-ärzte der Auffassung, dass es in der Region, in der sie praktizieren, nicht genügend Hausärztinnen/-ärzte gibt. Etwa zwei Drittel geben an, dass sie keine neuen Patienten als „behandelnder Arzt“ mehr annehmen können. (DREES 2023)

Gerade in der Allgemeinmedizin war in Frankreich das Modell der Einzelpraxis lange Zeit dominierend. Inzwischen arbeitet nur noch eine Minderheit der Allgemeinärztinnen/-ärzte in einer Einzelpraxis (etwa 30 % gemäß einer Umfrage im Jahr 2022). Insbesondere jüngere und weibliche Ärzte arbeiten ganz überwiegend in Gruppenstrukturen.

Allgemeinärztinnen/-ärzte in Frankreich nehmen im Vergleich zu ihren deutschen Kolleginnen/Kollegen eine deutlich breitere Versorgungsfunktion ein. Dies wird besonders deutlich bei der ambulanten Versorgung von Kindern, die in Frankreich zum ganz überwiegenden Teil durch Allgemeinärztinnen/-ärzte erfolgt. In Frankreich gibt es insgesamt nur etwa 8.500 Pädiater/-innen, von denen etwa 60 % in Krankenhäusern arbeiten⁴⁸. Die Dichte an niedergelassenen Pädiaterinnen/Pädiatern ist daher sehr niedrig, in einigen Départements liegt sie unter 1 pro 100.000

⁴⁷ „Inciter les futurs praticiens, sans les contraindre, à découvrir le territoire“ (Pham et al. o. J., S. 9)

⁴⁸ In Deutschland waren 2022 allein in der vertragsärztlichen Versorgung 8.260 Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte tätig.

Einwohnerinnen/Einwohnern. 85 % aller pädiatrischen Behandlungskontakte entfallen daher auf Allgemeinärztinnen/-ärzte. (Fauchier-Magnan & Fenoll 2021)

In Frankreich gibt es – wie auch in Deutschland – traditionell keine „hierarchisierte Primärversorgung“, d. h., im Gegensatz zu vielen anderen Ländern bestehen keine formalen Regelungen, dass Patientinnen/Patienten stets zuerst eine Allgemeinärztin/einen Allgemeinarzt aufsuchen müssen, der über den Zugang zur spezialisierten Versorgung entscheidet. Die französische Regierung verfolgt in ihren mittelfristigen Strategien jedoch eine Entwicklung im Sinne einer stärkeren „Hierarchisierung“, d. h. die Stärkung der Primärversorgung. (Safon 2022)

Die Gesundheitspolitik in Frankreich hat seit der Jahrtausendwende einen starken Fokus auf den Ausbau der Primärversorgung und damit auch auf die Weiterentwicklung der Funktionen der Allgemeinärztinnen/-ärzte gelegt. Als ein wesentlicher Meilenstein ist das 2005 wirksam gewordene Gesetz⁴⁹ anzusehen, das mit der Figur des „behandelnden Arztes“ („médecin traitant“) eine gegenüber den Vorbildern (Niederlande, Vereinigtes Königreich) etwas abgeschwächte Form des Gatekeeping eingeführt hat. (Bourgueil & Kanhonou 2017) Abgeschwächt insofern, als die Patientinnen/Patienten zum einen im Grundsatz nicht nur Allgemeinärztinnen/-ärzte als „behandelnde/-n Ärztin/Arzt“ wählen können (was allerdings in der Praxis kaum vorkommt) und zum anderen, weil auch der direkte Zugang zu Spezialistinnen/Spezialisten möglich ist, allerdings unter Inkaufnahme einer geringeren Erstattung der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung (vgl. Abschnitt 6.1).

Im Jahr 2021 wurde ein/-e Allgemeinärztin/-arzt im Durchschnitt von 1.643 Patienten kontaktiert und durchschnittlich 960 Patientinnen/Patienten (über 16 Jahre) betreute sie/er als „behandelnde/-r Ärztin/Arzt“. 50 % der Allgemeinärztinnen betreuen zwischen 600 und 1.300 Patientinnen/Patienten (ab 16 Jahre) als „behandelnde/-r Ärztin/Arzt“. (L'Assurance Maladie 2022)

Seit Einführung der/des „behandelnden Ärztin/Arztes“ besteht für französische Allgemeinmediziner/-innen somit in stärkerem Maße die Möglichkeit zu entscheiden, ob sie Patientinnen/Patienten selbst behandeln oder an eine/-n Spezialistin/Spezialisten überweisen. Eine Evaluation u. a. auf Basis von Abrechnungsdaten hat gezeigt, dass die Inanspruchnahme von Spezialistinnen/Spezialisten nach Einführung der/des „behandelnden Ärztin/Arztes“ leicht, aber signifikant zurückgegangen ist. (Dumontet et al. 2017)

Explizites Ziel der französischen Politik ist somit eine deutliche Aufwertung der Rolle der Allgemeinmediziner/-innen im System der Gesundheitsversorgung. Damit verbunden sind auch spezifische Erwartungen in Bezug auf die Tätigkeitsschwerpunkte der Allgemeinärztinnen und -ärzte sowie deren Organisations- und Betriebsformen. In Bezug auf die Tätigkeitsschwerpunkte sollen die Allgemeinmediziner/-innen in stärkerem Maße Koordinationsfunktionen übernehmen, sowohl

⁴⁹ „Loi no 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie“

in Bezug auf die Nutzung der Sekundärversorgungsebene (Spezialistinnen/Spezialisten), als auch in Bezug auf die „pluriprofessionelle Versorgung“, also die Zusammenarbeit mit den anderen, nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Zum anderen sollen sie sich gemeinsam mit anderen lokalen Gesundheitsakteurinnen/-akteuren verstärkt im Kontext der öffentlichen Gesundheit und Prävention engagieren. (Gautier & Bourgueil 2019)

6.2 Kennzahlen

6.2.1 Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

Alle Ärztinnen und Ärzte in Frankreich gehören dem „L'Ordre des médecins“, der als Standesorganisation den deutschen Ärztekammern vergleichbar ist, an bzw. müssen sich „einschreiben“. Die nationale Dachorganisation („Conseil national de l'Ordre des médecins“, CNOM) publiziert regelmäßig einen „Atlas der medizinischen Demographie in Frankreich“, der Auskunft zur Zahl und Entwicklung der insgesamt eingeschriebenen Ärztinnen und Ärzte gibt, differenziert nach verschiedenen Merkmalen (beruflich aktiv/im Ruhestand usw.). (CNOM 2022b)

Darüber hinaus veröffentlicht die Statistikbehörde des Gesundheitsministeriums („Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques“, DREES) regelmäßig Analysen zur „medizinischen Demographie“. Die folgenden Zahlen entstammen der jüngsten Analyse der DREES und beziehen sich auf aktiv berufstätige Ärztinnen und Ärzte unter 70 Jahren. (DREES 2021a)

Tabelle 14: Beruflich aktive Ärztinnen und Ärzte (unter 70 Jahren); Jahre 2012 und 2021

	2012		2021		Entwicklung
	absolut	Je 1.000 EW	absolut	Je 1.000 EW	
Gesamtzahl Ärztinnen und Ärzte	212.630	3,24	214.224	3,16	+0,7 %
davon Allgemeinärztinnen/-ärzte („généralistes“)	100.121	1,52	94.538	1,40	-5,6 %
davon andere Fachgruppen („autre spécialistes“)	112.509	1,71	119.686	1,77	+6,4 %
Anteil Allgemeinärztinnen/-ärzte	47,1 %		44,1 %		-3,0 %P
Anteil Ärztinnen	42 %		50 %		+8,0 %P
Durchschnittsalter	50,7 Jahre		49,3 Jahre		-1,4 Jahre

Quelle: IGES nach DREES (2021a)

Anmerkung: Auf der Website des DREES können die in dem Bericht verwendeten Daten als Excel-Datei heruntergeladen werden.

Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte ist im 10-Jahres-Zeitraum von 2012 bis 2021 etwa konstant geblieben. Im Jahr 2016 lag die Zahl mit 216.200 noch etwas höher. Die nahezu konstante Gesamtarztzahl resultiert aus gegenläufigen Entwicklungen bei den Allgemeinärztinnen/-ärzten und den Spezialfachärztinnen/-ärzten: Während letztere um 6,4 % zunahm, ist die Zahl der Allgemeinärzte seit 2012 um 5,6 % zurückgegangen. Nach der Statistik des „Ordre des médecins“ – der die Allgemeinärztinnen/-ärzte mit „regelmäßiger beruflicher Aktivität“ zählt – ist der Rückgang in diesem Zeitraum mit minus 9,9 % (von 92.478 auf 84.133) noch ausgeprägter. (CNOM 2022b)

Bezogen auf die Bevölkerung ist die Arztdichte in Frankreich seit dem Jahr 2012 gesunken (von 3,24 je 1.000 Einwohner/-innen auf 3,16 je 1.000 Einwohner/-innen), besonders ausgeprägt bei den Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner. Grund dafür ist das Bevölkerungswachstum von etwa 3,2 % in diesem Zeitraum. Mit Blick auf die Bedarfsgerechtigkeit der Kapazitäten ist ferner die Alterung der Bevölkerung zu berücksichtigen: Der Anteil der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter ist von 8,9 % im Jahr 2010 auf 9,6 % im Jahr 2020 gestiegen (Frankreich ohne Überseegebiete). Nach den Prognosen der Statistikbehörde INSEE wird dieser Anteil 2025 bei 10,8 % liegen und weiter kontinuierlich wachsen. (INSEE 2020)

Bis zum Jahr 2025 sagt CNOM einen weiteren Rückgang der Allgemeinmediziner/-innen in „regelmäßiger beruflicher Aktivität“ auf knapp 82.000 Personen voraus.

Auch DREES projiziert bis etwa zum Jahr 2030 einen weiteren Rückgang der Zahl der Allgemeinmediziner/-innen pro 1.000 Einwohner/-innen. Noch ausgeprägter ist der Rückgang der allgemeinmedizinischen Versorgungskapazitäten, wenn zusätzlich der demographiebedingt steigende Bedarf der Bevölkerung berücksichtigt wird. (DREES 2021a)

Der Anteil der Ärztinnen hat auf 50 % zugenommen. In der jüngeren Altersgruppe (unter 40 Jahre) lag der Anteil der Ärztinnen im Jahr 2021 bereits bei 62 %. Unter den 7.900 Neueinschreibungen in den „L’Orde de médecins“ des Jahres 2021 lag der Frauenanteil bei 58 %.

In der Gesundheitsausgabenrechnung berichtet die Statistikbehörde DREES in einer etwas anders abgegrenzten Statistik der Arztzahlen, dass im Zeitraum 2012 bis 2020 die Zahl der (zumindest teilweise) niedergelassen tätigen Ärztinnen/Ärzte („médecins libéraux et mixtes“) praktisch konstant geblieben ist und lediglich die Zahl der angestellten Ärztinnen/Ärzte zugenommen hat. (DREES 2021b)

Der „Atlas der medizinischen Demographie“ der CNOM zeigt sehr anschaulich die Auswirkungen der Alterung der Ärzteschaft in Frankreich: Im Jahr 2010 waren bei einer Gesamtzahl von 261.378 in den „Ordre des médecins“ eingeschriebenen Ärztinnen und Ärzten 76,5 % der Kategorie „mit regelmäßiger beruflicher Aktivität“ zuzurechnen, die übrigen waren im Ruhestand (17,2 %), nur intermittierend aktiv (3,8 %) oder ohne Aktivität (2,4 %). Im Jahr 2022 ist die Gesamtarztzahl zwar auf 317.554 Personen gewachsen, der Anteil mit regelmäßiger Berufstätigkeit lag jedoch nur noch bei 62,3%, was in absoluten Zahlen einem leichten Rückgang gegenüber 2010 entspricht (minus ca. 2.200 Personen). Mit 31 % nahezu verdoppelt hat sich der Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand, darunter 6,1 %, die noch ärztlich aktiv sind (2010: 2,1 %). (CNOM 2022b)

6.2.2 Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen

Aus der letzten Analyse zur „medizinischen Demographie“ der Statistikbehörde des Gesundheitsministeriums geht hervor, dass es im Jahr 2021 etwa 6.900 Neueinschreibungen⁵⁰ in den „Orde des médecins“ von Ärztinnen und Ärzten gab, die auf der Grundlage eines französischen Diploms möglich waren und als an französischen Fakultäten neu erworbene Facharztanerkennungen zu verstehen sind. Die Differenz zu der in Abschnitt 6.2.1 berichteten Zahl von 7.900 Ärztinnen und Ärzten ergibt sich aus Neueinschreibungen von etwa 1.000 Ärztinnen mit ausländischen Diplomen. (DREES 2021a)

⁵⁰ Eine Einschreibung in den „Ordre des médecins“ ist Voraussetzung für jegliche Berufstätigkeit als Ärztin/Arzt. Eine reguläre ärztliche Berufstätigkeit ist jedoch erst nach Abschluss des Studiums, d. h. nach Ablegen einer Facharztprüfung (DES en Médecine) möglich. Eine „Approbation“ als Ärztin/Arzt ohne Weiterbildung gibt es in Frankreich nicht. Der Begriff „Approbation“ wird daher nicht verwendet.

Dieselbe Quelle differenziert auch nach Neueinschreibungen von Hausärztinnen/Hausärzten und Spezialistinnen/Spezialisten (Einbezug nur der Ärztinnen/Ärzte mit einem französischen Diplom). Demnach hat sich die Gesamtzahl der Neueinschreibungen von Allgemeinärztinnen/-ärzten zwischen 2012 und 2021 um etwa 42 % und von Ärztinnen/Ärzten anderer Fachgruppen um etwa 65 % erhöht. Je 100.000 Einwohner/-innen haben im Jahr 2021 4,2 Allgemeinärztinnen/-ärzte und 6,3 Ärztinnen/Ärzte anderer Fachgruppen den Facharztstatus erworben. Der Anteil der Neueinschreibungen von Allgemeinärztinnen/-ärzten an allen Neueinschreibungen war von 43,6 % im Jahr 2012 auf 39,6 % im Jahr 2021 leicht rückläufig (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Neueinschreibungen in den „L’Orde de médecins“ (nur Ärztinnen und Ärzte mit einem französischen Diplom); Jahre 2012 und 2021

	2012	2021	Entwicklung	
Gesamtzahl neuer Einschreibungen (franz. Diplom)	4.435	6.887	+55,3 %	
davon Allgemeinärztinnen/-ärzte („généralistes“)	1.932	2.750	+42,3 %	
davon andere Fachgruppen („autre spécialistes“)	2.503	4.137	+65,3 %	
Neue Einschreibungen je 100.000 Einwohner/-innen	7,0	10,5	+50,4 %	
davon Allgemeinärztinnen/-ärzte („généralistes“)		3,0	4,2	+37,8 %
davon andere Fachgruppen („autre spécialistes“)		3,9	6,3	+60,1 %
Anteil Neueinschreibungen Allgemeinärztinnen/-ärzte an allen Neueinschreibungen	43,6 %	39,9 %	-3,6 %P	

Quelle: IGES nach DREES (2021a)

Anmerkung: Auf der Website des DREES können die in dem Bericht verwendeten Daten als Excel-Datei heruntergeladen werden.

Die Zahl bzw. die Entwicklung der Berufsabschlüsse von Ärztinnen und Ärzten mit französischem Diplom reflektiert vor allem die Veränderungen des in Frankreich seit 1971 geltenden Numerus clausus, also der zentral durch die Ministerien für Gesundheit bzw. Bildung festgelegten Zahl der Medizinstudienplätze (präziser: der Studienplätze ab dem zweiten Studienjahr). Bei der Einführung im Jahr 1972 lag der Numerus clausus bei etwa 8.500 Studienplätzen, um dann vor allem ab 1979 kontinuierlich zu sinken. In den Jahren 1992 bis 2000 wurden weniger als 4.000 Studienplätze vorgehalten – der Tiefpunkt war 1993 mit einem Numerus clausus von 3.500 Studienplätzen. Ab der Jahrtausendwende stieg die Zahl der Medizinstudienplätze wieder an, im Jahr 2017 lag sie mit 8.124 erstmals wieder auf dem

Niveau der 1970er Jahre.⁵¹ 2020 wurden 9.361 Studienplätze in der Medizin vorgehalten. (Légifrance 2020)

Der Numerus clausus bzw. die niedrige Zahl von Studienplätzen seit den 1990er Jahren wird für den generellen Ärztemangel und die Entstehung der „medizinischen Wüsten“ („déserts médicaux“), also von Regionen mit sehr niedriger Arztdichte, verantwortlich gemacht. Mit der Abschaffung des Numerus clausus im Jahr 2019 wurde von dem zuständigen Ministerium daher das Ziel einer Steigerung der Zahl der Medizinstudierenden um 20 % bis zum Jahr 2027 formuliert. Dies wird sich wegen der mindestens zehnjährigen Ausbildungsdauer auf die Versorgungssituation jedoch frühestens ab 2030 auswirken. (Roberto 2022)

6.2.3 Tatsächliche Weiterbildungszeit und Alter bei Abschluss der Weiterbildung

Zum Ende des zweiten Abschnitts des Medizinstudiums („deuxième cycle“) – also zum Zeitpunkt der Épreuves Classantes Nationales (ECN), die den Zugang zur Weiterbildung regeln – sind die angehenden Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt etwa 25 Jahre alt. (DREES 2017). Anschließend absolvieren sie eine Weiterbildung (dritter Abschnitt des Medizinstudiums, „troisième cycle“, „internat“), die je nach gewähltem Fach zwischen vier Jahren (bis 2022 gab es noch eine dreijährige Weiterbildungsdauer in der Allgemeinmedizin) und sechs Jahren (chirurgische Fächer) dauert. Neben der Weiterbildung in der jeweils gewählten Fachrichtung können querschnittliche Zusatzweiterbildungen (FST, „formations spécialisés transversales“) bzw. optionale Module („options“) gewählt werden. In den Fächern mit vierjähriger Weiterbildungsdauer (neben der Allgemeinmedizin z. B. Neurologie, Psychiatrie, Geriatrie, Rheumatologie) verlängert sich die Weiterbildungsdauer in diesem Fall um ein Jahr (auf somit fünf Jahre); in den anderen Fächern werden FST bzw. Optionen in die reguläre Weiterbildung integriert.

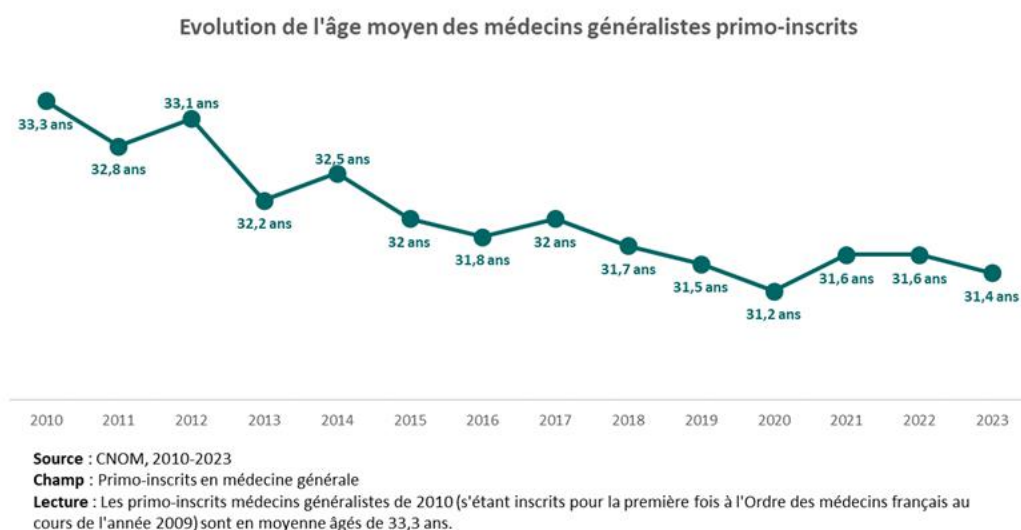
Im Jahr 2021 wurden 8.613 Ärztinnen (56 %) und Ärzte (42 %) nach dem Abschluss ihrer Weiterbildung neu in den „Ordre des médecins“ eingeschrieben, davon 84,3 % mit Abschluss an einer französischen Universität, 8,3 % mit einem europäischen und 7,4 % mit einem außereuropäischen Abschluss. (CNOM 2022b) Die tatsächliche Weiterbildungsdauer in Frankreich (über alle Fachrichtungen hinweg) lässt sich aus dem Durchschnittsalter der entsprechenden Neueinschreibungen in den Ordre de Médecins ableiten, das in den Jahren 2021 und 2022 jeweils bei 31,6 Jahren lag. (CNOM, Mitteilung an IGES)

Die tatsächliche Weiterbildungsdauer in Frankreich lässt sich aus dem Durchschnittsalter der entsprechenden Neueinschreibungen in den Ordre de Médecins ableiten. Auf Anfrage des IGES hat CNOM freundlicherweise die Entwicklung des

⁵¹ Zu den Zahlenangaben im Detail: https://fr.wikipedia.org/wiki/Numerus_clausus_dans_l%27admission_aux_%C3%A9tudes_de_sant%C3%A9_fran%C3%A7aises (Abruf am 14.07.2023)

Durchschnittsalters der erstmalig in den Ordre des Médecins eingeschriebenen Allgemeinmediziner/-innen im Zeitraum 2010 bis 2023 übermittelt. Demnach ist das Durchschnittsalter von 33,3 Jahren 2010 auf 31,6 Jahre 2021/22 bzw. 31,4 Jahre 2023 gesunken (vgl. Abbildung 12). Über alle Fachrichtungen hinweg lag das Durchschnittsalter in den Jahren 2021 und 2022 jeweils bei 31,6 Jahren. (CNOM, Mitteilung an IGES) Da das Durchschnittsalter bei Teilnahme an den ECN regelmäßig bei 25 Jahren liegt, dürfte die tatsächliche Weiterbildungsdauer bis zum Eintritt in die allgemeinmedizinische Versorgung somit im Durchschnitt bei etwa sechs Jahren liegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die reguläre Weiterbildungsdauer in der Allgemeinmedizin bis 2022 drei Jahre betrug, bei Wahl einer „querschnittlichen Zusatzweiterbildung“ (FST) allerdings bei vier Jahren.

Abbildung 12: Entwicklung des Durchschnittsalters der erstmals in den „Ordre des médecins“ eingeschriebenen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte; Jahre 2010 bis 2023



Quelle: CNOM, Mitteilung an IGES

Es kommt somit auch in Frankreich in einem gewissen Umfang zu Überschreitungen der regulären Weiterbildungszeiten. Nach den weiter unten (Abschnitt 6.4.3) berichteten Analysen des ONDPS unterbrechen 7 % der angehenden Allgemeinärztinnen/-ärzte zeitweilig ihre Weiterbildung.

6.3 Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeinmedizin

6.3.1 Planung der fachärztlichen Kapazitäten und Weiterbildungsplätze

Im Jahr 2019 wurde der zentral durch die Ministerien festgelegte Numerus clausus mit Wirkung für das Jahr 2020 abgeschafft („Loi no 2029-774 du 24 juillet 2019“)

und durch ein neues System ersetzt. Demnach werden unter der Regie der regionalen Gesundheitsbehörden (ARS) in den einzelnen Regionen mehrere Jahre umfassende Pläne für die Studienplatzzahlen des ersten von den Gesundheitsprofessionen gemeinsam absolvierten Studienjahrs aufgestellt. Diese Pläne berücksichtigen zum einen die regionale Bedarfs- und Kapazitätssituation, zum anderen auch nationale Vorgaben, z. B. mit Blick auf die Verminderung regionaler Versorgungsangebotsunterschiede. Ausgehend von diesen mehrjährigen Plänen für die Aufnahmekapazitäten im ersten Studienjahr legen die medizinischen Fakultäten der jeweiligen Regionen ihre Zahl an Medizinstudienplätzen ab dem zweiten Studienjahr fest.

Der gesamte Prozess der Kapazitäts- und Ausbildungsplanung wird auf nationaler Ebene durch eine zentrale Behörde zur Beobachtung der Demographie der Gesundheitsberufe („L’Observatoire national de la démographie des professionnels de santé“, ONDPS; DREES 2021c) koordiniert und unterstützt. Zu den Aufgaben des ONDPS gehört es, den zuständigen Ministerien für Gesundheit bzw. Bildung, ausgehend von den Vorschlägen der regionalen Komitees, die Zahl und Zusammensetzung der künftig auszubildenden Gesundheitsberufe vorzuschlagen.

Unter der Regie des ONDPS hat im März 2021 die (nach Abschaffung des Numerus clausus) erste nationale Planungskonferenz (Conférence Nationale du 26 Mars 2021) stattgefunden, bei der die Ausbildungsziele in den Gesundheitsberufen für den Zeitraum 2021 bis 2025 festgelegt wurden. Demnach sollen in Frankreich in diesem 5-Jahres-Zeitraum 51.505 Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, was einer deutlichen Steigerung (je nach Berechnung zwischen 18 % und 24 %) gegenüber dem vorangegangenen 5-Jahres-Zeitraum entspricht. Zur Begründung wird u. a. angeführt, dass die Ärztedichte in Frankreich unter der in anderen europäischen Ländern liegt (Italien und Deutschland werden genannt), dass alle französischen Regionen einen höheren Bedarf an Ärztinnen/Ärzten gemeldet haben sowie dass die nachfolgenden Medizinergenerationen stärkeren Wert auf eine ausgeglichene Verteilung von Arbeitszeit und Freizeit legen, was zu niedrigeren Arbeitszeitkapazitäten führen wird. (ONDPS 2021a). Der Bericht umfasst eine Differenzierung der Ausbildungsziele nach Regionen bzw. medizinischen Fakultäten, aber keine nach Fachgebieten.

6.3.2 Die Wahl der Allgemeinmedizin als Fachgebiet – Die „Épreuves classantes nationales (ECN)“

In Frankreich wird die Zahl der Weiterbildungsplätze in den 44 Fachrichtungen, in denen ein DES (Diplôme D’Études Spécialisée) erworben werden kann, jährlich unter Beteiligung der Regionen zentral festgelegt und über eine landesweite Prüfung bzw. einen Wettbewerb (ECN, Épreuves Classantes Nationales) vergeben.

Nach dem erfolgreichen Abschluss des zweiten Zyklus ihres Medizinstudiums absolvieren alle Studierenden eine landesweit einheitliche Prüfung, die insbesondere

den Zugang zum dritten Ausbildungsabschnitt, d. h. zur fachärztlichen Weiterbildung, reguliert. Die jüngsten „Épreuves classantes nationales (ECN)“ fanden vom 19. bis 22. Juni 2023 statt.

Nach der jüngsten Reform besteht die ECN-Prüfung aus zwei Teilprüfungen:

- „Épreuves dématérialisées nationales (EDN)“, bestehend aus vier Einzelprüfungen von je drei Stunden Dauer. Drei dieser Prüfungen bestehen aus der Beantwortung von Fragen im Zusammenhang mit klinischen Dossiers. Eine Prüfung bezieht sich auf die Lektüre zweier wissenschaftlicher Artikel, zu denen Fragen gestellt werden.
- „Examens cliniques objectifs structurées (ECOS)“. Dabei handelt es sich um mündliche Prüfungen, in denen die Reaktionen der künftigen Ärztinnen und Ärzte auf definierte klinische Situationen geprüft werden.

Aufgrund der Ergebnisse der Prüfung wird eine amtliche Rangliste aller Teilnehmenden erstellt, die als Verordnung im französischen Gesetzblatt veröffentlicht wird. Seit 2023 geht außer dem Prüfungsergebnis mit einem Gewicht von 10 % auch der vorherige Ausbildungsverlauf in die ECN-Gesamtbewertung ein.

Die Rangliste der ECN des Jahres 2022 umfasst 9.298 Namen, d. h. Ärztinnen und Ärzte, die zum dritten Studienabschnitt zugelassen werden. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046077074> – Abruf am 15.10.2023) Die Studierenden können anschließend in der Reihenfolge ihrer Platzierung aus den insgesamt verfügbaren Weiterbildungsplätzen ihre gewünschte Fachrichtung sowie die Fakultät („subdivision“) für ihren dritten Ausbildungsabschnitt wählen.

Im Jahr 2022 wurden den 9.298 Absolventinnen/Absolventen des ECN insgesamt 8.754 reguläre Weiterbildungsplätze, darunter 3.388 Plätze in der Allgemeinmedizin, angeboten. Zusätzlich wurden 270 Weiterbildungsplätze, darunter 246 in Allgemeinmedizin, für Studierende angeboten, die einen CESP-Vertrag abgeschlossen haben, sich also verpflichtet haben, nach Abschluss ihrer Ausbildung in einer unterversorgten Region tätig zu werden (vgl. unten). Von den insgesamt 9.024 Weiterbildungsplätzen entfielen somit 40,2 % (N = 3.634) auf die Allgemeinmedizin.

Auch das Ergebnis der Zuordnung zur Fachrichtung sowie der Fakultät wird als amtliches Dokument veröffentlicht. Abbildung 13 zeigt die Studierenden auf den ersten zehn Rängen. Der Erstplatzierte des ECN 2022 – Monsieur Gaétan Basile – hat die Ausbildung zum Facharzt für Hämatologie an der Universitätsklinik Bordeaux gewählt. Der erste Student, der 2022 die Allgemeinmedizin gewählt hat, belegte Rang 56. Der letzte Student, der noch einen Weiterbildungsplatz in der Allgemeinmedizin erhalten hat, belegte Rang 9.231.

Abbildung 13: Ausschnitt aus der Zuordnung von Medizinstudierenden zur Fachrichtung und Fakultät der Weiterbildung aufgrund ihres Rangplatzes bei den ECN-Prüfungen 2022

Par arrêté de la directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière en date du 13 octobre 2022, les personnes dont les noms suivent sont affectées par ordre de classement aux épreuves classantes nationales en qualité d'interne, par spécialité et par centre hospitalier universitaire, au titre de l'année universitaire 2022-2023 :

- 1 M. Basile (Gaétan), hématologie au CHU de Bordeaux.
- 2 M. Giraudo (Alexandre, Eric), oncologie à l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille.
- 3 M. de Brek (Norbert, Charles), urologie à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.
- 4 Mme Bonnet (Lisa, France, Claire), pédiatrie au CHU de Montpellier.
- 5 M. Tauveron--Jalenques (Urbain, Marie, Pierre, Hubert), hématologie au CHU de Clermont-Ferrand.
- 6 M. Jadis (Paul, Olivier, Pierre, Yves), neurologie à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.
- 7 M. Ducruc (Lucas), médecine cardiovasculaire au CHU de Bordeaux.
- 8 M. Bardoult (Pierre, Adrien, René), anesthésie-réanimation au CHU de Rennes.
- 9 Mme Bardy (Rachel, Louise), médecine nucléaire au CHU de Nantes.
- 10 M. Bibollet (Guillaume, Nicolas), anesthésie-réanimation au CHU de Montpellier.

Quelle: Legifrance: Arrêté du 13 octobre 2022 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études de médecine organisées au titre de l'année universitaire 2022-2023 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046432620> – Abruf am 15.10.2023)

Das französische Ausbildungssystem nimmt also eine strikte Steuerung der Studierenden in die Weiterbildung vor, insofern als die Zahl der Weiterbildungsplätze in den einzelnen Fachrichtungen exakt vorgegeben ist. Den Studierenden auf den vorderen Rangplätzen des ECN stehen dabei alle 44 Weiterbildungsgänge offen, je weiter hinten man platziert ist, umso mehr werden die Wahlmöglichkeiten eingeschränkt, weil Plätze in den begehrten Fächern ggf. bereits vergeben sind. Im Jahr 2016 hatten die bestplatzierten 29 % der ECN-Teilnehmenden noch die Wahl unter allen 44 Spezialisierungen, eine Person genau in der Mitte der Verteilung konnte noch unter 21 Fachrichtungen wählen. (DREES 2017)

Die fünf begehrtesten Fachrichtungen bei den ECN im Jahr 2021 waren 1. Plastische, ästhetische und Rekonstruktionschirurgie, 2. Augenheilkunde, 3. Dermatologie, 4. Kardiologie, 5. Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie. In den fünf am wenigsten beliebten Fachrichtungen konnten angebotene Weiterbildungsplätze nicht besetzt werden: Psychiatrie, Arbeitsmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Geriatrie und Medizinische Biologie.

Auch in Frankreich gibt es ein spezielles Förderprogramm, mit dem Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit in unterversorgten Regionen gewonnen werden sollen. Dieser „Contrat d'engagement de service public (CESP)“ gewährt den Studierenden im zweiten oder dritten Ausbildungsabschnitt eine monatliche finanzielle Zuwendung (1.200 Euro pro Monat). Im Gegenzug müssen sie sich verpflichten in einer Region tätig zu werden, die ihnen von der regionalen Gesundheitsbehörde (ARS) vorgegeben wird. Die Zeit der verpflichtenden Tätigkeit in einer unterversorgten Region entspricht der Dauer der finanziellen Zuwendung, wobei die Mindestdauer auf zwei Jahre festgelegt ist. (CNG 2022) Für die Studierenden mit CESP-Vertrag wird, wie oben ausgeführt, ein eigenes Kontingent an Weiterbildungsplätzen angeboten.

6.4 Allgemeine Beschreibung des Systems der Aus- und Weiterbildung Allgemeinmedizin

In Frankreich ist die ärztliche Weiterbildung Teil des Medizinstudiums. Verantwortlich für das Medizinstudium und damit auch für deren dritten Abschnitt (Weiterbildung) sind die „Unités de formation et de recherche (UFR)“ an den 29 medizinischen Fakultäten des Landes.

Im Folgenden wird zunächst kurz das Medizinstudium insgesamt umrissen, bevor im Detail auf den dritten Abschnitt der fachärztlichen Weiterbildung eingegangen wird.

6.4.1 Die Zulassung zum Medizinstudium

Seit 2021 gibt es folgende alternative Optionen für den Zugang zum Medizin-, Pharmazie- oder Hebammenstudium:

- Einschreibung in einen Bachelor-Studiengang (Licence) mit Schwerpunkt Gesundheitswissenschaften und Nebenfach in einer anderen Disziplin (z. B. Recht, Biologie, Sprachen usw.): Diese Variante heißt „parcours accès spécifique santé – PASS“. Bei erfolgreichem Abschluss des ersten Jahres ist eine Bewerbung für das Medizinstudium möglich. Falls diese scheitert, gibt es eine Option auf eine Fortführung des Bachelor-Studiengangs. Hierbei ist auch die Einschreibung in einen L.AS (siehe unten) möglich. PASS wird nur an Universitäten mit medizinischen Fakultäten angeboten.
- Einschreibung in einen „klassischen“ Bachelorstudiengang, beispielsweise in Literaturwissenschaften oder Physik mit Nebenfach Gesundheitswissenschaften und der Möglichkeit, sich im Laufe des dreijährigen Studiums bis zu zweimal für den Zugang zu einem der medizinischen Studiengänge zu bewerben („licence avec option accès santé“ – L.AS). L.AS wird auch an Universitäten ohne medizinische Fakultät angeboten.

Voraussetzung für eine Aufnahme in das Medizinstudium ist, dass das gesamte Studienjahr (auch das nichtmedizinische Haupt- oder Nebenfach) mit guten Noten bestanden wird. Die Auswahl der Studierenden in PASS oder L.AS, die sich um die Zulassung zum Medizinstudium bewerben, beruht auf:

- den Noten, die die Bewerbenden in den beiden Ausbildungssemestern erzielt haben, und ihrem Rang innerhalb des Bachelor-Studiengangs;
- Zusatzprüfungen (mündlich und manchmal schriftlich), die insbesondere die Reflexionsfähigkeit, den Berufswunsch und die Sozialkompetenz der Bewerber beurteilen sollen.

Etwa 60 % der Studierenden des zweiten Studienjahrs (also des Medizinstudiums im engeren Sinne) gelangen über PASS dorthin, 40 % über L.AS. ([https://fr.wikipedia.org/wiki/Acc%C3%A8s_aux_%C3%A9tudes_de_sant%C3%A9_en_France#Parcours_Acc%C3%A8s_Sp%C3%A9cifique_Sant%C3%A9_\(PASS\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Acc%C3%A8s_aux_%C3%A9tudes_de_sant%C3%A9_en_France#Parcours_Acc%C3%A8s_Sp%C3%A9cifique_Sant%C3%A9_(PASS))) – Abruf am

30.10.2023) Nach einem Scheitern im ersten Versuch setzen die PASS-Studierenden ihr Studium mit dem zweiten Jahr ihres Wahlfachs fort, was einem Wechsel in L.AS gleichkommt. Sie können dann einen zweiten Versuch unternehmen, in das Medizinstudium zu gelangen. Studierende, deren Noten über einem von der Universität festgelegten Schwellenwert liegen, werden direkt zugelassen. Die Liste der übrigen Bewerberinnen und Bewerber, die nach den zusätzlichen Prüfungen zugelassen werden, wird entsprechend der Aufnahmekapazitäten festgelegt.

Das erste Jahr des Medizinstudiums wird somit in einem Studiengang gemäß PASS oder L.AS absolviert. Durch diese Modalitäten soll gewährleistet werden, dass die Studierenden ohne Unterbrechung weiterstudieren können, auch wenn sich der Wunsch nach einem Medizinstudium nicht erfüllt. Bis 2020 mussten Studierende, die nach dem ersten Studienjahr (PACES) den Sprung in das Medizinstudium nicht geschafft haben, anschließend „von vorne anfangen“, weil ihre Leistungen in anderen Studiengängen nicht anerkannt wurden.

6.4.2 Das Medizinstudium (erster und zweiter Abschnitt)

Das Studium der Medizin ist in Frankreich in drei Abschnitte, „cycles“, gegliedert. Die Abschnitte 1 und 2 entsprechen der ärztlichen Ausbildung in Deutschland. Abschnitt 3 („troisième cycle“) entspricht der fachärztlichen Weiterbildung. Die Weiterbildung ist in Frankreich somit Teil des Medizinstudiums. Nach erfolgreichem Abschluss des zweiten Abschnitts müssen sich alle Absolventinnen/Absolventen einem nationalen Prüfungsverfahren unterziehen, das den Zugang zu den 44 Fachrichtungen der Weiterbildung, d. h. dem dritten Studienabschnitt, regelt. Dieses jährlich im Sommer stattfindende Prüfungsverfahren (ECN, „épreuves classantes nationales“) ist im Abschnitt 6.3.2 ausführlich erläutert.

6.4.2.1 Der präklinische Abschnitt (Premier Cycle des Études Médicales, PCM1)

Dieser Abschnitt entspricht grosso modo einem deutschen vorklinischen Studium, ergänzt um die klinische Propädeutik (Untersuchungsmethoden). Nachdem die Studierenden das erste Studienjahr unter den Bedingungen von PASS bzw. L.AS absolviert haben, entspricht dieser Abschnitt dem zweiten und dritten Studienjahr. Die Studierenden müssen ein Pflegepraktikum (vier Wochen) sowie mindestens 12 Wochen Praktika im Krankenhaus ableisten. Das „Diplome de Formation Générale en Sciences Médicales“ (entsprechend einem Bachelorgrad) schließt den ersten Zyklus ab. (Onisep 2023)

6.4.2.2 Der klinische Abschnitt (Deuxieme Cycle des Études Médicales, DCM2)

Dieser Abschnitt, im Alltag inoffiziell „externat“ genannt, umfasst das vierte bis sechste Studienjahr. Dieser Abschnitt ist stark praktisch orientiert, d. h., die Studierenden werden vormittags in großem Umfang in der Krankenhausversorgung eingesetzt (z. B. Visite vorbereiten, Arztbriefe formulieren). Sie übernehmen auch

Nacht- oder Wochenenddienste, sogenannte „gardes“ (im Laufe der drei Jahre müssen mindestens 25 „gardes“ geleistet werden).

Die Externen sind zugleich Studierende und Angestellte mit einem befristeten Vertrag (inkl. Kranken- und Rentenversicherung) des Universitäts- oder Lehrkrankenhauses ihrer Fakultät („étudiants hospitaliers“ genannt). Externe erhalten aktuell im vierten Jahr des Studiums 270 Euro pro Monat, im fünften Jahr 330 Euro und im sechsten Jahr 400 Euro sowie sechs Wochen bezahlten Urlaub. Jeder Dienst („garde“) wird zusätzlich mit 54 Euro vergütet. (Conférence Cartesia 2023)

Die Studierenden absolvieren während der gesamten drei Jahre des zweiten Ausbildungsabschnitts Praktika. Die Praktika bestehen aus fünf Vormittagen pro Woche in den klinischen Abteilungen. Das vormittags Gelernte kann dann in den nachmittäglichen theoretischen Unterricht eingebracht werden. Einige Praktika sind obligatorisch (Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, Innere Medizin und Notfallversorgung). Ebenso verpflichtend ist (seit 1997) ein Hausarztpraktikum. Die Praktika finden vierteljährlich statt, d. h. insgesamt vier Praktika pro Jahr. Die Dauer der einzelnen Praktika beträgt 6 bis 8 Wochen in Vollzeit bzw. 12 bis 16 in Halbzeit.

Nach dem Bericht über die letzte nationale Planungskonferenz (Conférence Nationale) zur Festlegung der notwendigen Ausbildungskapazitäten für den Zeitraum 2021 bis 2025 sind die Praktikumsstellen für das Hausarztpraktikum im zweiten Studienabschnitt an den meisten medizinischen Fakultäten ein Engpassfaktor, weil es an der entsprechenden Zahl von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen mangelt, bei denen diese Praktika absolviert werden können. (ONDPS 2021b)

Das „Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM)“ schließt diesen Abschnitt ab. Dieses Diplom entspricht dem Grad eines Masters.

Nach erfolgreichem Abschluss des zweiten Zyklus absolvieren alle Studierenden eine landesweit einheitliche Prüfung, die insbesondere den Zugang zum dritten Ausbildungsabschnitt, d. h. zur fachärztlichen Weiterbildung, reguliert (vgl. Abschnitt 6.3.2). Die jüngsten „Épreuves classantes nationales (ECN)“ fanden vom 19. bis 22. Juni 2023 statt.

6.4.3 Der Weiterbildungsabschnitt (Troisième Cycle des Études Médicales, TCM3)

Die zentrale rechtliche Vorgabe für den Weiterbildungsabschnitt („troisième cycle“) des Medizinstudiums ist folgende Verordnung:

- „Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine“⁵²

⁵² Details unter: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758> (Abruf am 14.07.2023)

Diese Verordnung regelt die allgemeine Organisation der Weiterbildung: Ziele, Zugangsvoraussetzungen und Inhalte (Art. 1 bis 5); querschnittliche Zusatzweiterbildungen (FST, „formations spécialisés transversales“, Art. 6); Möglichkeiten des Wechsels der Fachrichtung (Art. 7–9); Art und Zuständigkeiten der für die Weiterbildung verantwortlichen Stellen bzw. Personen (z. B. fachgruppenspezifische regionale und lokale Kommissionen zur Koordination der Weiterbildung, Art. 10–12); Weiterbildungsvertrag („code de formation“, Art. 13); Portfolio (von den Studierenden zu führendes Verzeichnis, mit dem der Ausbildungsgang und -fortschritt nachgewiesen wird, Art. 14); Praktikumsphasen („formation en stage“, Art. 15) und zulässige Einrichtungen (Art. 16), in denen die Praktika absolviert werden dürfen; Voraussetzungen und Aufgaben der akkreditierten Weiterbildenden in den Praktikumsphasen („praticiens agréés-maîtres de stage“, Art. 17); Aufgaben und Organisation der Kommissionen auf der Ebene der „Subdivisionen“ (d. h. der weiterbildenden Universität und der zuständigen ARS, Agence Régionale de Santé, Art. 18 bis 31); Voraussetzungen und Verfahren für die Anerkennung von Weiterbildungsstellen bzw. Weiterbildenden für die Praktikumsphasen (Art. 32–40); Organisation der Praktikumsphasen (Art. 41 bis 44); Arten von Praktika (Art. 45–56); Leistungsnachweise („évaluation et validation“, Art. 57–62); Verleihung des Diploms (Art. 63–64); Schlussbestimmungen (Art. 65–71).

Das Curriculum für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist im August 2023 für die ab diesem Jahr geltende vierjährige Weiterbildungsdauer angepasst worden. Für die allgemeinmedizinische Weiterbildung ist die entsprechende Verordnung daher nunmehr das zentrale Rechtsdokument:

- „Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale“⁵³

Die Vorgaben dieser Verordnung sind die Grundlage der nachfolgenden Ausführungen.

Der dritte Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums (Troisième Cycle des Études Médicales) ist 2017 gesetzlich reformiert worden („Arrêté du 12 avril 2017“). Es wurden fünf neue Subspezialitäten eingeführt, drei bis dahin bestehende sind entfallen, sodass nun unter 44 Fachgebieten (DES, Diplôme D'Études Spécialisée) gewählt werden kann. Zusätzlich wurde die Option eingeführt, eine „spezialisierte Querschnittsweiterbildung“ („formations spécialisés transversales“, FST) zu belegen. Dabei handelt es sich um ergänzende, mehrere Fachrichtungen berührende Spezialisierungen. Angehende Allgemeinmediziner/-innen können u. a. folgende FST wählen: Suchtmedizin („addictologie“), Schmerz, Palliativmedizin, Medizin in der Schule („médecine scolaire“), Sportmedizin. Falls eine solche FST-Option gewählt wird, verlängert sich die Dauer der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (sowie in allen übrigen Fächern mit vierjähriger Weiterbildungsdauer) um ein Jahr (vergleiche Abschnitt 6.4.4).

⁵³ Details unter: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048> (Abruf am 15.10.2023)

Die Weiterbildungsdauer beträgt

- in der Allgemeinmedizin ab dem Studienjahr 2023 vier Jahre (vorher drei Jahre),
- vier oder fünf Jahre in den medizinischen Fächern,
- sechs Jahre in den chirurgischen Fächern.

Ferner wurde eine Gliederung der Weiterbildung in drei Phasen vorgenommen („Sockel“, „Vertiefung“, „Konsolidierung“). Ab dem Studienjahr 2023 gilt diese Gliederung auch für die Allgemeinmedizin, während der zuvor geltenden dreijährigen Weiterbildung fehlte die „Konsolidierung“.

Als weitere Neuregelung wurde der Status eines „Junior-Arztes“ („docteur junior“) eingeführt, den man in der dritten Phase erhält, wenn die Doktorarbeit eingereicht wurde, aber der eigentliche Abschluss – das „Diplôme d'études spécialisées, DES“ – noch nicht vorliegt. In der Weiterbildung Allgemeinmedizin („DES de médecine générale“) wurde diese dritte Phase – und damit auch der Status der Junior-Ärztin/des Junior-Arztes – mit der Neuregelung 2023 eingeführt.

Für jede Fachrichtung gibt es ein Curriculum („maquette pédagogique“), das Verlauf und Inhalte der Weiterbildungsphasen sowie der Prüfungen/Evaluationen definiert. Bezugspunkt sind dabei immer die Bestimmungen der zugrunde liegenden Verordnung vom 12. April 2017 („Arrêté du 12 avril 2017“, vgl. oben) bzw. für die Allgemeinmedizin der Verordnung vom 3. August 2023, mit der die jüngste Neuregelung eingeführt wurde („Arrêté du 3 août 2023“, vgl. oben). Die Curricula sind auf der Website der Ausbildungsinstitutionen der Medizin (Coordination Nationale des Collèges D'Enseignants en Médecine, CNCM)⁵⁴ dokumentiert. Bei Redaktionsschluss des vorliegenden Berichts (Oktober 2023) fand sich dort für die Allgemeinmedizin noch das alte dreijährige Curriculum.

Für die Organisation und Administration der Weiterbildung sind mehrere Gremien auf regionaler Ebene zuständig: Für jede Fachrichtung gibt es eine für das Einzugsgebiet der medizinischen Fakultät zuständige lokale Koordinationskommission, der neben der/dem lokalen Weiterbildungs Koordinatorin bzw. -koordinator der Fachrichtung auch andere Lehrende bzw. praktizierende Ärztinnen/Ärzte der Fachrichtung sowie zwei Studierende angehören („commission de coordination de la spécialité“). Diese Kommission ist für die Abwicklung und Steuerung der Weiterbildung zuständig: Abschluss des Weiterbildungsvertrags („contrat de formation“), Prüfungen und Nachweise. Die Kommission hat auch das Recht, die Kandidatin oder den Kandidaten einen Wechsel der Fachrichtung aufzuerlegen, wenn sie zu der Überzeugung gelangt, dass die gewählte Spezialisierung nicht erfolgreich ausgeübt werden kann. (CNOM 2017) Darüber hinaus sind für den Einzugsbereich jeder medizinischen Fakultät drei weitere Kommissionen eingerichtet, die vor allem an der Bereitstellung der erforderlichen Plätze in geeigneten medizinischen Ein-

⁵⁴ Vgl. unter: <https://cncem.org/maquettes/>

richtungen bzw. der Gewinnung von Weiterbildenden mitwirken, indem sie der regionalen Gesundheitsbehörde (ARS) zuarbeiten („commission d'évaluation des besoins de formation, commission d'agrément, commission de répartition“).

Status der ÄiW („Internes“)

Die „Internes“ haben einen Doppelstatus als Studierende und als öffentlich Bedienstete, d. h. Angestellte eines Universitätskrankenhauses. Die Jahre in der Weiterbildung („Internat“) zählen als Studienjahre und die Internes sind als Studierende verpflichtet, an universitären Ausbildungsangeboten teilzunehmen. Sie dürfen vor Abschluss ihrer Assistenzzeit nicht praktizieren und nur unter bestimmten Bedingungen zeitweise Vertretungen übernehmen.

Die Internes sind zur Ableistungen von zehn Halbtagen pro Woche verpflichtet, davon müssen sie an acht Halbtagen in der Weiterbildungsstätte arbeiten (i. d. R. Krankenhaus). An einem Halbtage nehmen sie an Weiterbildungsaktivitäten teil, die von den Koordinatorinnen/Koordinatoren ihrer jeweiligen Fachrichtung verantwortet werden. Ein weiterer Halbtage steht ihnen für individuelle Ausbildungsaktivitäten zur Verfügung (z. B. Arbeit an der Dissertation). (ISNI 2023)

Wie die Externes sind die Internes mit einem befristeten Vertrag angestellt, gehören einer Sozialversicherungskasse an und haben wie alle Angestellten 30 Tage bezahlten Urlaub. Die Internes werden je nach Weiterbildungsjahr vergütet. Im Jahr 2022 galten folgende Bruttogrundgehälter: 19.119,55 Euro im ersten, 21.165,75 Euro im zweiten, 27.988,47 Euro im dritten, 28.010,20 Euro im vierten und 28.027,80 Euro im fünften Jahr der Weiterbildung. (Ministère de la Santé et de la Prévention 2022) Darüber hinaus werden ggf. bestimmte Zuschläge gewährt, sodass die Internes im ersten Jahr auf insgesamt etwa 2.000 Euro im Monat, im zweiten auf 2.140 Euro und im dritten Jahr auf rund 2.250 Euro kommen. Weitere Einkünfte erzielen die Internes mit den Diensten (149 Euro unter der Woche, 163 Euro an Wochenenden und Feiertagen).⁵⁵ Nach einer Umfrage der Vereinigung der Medizinstudierenden („Association nationale des étudiants en médecine de France“, ANEMF) im Jahr 2019 hat eine/-r von vier Internes wegen der prekären finanziellen Situation bereits einmal darüber nachgedacht, das Studium abzubrechen.

Ein Wechsel der Fachrichtung ist nur einmalig, nur innerhalb des gleichen Ausbildungsstandorts (medizinische Fakultät, „subdivision“) sowie ausschließlich in eine Fachrichtung möglich, in der nach dem ECN, an dem die Person teilgenommen hat, noch Plätze frei waren. Über die Zulässigkeit des Wechsels entscheiden die Gremien des Ausbildungsstandorts („subdivision“). Darüber hinaus ist es auch möglich, nach dem Antritt der Weiterbildung im Folgejahr erneut an der ECN-Prüfung teilzunehmen (um sich im Rangplatz zu verbessern und größere Wahlmöglichkeiten zu haben). Auch dieser Weg, in eine andere, stärker präferierte Fachrichtung zu wechseln, ist sehr limitiert und wird nur von einer relativ kleinen Zahl genutzt.

⁵⁵ Zu den Details unter: <https://www.quali-sante.com/interne-medecine/>. (Abruf am 15.07.2023)

Das Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé ist in einer Studie speziell der Frage nachgegangen, wie viele Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung während der Weiterbildungszeit das Fachgebiet wechseln bzw. aus anderen Gründen nicht im ursprünglichen Fachgebiet einen Abschluss machen. Demnach hat der Weiterbildungsjahrgang 2018 in der Allgemeinmedizin etwa 2 % der ursprünglich eingeschriebenen Personen durch Abbruch der Weiterbildung verloren. Weitere etwa 7 % des Jahrgangs haben ihre Weiterbildung zeitweise unterbrochen. Einen Wechsel der Weiterbildungsfachrichtung beantragt haben 2018 nur 3 % der Internen der Allgemeinmedizin, einer der niedrigsten Anteile im Vergleich aller Fachrichtungen (den höchsten Wert mit 22 % wies die Thorax- und Kardiovaskulär-Chirurgie auf). Faktisch gingen durch Wechsel in eine andere Fachrichtung dieser Kohorte von angehenden Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner nur 0,3 % (absolut: 20 Personen) verloren, was auf die hohen Hürden für einen Wechsel zurückzuführen sein dürfte. (ONDPS 2021b)

6.4.4 Die Weiterbildung in Allgemeinmedizin

Studierende mit Interesse an der Allgemeinmedizin schreiben sich für das Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale ein (DESMG). Wie alle Internen schließen sie einen Ausbildungsvertrag („contrat de formation“) mit der medizinischen Fakultät und der regionalen Koordinierungskommission des Fachgebiets ab. In diesem Vertrag werden die pädagogischen Ziele und die Ausbildungsstationen innerhalb der Fachrichtung festgelegt. Der Vertrag kann um ein FST (siehe unten) bzw. ggf. um das Forschungsprojekt, das der/die Interne durchführen möchte, ergänzt werden. Darüber hinaus wird jede/-r Interne in der Allgemeinmedizin einer hochschuldidaktisch geschulten Mentorin/einem Mentor („réfèrent pédagogique“) zugeordnet, der sie/ihn über die ganze Zeit der Weiterbildung begleitet. Neben regelmäßigen Treffen im Jahr und der Kontrolle des Portfolios fungiert die Mentorin/der Mentor als Ansprechperson.

Die Dauer der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beträgt ab dem Studienjahr 2023 mindestens acht Semester (vier Jahre). Davon müssen mindestens vier Semester in der Allgemeinmedizin unter Anleitung einer/eines oder mehrerer von der Fakultät akkreditierter allgemeinmedizinischer Weiterbildenden („praticien agréé maître de stage des universités“, PAMSU) absolviert werden.

Außerdem gibt es die Möglichkeit, sich für eine „querschnittliche Spezialisierung“ („formations spécialisées transversales“, FST) zu entscheiden, was mit einer Verlängerung der Ausbildung um zwei Semester verbunden ist (im Falle der Allgemeinmedizin also auf fünf Jahre insgesamt). Die möglichen FST in der Allgemeinmedizin sind folgende:

- Suchtmedizin
- Schmerz
- Medizinische Begutachtung – Körperverletzung
- Sportmedizin
- Medizin im schulischen Bereich

- Palliativmedizinische Versorgung
- Poliklinische Krankenhausversorgung („médecine hospitalière polyvalente“)

Darüber hinaus können auf speziellen Antrag auch alle übrigen zugelassenen FST im Rahmen eines speziellen „professionellen Projekts“ gewählt werden.

Als übergeordnete Ziele der Weiterbildung nennt die Verordnung zur Neuregelung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vom August 2023 folgende sechs Kernkompetenzen:

- Erste Hilfe, Notfallversorgung
- Beziehung, Kommunikation, patientenzentrierter Ansatz
- Ganzheitlicher Ansatz, Berücksichtigung der Komplexität
- Aufklärung, Prävention, individuelle und gemeindebezogene Gesundheit
- Kontinuität, Nachsorge, Koordination der Versorgung
- Professionalität

Die Weiterbildung Allgemeinmedizin gliedert sich ab 2023 – wie die übrigen Weiterbildungsgänge auch – in drei Phasen:

1. Sockelphase („phase socle“) von zwei Semestern, in der neben der praktischen Arbeit (acht Halbtage pro Woche) an zwei Halbtagen akademische Ausbildungseinheiten („enseignement hors stage“) absolviert werden müssen (ein Halbtag unter Anleitung, ein Halbtag autonom).

Gegenstände bzw. Bestandteile der akademischen Ausbildungseinheiten sind, wie auch in den folgenden beiden Phasen, u. a. das Verfassen klinischer Berichte, Praxisaustauschgruppen („groupes d'échange de pratique“, GEP), Gruppen zur Schulung der therapeutischen Beziehung, Workshops zum Erwerb praktischer Fertigkeiten (u. a. mit Simulationen). Der für das autonome Studium vorgesehene Halbtag wird i. d. R. für das Abfassen der Doktorarbeit genutzt.

In der Sockelphase sind ein Praktikum in der Allgemeinmedizin bei einer/einem akkreditierten Weiterbilderin/Weiterbilder und ein weiteres Praktikum in der Notfallmedizin (i. d. R. in der Notaufnahme eines Krankenhauses sowie mit Zuständigkeit auch für psychiatrische Notfälle) abzuleisten.

2. Vertiefungsphase („phase d'approfondissement“) von vier Semestern

In Bezug auf die theoretische Ausbildung gelten die gleichen Regelungen wie in der Sockelphase (zwei Halbtage pro Woche). Ferner sind folgende Praktika zu absolvieren:

- Ein Praktikum in der „poliklinischen Medizin“ („médecine polyvalente“) eines Krankenhauses, wobei insbesondere die Möglichkeit zur Ausbildung in der Versorgung von multimorbiden älteren Menschen bestehen muss.
 - Ein kombiniertes Praktikum im Bereich der Frauen- und Kindergesundheit (abzuleisten bei akkreditierten Weiterbildenden bzw. in Krankenhäusern)
-

der Fachrichtungen Gynäkologie, Pädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie).

- Ein Praktikum in der ambulanten Primärversorgung in „überwachter Selbstständigkeit“ („stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée“ – SASPAS). Dieses Praktikum muss bei mindestens zwei unterschiedlichen akkreditierten allgemeinmedizinischen Weiterbildenden absolviert werden.
- Ein frei wählbares Praktikum, bevorzugt in weiterbildungsberechtigten Einrichtungen der Geriatrie, Pädiatrie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe.

3. Konsolidierungsphase („phase de consolidation“) von zwei Semestern (neu eingeführt ab 2023)

Auch in dieser Phase sind pro Woche ein Halbtage für akademischen Unterricht und ein Halbtage für autonome Fortbildung vorgesehen.

Darüber hinaus müssen zwei Praktika des „Niveau 3“ von jeweils einem Semester Dauer in einer ambulanten allgemeinmedizinischen Einrichtung unter Anleitung durch eine/-n speziell für die Praktika des Niveau 3 akkreditierte/-n allgemeinmedizinische/-n Weiterbilderin/Weiterbilder absolviert werden. Um die Ziele einer vertieften Weiterbildung in der Versorgung chronisch kranker Patientinnen/Patienten einerseits und einer stärkeren Verankerung in der betreffenden (ländlichen) Region andererseits zu erreichen, soll das zweite Praktikum im Regelfall und im Einvernehmen der Beteiligten als eine Verlängerung des ersten Praktikums um ein weiteres Semester durchgeführt werden. Falls ungünstige Bedingungen (z. B. Konflikte mit der/dem Weiterbilderin/Weiterbilder) oder die Erfordernisse eines professionellen Projekts dem entgegenstehen, kann das zweite Praktikum an anderer Stelle absolviert werden.

(Quelle für alle Angaben: „Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale“ – Ministère de la Santé et de la Prévention 2023a).

Der Abschluss der Weiterbildung

Um den Grad eines „Docteur en Médecine“ zu erhalten, ist die erfolgreiche Verteidigung der Dissertation („Thèse“) notwendig. Ohne diesen Grad kann man sich nicht niederlassen bzw. dauerhaft Praxisvertretung machen

Die Dissertation und der erfolgreiche Abschluss des DES sind voneinander getrennt und finden zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Die Dissertation muss regelhaft im 4. Jahr der Weiterbildung verteidigt werden, spätestens aber drei Jahre nach Abschluss der Weiterbildung.

In vielen Universitäten ersetzt das Portfolio die in anderen Fachrichtungen übliche „mémoire de spécialité“, eine Abschlussarbeit der fachärztlichen Weiterbildung. Hierbei werden überwiegend „case series“ oder Beobachtungsstudien dargestellt.

Auch diese Arbeit wird benotet und muss in einer mündlichen Prüfung verteidigt werden. Die „mémoire“ führt zum „diplôme d'études spécialisées“ (DES).

Eine mündliche Facharztprüfung gibt es nicht, jedoch kommt die mémoire de spécialité bzw. die Überprüfung des während der Weiterbildung geführten Portfolios dieser recht nahe.

Praktika und Weiterbildung in Allgemeinarztpraxen

Eine wichtige Rolle in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung spielen die „Maîtres de Stage des Universités (MSU)“ bzw. „Practiciens Agréés Maîtres de Stage des Universités (PAMSU)“. Dabei handelt es sich um ambulant tätige Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin, die entweder Studierende im zweiten Studienabschnitt mit der Allgemeinmedizin bekannt machen oder angehende Allgemeinmediziner/-innen im dritten Studienabschnitt weiterbilden. Es wird zwischen vier bzw. – mit der 2023 erfolgten Verlängerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auf vier Jahre – fünf Arten von Praktika unterschieden, wobei für die MSU jeweils unterschiedliche Voraussetzungen und Bedingungen gelten (Beispiel: Université de Bordeaux)⁵⁶:

1. Praktikum für Externe (zweiter Studienabschnitt, fünftes oder sechstes Studienjahr). Ziel ist es, Studierende mit der Allgemeinmedizin bekannt zu machen bzw. sie für diese Fachrichtung zu gewinnen. Das Praktikum dauert sieben Wochen, gegliedert nach zwei oder drei Halbtagen pro Woche. Ein MSU soll drei Studierende in vier Monaten aufnehmen. Das Honorar für die/den MSU beträgt 525 Euro pro Praktikum und Praktikant/-in. Voraussetzung ist, dass die/der MSU seit mindestens einem Jahr als Allgemeinärztin/-arzt tätig ist und die entsprechende Fortbildung für diesen Praktikums-typ („encadrement des externes en médecine générale“) absolviert hat.
2. Praktikum für Interne – Niveau 1. Dies ist ein obligatorisches Praktikum während der Phase 1 („Sockel“, siebtes Studienjahr) der Weiterbildung zur Allgemeinärztin/zum Allgemeinarzt. Das Praktikum dauert sechs Monate (durchschnittlich acht Halbtage pro Woche) und findet bei zwei bis drei unterschiedlichen MSU statt. Das Honorar beträgt 600 Euro pro Praktikum und Praktikant und wird zwischen den beteiligten MSU pro rata aufgeteilt. Ferner erhalten die MSU die Konsultationshonorare der Praktikantinnen/Praktikanten. Voraussetzung ist, dass die/der MSU seit mindestens zwei Jahren als Allgemeinärztin/-arzt tätig ist. Es müssen zwei Fortbildungen absolviert werden („S 1 initiation à la maîtrise de stage en troisième cycle de MG“ und „S 3 supervision directe en maîtrise de stage“).
3. Praktikum für Interne – Niveau 2 SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés). Dieses sechsmonatige Praktikum findet zum Ende der Weiterbildung statt und soll auf die selbstständige allgemeinärztliche Tätigkeit vorbereiten. Es dauert sechs Monate und wird zwischen

⁵⁶ Vgl. unter: <http://www.medecinmsu.fr/devenir-ma%C3%A9tre-de-stage-des-universit%C3%A9s-bordeaux/les-stages> (Abruf am 16.10.2023)

zwei bis drei MSU aufgeteilt. Im Rahmen dieses Praktikums sollen auch Fähigkeiten wie das Führen einer Praxis, Abrechnung, Bereitschaftsdienste usw. erlernt werden. Gegenwärtig absolvieren nur 30 bis 40 % der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung dieses eigentlich seit 2017 obligatorische Praktikum, weil es nicht genügend MSU gibt, die es anbieten. Auch bei diesem Praktikum beträgt das Honorar 600 Euro pro Praktikant/-in (aufzuteilen zwischen den beteiligten MSU). Ferner erhalten die MSU die Konsultationshonorare der Praktikantinnen/Praktikanten. Voraussetzung ist, dass die/der MSU seit mindestens zwei Jahren als Allgemeinärztin/-arzt tätig ist. Die MSU müssen über eine von zwei Fortbildungen für dieses Praktikum verfügen („S 4 supervision indirecte en maîtrise de stage“ oder „S 5 SASPAS: supervision du futur médecin généraliste en stage ambulatoire“). Beide Fortbildungen werden als zweitägige Seminare angeboten; für die Teilnahme wird eine Entschädigung gezahlt.

4. Praktika für den allgemeinmedizinischen Weiterbildungsabschnitt „Kinder- und Frauen- und Jugendmedizin“ oder „Frauengesundheit“. Diese Praktika sind obligatorisch und können nur von MSU angeboten werden, die bereits Praktikanten des Niveau 1 hatten und in ihren Praxen einen Schwerpunkt für Kinder- bzw. Frauen- und Jugendmedizin haben. Es sind die Fortbildungen S 1, S 3 und S 4 erforderlich. Das Honorar beträgt ebenfalls 600 Euro.
5. Als fünfter Typus sind die im neu eingeführten vierten Weiterbildungsjahr („Konsolidierungsphase“) zu absolvierenden Praktika des Niveaus 3 zu nennen, bei denen die – nunmehr den Titel „Junior-Doktor“ tragenden – angehenden Ärztinnen und Ärzte erweiterte Aufgabenspektren wahrnehmen sollen. Auch an die Weiterbildungsstellen werden spezifische Anforderungen gestellt.

Die genannten Fortbildungen für die MSU werden vom Kolleg der Lehrenden in der Allgemeinmedizin (Collège national des généralistes enseignants, CNGE) konzipiert und von deren regionalen Organisationen durchgeführt (im Falle der Université de Bordeaux dem „Collège des généralistes enseignants d'Aquitaine“). Ärztinnen/Ärzte, die als MSU tätig werden wollen, müssen Mitglied – entweder nur der Regionalorganisation oder auch der CNGE – werden und dafür einen Mitgliedsbeitrag zahlen. Die Mitgliedschaft berechtigt u. a. zur Teilnahme an den o. g. Fortbildungen für MSU.

6.5 Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung Allgemeinmedizin

Grundsätzlich erfolgt die Finanzierung der Ausgaben für die Ausbildung aller Gesundheitsberufe – einschließlich der Medizin bis zum zweiten Studienabschnitt – zum größten Teil aus Mitteln des Zentralstaates sowie der Regionen. Von diesen Ausgaben für die Ausbildung im Jahr 2018 in Höhe von 2,3 Mrd. Euro finanzierte der Zentralstaat 47 % und die Regionen 39 %. Weitere 8 % entfielen auf die Krankenversicherung und 5 % auf die Privathaushalte. Die Krankenversicherung finan-

ziert in diesem Kontext vor allem die kontinuierliche Fortbildung der Gesundheitsberufe, wogegen vor allem die universitären Ausbildungen durch den Zentralstaat finanziert werden. (DREES 2019)

Die Ausgaben für die medizinische Weiterbildung (dritter Studienabschnitt des Medizinstudiums) werden in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung nicht unter den Ausbildungskosten verbucht, sondern gehen in die Ausgabenrechnung für die Krankenhausversorgung („soins hospitalier“) ein. (DREES 2019) Da die Krankenhausversorgung zu über 90 % von den sozialen Sicherungssystemen, insbesondere der obligatorischen Krankenversicherung, finanziert wird, erfolgt somit eine zumindest indirekte Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung aus Mitteln der Krankenversicherung.

Gesundheitseinrichtungen, die Aufgaben der Ausbildung von Gesundheitspersonal sowie der Forschung und Innovation im Gesundheitswesen übernehmen, erhalten eine finanzielle Zuwendung aus Mitteln der Krankenversicherung auf Grundlage des Artikels L. 162-22-23 des Sozialversicherungsgesetzes (Code de la Sécurité Sociale), die als „missions d’enseignements, de recherche, de référence et d’innovation – MERRI“ bezeichnet wird. Für die Wahrnehmung übergreifender Aufgaben („missions“) erhalten die Gesundheitseinrichtungen pauschale, d. h. nicht an die Behandlung von Patientinnen/Patienten gebundene Finanzierungsbeiträge (missions d’intérêt général et d’aides à la contractualisation – MIGAC). Insgesamt beläuft sich das Finanzierungsvolumen für die „missions d’intérêt général“ auf etwa 5 Mrd. Euro. (Ministère de la Santé et de la Prévention 2023b)

MERRI ist eine dieser Pauschalfinanzierungen, weitere betreffen z. B. Aufgaben im Rahmen der öffentlichen Gesundheit. MERRI umfasst für die berechtigten Einrichtungen einen „Sockelbetrag“ sowie ggf. weitere Beträge im Rahmen einzelner Förderprogramme. Das Gesamtvolumen des MERRI lag 2021 bei etwa 1,8 Mrd. Euro, davon entfielen etwa 24 % (440 Mio. Euro) auf die Unterstützung der Ausbildungsaufgaben (der Rest auf Forschung). Der konkrete Sockelbetrag einer Einrichtung errechnet sich zum einen nach der Zahl der Personen, die ausgebildet werden und zum anderen nach spezifischen Schlüsseln in Abhängigkeit von den Forschungsleistungen. (Ministère de la Santé et de la Prévention 2023c)

6.6 Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

Eine gezielte Förderung der Entscheidung für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung ist in Frankreich wegen des besonderen Systems der Vergabe von Weiterbildungsplätzen nicht erforderlich.

Die ÄiW haben einen Doppelstatus als Studierende einerseits und als Angestellte des jeweiligen Universitätskrankenhauses, die ein per Rechtsverordnung festgelegtes Gehalt beziehen, andererseits (vgl. Abschnitt 6.4.3).

Sehr verbreitet sind verschiedenste finanzielle Förderungen für die Niederlassung, der Tätigkeit oder die Gründung von kooperativen Versorgungseinrichtungen (z. B. Maison de Santé Pluridisciplinaire, MSP) in unterversorgten Gegenden. Diese Förderungen werden vor allem von den Regionen bzw. den ARS verantwortet und finanziert (vgl. z. B. die „Niederlassungshilfen“ der Region Nouvelle Aquitaine⁵⁷).

Die Rolle und Vergütung der weiterbildenden Allgemeinärztinnen/-ärzte („praticiens agréés maîtres de stage des universités“, PAMSU) ist in Abschnitt 6.4.3 beschrieben.

6.7 „Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können

6.7.1 Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin

Mit Blick auf die Organisations- und Betriebsformen wird die Bildung größerer, möglichst multidisziplinärer bzw. pluriprofessioneller (d. h. unter Einschluss nicht-ärztlicher Berufsgruppen) Einheiten favorisiert und gefördert. Dieser Prozess ist inzwischen relativ fortgeschritten: Neben der Tätigkeit in monoprofessionellen Gruppenpraxen (29 % der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner) gewinnt die Arbeit in den „pluriprofessionellen Gesundheitszentren“ („maisons de santé pluriprofessionnelles“, MSP) zunehmend an Bedeutung. Die MSP sind dadurch charakterisiert, dass neben den Ärztinnen/Ärzten mindestens eine nichtärztliche Gesundheitsprofession zu den Betreibern eines MSP gehört. Im Jahr 2022 arbeiteten etwa 40 % der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner in einem MSP. Darunter etwa 27 % in einem MSP, das nur Allgemeinärztinnen/-ärzte und nichtärztliche Professionen umfasst, und ca. 12 % in einem MSP, zu dem auch andere (zahn-)ärztliche Fachgruppen gehören. Ende 2021 gab es in Frankreich mehr als 2.000 solcher MSP. (DREES 2022b)

6.7.2 Verdienstmöglichkeiten

Im Jahr 2017 erzielte eine in eigener Praxis tätige Allgemeinärztin bzw. ein Allgemeinarzt ein durchschnittliches Jahreseinkommen von ca. 92.000 Euro. Eine Spezialistin/ein Spezialist verdiente demgegenüber im Durchschnitt ca. 152.000 Euro. (DREES 2022c)

Viele ambulant tätige Ärzte in Frankreich erzielen neben den Einkünften aus ihrer Praxistätigkeit („activité libérale“) zusätzliches Einkommen aus Tätigkeiten für Krankenhäuser oder andere Institutionen. Bei den Allgemeinmedizinerinnen/-me-

⁵⁷ Vgl. unter: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-professionnels-de-sante> (Abruf am 16.10.2023)

diziniern ist der Anteil dieser zusätzlichen Einkommen im Vergleich zu den Spezialisten jedoch relativ gering (im Jahr 2018 unter 5 % des Gesamteinkommens gegenüber 10 % bei den Spezialisten). (DREES 2022c)

7. Anhang 3: Länderdossier Niederlande

7.1 Das Gesundheitssystem der Niederlande

7.1.1 Allgemeiner Aufbau des Gesundheitssystems

Die Niederlande sind ein Zentralstaat mit Amsterdam als Hauptstadt und Den Haag als Regierungssitz. Im Jahr 2021 betrug die Zahl der Einwohner/-innen etwa 17,5 Mio.

In den Niederlanden ist der Staat, insbesondere das Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport („Ministerie voor VWS“), für die grundlegenden Rahmenseetzungen für die gesundheitliche Versorgung, z. B. für die Festlegung des Umfangs des Leistungskatalogs der Leistungserbringer und für die Festsetzung der Höhe der Pflichtbeiträge der Versicherten, zuständig. Wie in den umliegenden Staaten ist die Gesundheitsversorgung in den Niederlanden durch ein komplexes Geflecht von staatlichen, verbandlichen und privatwirtschaftlichen Steuerungselementen gekennzeichnet. Das „Bismarck’sche“ Sozialversicherungssystem wurde im Jahr 2006 durch die Überführung der gesetzlichen Versicherungen in privatrechtliche Organisationen umgestaltet. Viele Prinzipien der Solidarversicherung wurden dabei in das neue System übernommen. So sind weiterhin alle niederländischen Staatsangehörigen verpflichtet, eine Krankenversicherung bei einer der (aktuell) vierzehn Krankenversicherungen abzuschließen. Die privaten Krankenversicherer müssen jede/-n Einwohner/-in aufnehmen und dürfen ihre Beiträge nicht nach Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand differenzieren. Eine detaillierte Übersicht über das niederländische Gesundheitssystem wird in unregelmäßigen Abständen von der WHO publiziert. (Kroneman 2016)

Das Versicherungssystem unterscheidet zwischen einer Grundversorgung („basispakket“) im Rahmen der „Zorgverzekeringswet“ (Zvw) und der Absicherung des Risikos von Pflegebedürftigkeit, geregelt in der „Wet langdurige Zorg“ (Wlz – Gesetz über Langzeitpflege).⁵⁸ Das „basispakket“ deckt den größten Anteil der Kosten für die medizinische Versorgung ab, z. B. hausärztliche Leistungen, ambulante Behandlungen durch Spezialistinnen/Spezialisten, Arzneimittel, stationäre Behandlungen und Hilfsmittel. Für das „basispakket“ zahlen die Niederländer/-innen zwischen 110 und 134 Euro pro Monat, je nachdem welche Leistungen das „basispakket“ der jeweiligen Versicherung umfasst. Hinzu kommt ein einkommensabhängiger Beitrag, der über die Arbeitgebenden an die Versicherungen überwiesen wird.

In den Niederlanden beteiligen sich die Patientinnen und Patienten zudem innerhalb festgelegter Grenzen direkt mit an der Finanzierung in Anspruch genommener medizinischer Leistungen. Die Höhe der Selbstbeteiligung beläuft sich im Jahr 2023

⁵⁸ Weitere Informationen unter: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5f6ea9d9-c8b5-4f2a-903b-1732d9579578/pdf>

385 Euro pro Person für die Inanspruchnahme von Leistungen, die unter die Selbstbeteiligungspflicht fallen. Das „Ministerie voor VWS“ legt in jedem Jahr neu fest, welche Leistungen der Selbstbeteiligung unterliegen.⁵⁹ Im Jahr 2023 gibt es beispielsweise Selbstbeteiligungen im Bereich der Zahnheilkunde, des Krankentransports, der Inanspruchnahme bestimmter Spezialfachärztinnen/-ärzte etc. Die Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet. Die Selbstbeteiligung kann nach eigenem Ermessen der Versicherten in Schritten von jeweils 100 Euro über den Mindestbetrag (385 Euro) hinaus bis zu einem Höchstbetrag von 885 Euro angehoben werden. Im Gegenzug verringern sich die monatlichen Versicherungsbeiträge.⁶⁰ Die Krankenkassen können die Inanspruchnahme bestimmter Leistungserbringer/-innen, Maßnahmen, Medikamente oder Hilfsmittel von der Selbstbeteiligung ausschließen. Hierüber entscheiden die einzelnen Krankenkassen nach eigenem Ermessen (z. B. Anzahl der kontrahierten Spezialistinnen/Spezialisten und Krankenhäuser).

Für Behandlungen, die vom Grundleistungskatalog nicht abgedeckt sind, können die Versicherten eine Zusatzversicherung abschließen (z. B. für eine zusätzliche zahnärztliche Versorgung). Die Krankenversicherungen dürfen für ihre Zusatzversicherungen unterschiedlich hohe Prämien ansetzen. Dies gilt vor allem bezüglich der Mitversicherung von Familienangehörigen und/oder des Alters der/des Versicherten sowie für Selektivverträge zwischen einzelnen Hausärztinnen/-ärzten und Krankenversicherern.

Nach der niederländischen Philosophie sollte die Konkurrenz zwischen den Krankenkassen dazu führen, dass die Qualität der Leistungen hoch und die Preise bezahlbar bleiben. Welche Leistungen in das „basispakket“ aufgenommen werden, entscheidet das Ministerium voor VWS nach den Kriterien Notwendigkeit, Effektivität und Kosteneffektivität. (College voor Zorgverzekeringen 2013)

Ärztinnen und Ärzte müssen mit Krankenversicherungen Verträge abschließen, um zu ihren Lasten abrechnen zu können. Im ambulanten Bereich betrifft dies in erster Linie die Hausärztinnen/-ärzte, da die Spezialfachärztinnen/-ärzte sowohl ambulant als auch stationär ausschließlich in Krankenhäusern tätig sind. Eine Niederlassung von Spezialfachärztinnen/-ärzten existiert in den Niederlanden nicht. Für die Konsultationen von Spezialfachärztinnen/-ärzten auf Überweisung der Hausärztinnen und Hausärzte gelten mehrwöchige Wartezeiten. (Capaciteitsorgaan 2019) Die einzelnen Hausärztinnen/-ärzte müssen den von den Krankenkassen vorgelegten Verträgen einzeln beitreten. Sofern Ärztinnen/Ärzte dem Vertrag eines Krankenversicherers nicht beitreten, dürfen sie zwar weiterhin Versicherte der Krankenkasse behandeln, stellen diesen ihre Leistungen jedoch direkt eine Rechnung.

⁵⁹ Vgl.: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering

⁶⁰ Vgl.: www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg

Spezialfachärztinnen/-ärzte sind sowohl ambulant als auch stationär als Selbstständige tätig. Sie sind in Krankenhäusern oder Pflegeheimen tätig und dies zu ca. 52 % in einem Angestelltenverhältnis, zu ca. 40 % freiberuflich und zu 8 % in einer Kombination beider Formen. In den Universitätskrankenhäusern sind alle Ärztinnen und Ärzte angestellt. Ein „Graben“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung existiert nicht. Ihre ambulanten Konsultationen führen die Spezialfachärztinnen/-ärzte ebenfalls im Krankenhaus durch. Die Mehrzahl der stationären Untersuchungen und Interventionen (z. B. Operationen) werden im gleichen Krankenhaus durchgeführt. Im Krankenhaus ist die einzelne Spezialfachärztin/der Spezialfacharzt selbstständig im Kreis mehrerer ärztlicher Kolleginnen und Kollegen derselben Fachrichtung tätig.

Die ärztliche Tätigkeit ist in der Regel auf fünf Jahre beschränkt. Danach ist eine Revalidierung („Herregistratie“) obligatorisch. Die Anforderungen dieser Revalidierung unterscheiden sich zwischen den Fachrichtungen. Bezüglich der hausärztlichen Herregistratie wird auf Abschnitt 7.2.2 verwiesen.

In den Niederlanden gibt es einen vergleichsweise geringen Anteil vermeidbarer stationärer Krankenhausbehandlungen. Dies deutet ebenso wie die vergleichsweise niedrige Rate vermeidbarer Sterbefälle darauf hin, dass die Primärversorgung und die ambulante Sekundärversorgung in den Niederlanden dazu beitragen, die Entwicklung schwerer Symptome zu vermeiden. (OECD 2017)

7.1.2 Die hausärztliche Versorgung

Die Niederlande sind das Land par excellence, das der Grundversorgung (Versorgung der „ersten Linie“) und den innerhalb dieser Versorgungsstufe tätigen Hausärztinnen/-ärzten die zentrale Rolle in der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger zuweist. Seit dem Jahr 2006 müssen sich alle Niederländerinnen und Niederländer bei einer Hausärztin/einem Hausarzt registrieren lassen. Die Hausärztinnen/-ärzte haben für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten eine Gatekeeping-Funktion bezüglich der fachärztlichen und stationären Versorgung. Konsultationen mit Spezialfachärztinnen/-ärzten bzw. Aufnahmen in ein Krankenhaus erfordern immer eine hausärztliche Überweisung.

Nach dem niederländischen „Basisaanbod“ sind die Hausärztinnen/-ärzte zuständig für die Prävention und die Patienteninformation, für die Versorgung bei normaler Schwangerschaft, für die Basisversorgung von Säuglingen (inkl. Impfungen), für Antikonzeption, für die Versorgung von Multimorbiden und Älteren, für Palliation und Sterbebegleitung. Fast alle Hausärztinnen/-ärzte nehmen an Bereitschaftsdiensten (in „huisartsenposten“) abends, nachts und an den Wochenenden teil. Der Dienst wird über regionale Berufsverbände organisiert.⁶¹

⁶¹ In den Niederlanden gibt es aktuell ca. 122 „huisartsenposten“. Zu deren Arbeitsweise: Smiths et al. (2023) und Ramerman (2023)

Die meisten Hausärztinnen/-ärzte arbeiteten früher als Selbstständige solo in der eigenen Privatpraxis. Mittlerweile wird dieses Modell nur noch von einer Minderheit (ca. 7 %) der Ärztinnen/Ärzte praktiziert (vgl. Tabelle 16 in Abschnitt 7.2.2). Im Gegenzug entstanden mehr Gruppenpraxen, in denen Angestelltenverhältnisse mit durchschnittlich kürzeren Arbeitszeiten pro Person (insbesondere aufgrund der „Feminisierung“⁶²) die Regel sind. Diese Entwicklung hin zu Gruppenpraxen wird von Seiten der Regierung unterstützt.

Im Gegensatz zu Flandern (vgl. Länderdossier Belgien im Abschnitt 5) beschäftigen Non-solo-Hausarztpraxen Personal verschiedener nichtärztlicher Berufsgruppen (vgl. Abschnitt 7.2.3). Die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen in der Primärversorgung stehen auch politisch auf der Tagesordnung, zumal viele Praxen über Arbeitsdruck und Überlastungen berichten. In vielen Fällen lehnen die Hausärztinnen und Hausärzte es derzeit ab, weitere Patienten aufzunehmen. Viele Hausärztinnen/-ärzte verlassen den Beruf frühzeitig (vgl. Abschnitt 7.2.2). Trotz aller Initiativen, die darauf abzielen, die ärztliche Arbeitsbelastung zu verringern, müssten die Kapazitäten der Hausärztinnen/-ärzte in den kommenden Jahren erhöht werden, um die Quantität und Qualität der hausärztlichen Versorgung weiterhin gewährleisten zu können.

Aus einer Untersuchung des Nivel aus dem Jahr 2019 (Brabers und de Jong 2019) geht hervor, dass die niederländische Bevölkerung mit der Qualität der hausärztlichen Versorgung insgesamt zufrieden ist (Note 8,2 von 10). Viele Antwortende betonen, dass es wichtig ist, dass ihre Hausärztin/ihr Hausarzt bei der Weiterbildung der (H)AIOs bzw. in der Forschung mitwirkt.

Ärztinnen und Ärzte „in opleiding“, d. h. in Weiterbildung, werden als AIOs bezeichnet. In der Allgemeinmedizin werden sie „AIO huisartsgeneeskunde“ genannt. Im Weiteren wird für diese Gruppe die kürzere Bezeichnung HAIO („Huisarts in opleiding“) gewählt. Als Arbeitgeber für die Weiterzubildenden tritt die Stiftung SBOH (State Board of Health)⁶³ auf. Dadurch wird eine wirtschaftliche Abhängigkeit der Weiterzubildenden von den Praxisinhabenden, in deren Praxen die Weiterbildung stattfindet, vermieden.

⁶² Hausärztinnen sind mit einem Anteil von 58 % ihrer Vollzeitkapazität berufstätig, Ärztinnen/-ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin mit einem Anteil von 75 %. (Capaciteitsorgaan 2022a)

⁶³ Weitere Informationen unter: <https://www.sboh.nl>

7.2 Kennzahlen

7.2.1 Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

Im Jahr 2019 waren im BIG-Register⁶⁴ 44.459 Ärztinnen und Ärzte registriert, die als Fachärztinnen/-ärzte berufstätig waren (ohne berufstätige Basisärztinnen/-ärzte, ohne Ärztinnen/-ärzte in Weiterbildung und ohne Profilarztinnen/-ärzte). Die Dichte an berufstätigen Spezialfachärztinnen/-ärzten betrug somit ca. 2,6 je 1.000 Einwohner/-innen. Die Zahl der berufstätigen Fachärztinnen/-ärzte hat sich zwischen 2010 und 2019 um etwa 8.560 Personen erhöht (+23,8 %). (Capaciteitsorgaan 2019) Im Jahr 2019 belief sich der Anteil der berufstätigen Hausärztinnen und Hausärzte (N = 13.710) an allen berufstätigen Fachärztinnen/-ärzten nach dieser Quelle 30,8 %. (Capaciteitsorgaan 2019) Unter Bezug auf diese Zahlen ergab sich für das Jahr 2019 eine Versorgungsdichte von 0,79 berufstätigen Hausärztinnen/-ärzten je 1.000 Einwohner/-innen und von 1,77 berufstätigen Fachärztinnen/-ärzten der anderen Fachgruppen je 1.000 Einwohner/-innen⁶⁵.

In den niederländischen Krankenhäusern sind aufgrund der Beschränkung der Zahl der Weiterbildungsplätze (vgl. Abschnitt 7.3), auch Ärztinnen und Ärzte „niet in opleiding“ (ANIOs) tätig. In der Regel wollen diese später – nach einer mehrjährigen Qualifikationsphase als ANIO – zum AIO-Status wechseln (vgl. hierzu Abschnitt 7.4.2.1).

7.2.2 Berufstätige Hausärztinnen/-ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

Das Nivel (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) unterscheidet vier grundlegende Kategorien von Beschäftigungsverhältnissen unter den registrierten Hausärztinnen/-ärzten:

1. Selbstständig niedergelassene/-r Hausärztin/Hausarzt: Hausärztin/Hausarzt mit Patientinnen/Patienten in eigenem Namen (oder im Namen der Partnerschaft).
2. HIDHA („huisarts in dienst van een andere huisarts“): Hausärztin/Hausarzt, die/der seit mindestens sechs Monaten bei einer/einem selbstständigen niedergelassenen Ärztin/Arzt angestellt ist.

⁶⁴ Quelle: <https://english.bigregister.nl>; Das BIG-Register („beroepen in de gezondheidszorg“) wird durch CIBIG („Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg“) – eine ausführende Behörde des Gesundheitsministeriums – organisiert und verwaltet. Angehörige der Gesundheitsberufe (Ärztinnen/Ärzte und Angehörige zwölf weiterer Berufe), sind gesetzlich verpflichtet, sich im BIG-Register anzumelden, bevor sie ihren Beruf ausüben oder geschützten Berufsbezeichnungen führen dürfen.

⁶⁵ Der letztgenannten Gruppe zugeordnet sind auch 1.743 Fachärztinnen/-ärzte für Geriatrie (0,1 je 1.000 Einwohner/-innen).

3. Feste Vertreter/-innen: Hausärztin/Hausarzt, die/der nicht selbstständig niedergelassen ist oder ein HIDHA ist und der Hausärztinnen/-ärzte in einer oder mehreren festen Praxen vertritt.
4. Wechselnde/-r Vertreter/-in: Hausärztin/Hausarzt, die/der nicht selbstständig niedergelassen oder ein HIDHA ist, die/der eine/-n Hausärztin/Hausarzt in einer oder mehreren wechselnden Praxen vertritt.

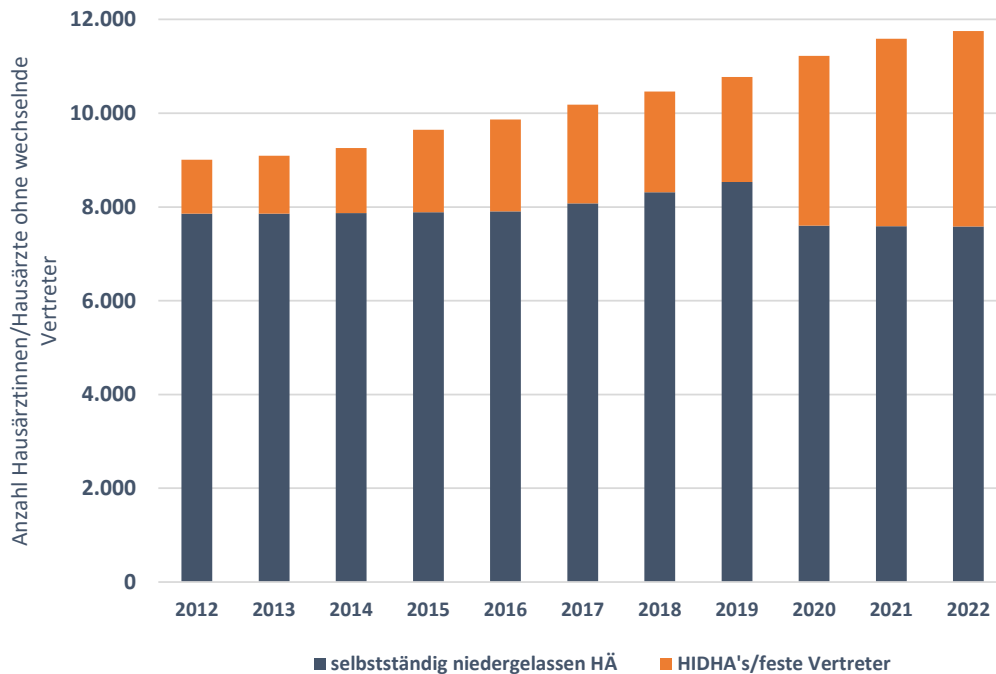
Die ersten drei Kategorien werden zusammen als „regulär etablierte Hausärztinnen/-ärzte“ gezählt. Die „wechselnden Vertreter/-innen“ – immerhin ca. 2.200 Köpfe stark – werden in vielen Berechnungen nicht zu dieser hausärztlichen Gruppe hinzugerechnet.

Die Zahl der „total regulär etablierten“ Hausärztinnen/-ärzte (ohne solche „in Weiterbildung“) stieg im Zeitraum von 2012 bis 2022 von 9.008 auf 11.754 an (+ ca. 30 %; Hausarztichte im Jahr 2022: 0,67 pro 1.000 Einwohner/-innen).⁶⁶ Dieser Anstieg ist fast ausschließlich auf die Gruppe der HIDHAs und festen Vertreter/-innen (siehe oben) zurückzuführen. (Batenburg et al. 2023))

Innerhalb der Gruppe der regulär niedergelassenen Hausärztinnen/-ärzte stellen die selbstständig Niedergelassenen die größte Gruppe dar. Ihr Anteil ist jedoch rückläufig. So waren im Jahr 2012 noch 87 % aller Hausärztinnen/-ärzte selbstständig. Im Jahr 2022 waren es „nur“ noch 54 %. Im Gegensatz dazu stieg die Zahl der HIDHAs und die Zahl der festen Vertreter auf mehr als 4.000 an. Die starke Reduktion der Anzahl der selbstständig niedergelassenen Hausärztinnen/-ärzte im Jahr 2021 in Abbildung 14 ist auf erhebungsmethodische Veränderungen zurückzuführen.

⁶⁶ Die im vorhergehenden Abschnitt für das Jahr 2019 berichtete Zahl der Hausärztinnen/-ärzte liegt um etwa 2.000 Personen über dem an dieser Stelle für das Jahr 2022 berichteten Wert. Es ist zu vermuten, dass sich die Unterschiede aus der nicht einheitlichen Berücksichtigung der Gruppe der „Wechselnden Vertreter/-innen“ ergeben.

Abbildung 14: Anzahl Hausärztinnen/-ärzte nach ihrem Status (ohne wechselnde Vertreter/-innen); Jahre 2012 bis 2022



Quelle: Batenburg et al. (2023)

Die niederländischen Hausärztinnen/-ärzte waren im Jahr 2019 durchschnittlich in einem Umfang von 0,74 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) tätig (Hausärztinnen: 0,71 VZÄ, Hausärzte: 0,79 VZÄ). In den Jahren 2013/2014 belief sich dieser Wert dieser Kenngröße noch auf 0,77 VZÄ. (Capaciteitsorgaan 2022a)

Hausärztinnen arbeiten häufiger in Teilzeit als Hausärzte und häufiger als ihre männlichen Kollegen in Gemeinschaftspraxen. Die Anzahl der Hausärztinnen/-ärzte in selbstständigen Solo- und Duopraxen war in den letzten Jahren rückläufig (vgl. Tabelle 16), während die Anzahl der in Gruppenpraxen tätigen Hausärztinnen/-ärzte zwischen 2012 und 2022 von 37,7 % auf 61,1 % stark zugenommen hat. (Batenburg et al. 2023)

Tabelle 16: Kennzahlen zu den Hausärztinnen und Hausärzten in den Niederlanden; Jahre 2020 bis 2022

Kennzahl	2020	2021	2022
HÄ nach Funktion			
Freiberuflich Niedergelassene	7.602	7.588	7.585
HIDHA [„Huisarts in dienst van (een ander) huisarts“/feste/-r Vertreter/-in]	3.616	3.995	4.169
<i>Total regulär Niedergelassene</i>	<i>11.218</i>	<i>11.583</i>	<i>11.754</i>
Soziodemographie			
Prozentsatz HÄ < 40 Jahre alt ⁶⁷	28,4 %	28,6 %	27,7 %
Prozentsatz weibliche HÄ	58,0 %	60,1 %	60,6 %
HÄ nach Praxisform			
Prozentsatz HÄ in Solopraxis	8,4 %	7,4 %	7,1 %
Prozentsatz HÄ in Duopraxis	34,1 %	32,0 %	31,8 %
Prozentsatz HÄ in Gruppenpraxis	57,5 %	60,7 %	61,1 %
Praxen			
Anzahl	4.885	4.860	4.874
Praxisform der Praxen			
Prozentsatz Solopraxen	19,9 %	18,2 %	17,5 %
Prozentsatz Duopraxen	44,9 %	43,5 %	43,8 %
Prozentsatz Gruppenpraxen	35,2 %	38,3 %	38,7 %
Hausärztinnen und -ärzte pro 10.000 Einwohner/-innen			
Niederlande	6,4	6,6	6,7

Quelle: Batenburg et al. (2023)

Anmerkung: HÄ = Hausärztinnen und Hausärzte; ohne „wechselnde Vertreter/-innen“.

Niederländische Hausärztinnen/-ärzte arbeiten einschließlich Abend-, Nacht- und Wochenendschichten durchschnittlich 48 Stunden pro Woche, darunter 80 % in patientengebundener und 20 % in nicht patientengebundener Arbeit. Die Zahl pro Vollzeitäquivalent liegt noch deutlich höher (vergleiche Abschnitt 7.6.2). Die Zahl der Konsultationskontakte liegt bei durchschnittlich 28 pro Tag, die Zahl der Hausbesuche ist mit durchschnittlich 12 pro Woche eher hoch. Die Konsultationsdauer

⁶⁷ Der durchschnittliche Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte in einem Alter von über 55 Jahren lag im Jahr 2022 bei 27 %, der Anteil der unter 40-jährigen bei 28 %. (Capaciteitsor-gaan 2019)

niederländischer Hausärztinnen/-ärzte fällt mit durchschnittlich 11 Minuten relativ kurz aus. Letzteres könnte auch mit der großen Zahl von Patientinnen/Patienten zusammenhängen, die durchschnittlich pro Praxis registriert sind, nämlich 2.315 pro Hausärztin/Hausarzt. (Schäfer et al. 2016)

Nach aktuellen Capazitätsorgan-Schätzungen werden 10 % der aktuell tätigen Hausärztinnen und Hausärzte ihren Beruf innerhalb von zehn Jahre nach dem Abschluss ihrer Weiterbildung verlassen, nach 15 Jahren werden es voraussichtlich 25 % sein. (Capaciteitsorgaan 2022a)

Revalidierung der Hausärztinnen/-ärzte alle fünf Jahre

Jede Ärztin und jeder Arzt muss sich alle fünf Jahre einer „Revalidierung“ unterziehen. Der Reregistrierungsprozess („Herregistratieprozess“) verlangt für den hausärztlichen Bereich folgende Nachweise (KNMG 2022):

- Hausärztliche Tätigkeit bei mindestens 800 eingeschriebenen Patientinnen/Patienten,
- Tätigkeit von durchschnittlich 16 Stunden pro Woche über die letzten fünf Jahre hinweg; kontinuierliche Unterbrechung nicht länger als zwei Jahre,
- Wachpostentätigkeit von durchschnittlich 50 Stunden pro Jahr über die letzten fünf Jahre hinweg,
- Fortbildung von durchschnittlich 40 Stunden pro Jahr über die letzten fünf Jahre hinweg in anerkannten Veranstaltungen,
- Teilnahme an einer „Evaluation individuelles Funktionieren“ (EIF) nach einer vom Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) anerkannten Prozedur (z. B. Teilnahme an einem Visitationsprogramm),
- Teilnahme an einem externen Programm zur Prüfung der Versorgungsqualität von mindestens 10 Stunden „intercollegiale toetsing“ in Kleingruppen („toetsgroep“), anerkannt durch das NHG.⁶⁸

⁶⁸ Vgl.: <https://www.nhg.org/praktijkvoering/herregistratie-certificering/overzicht-erkende-certificaten-en-certificerende-organisaties>

7.2.3 Nichtärztliches Personal in den Praxen der „ersten Linie“

Im Gegensatz zu nahezu allen in unserer Untersuchung betrachteten Ländern sind die hausärztlichen Praxen in den Niederlanden durch die Mitarbeit unterschiedlichen nichtärztlichen Personals gekennzeichnet, auf das im Folgenden eingegangen wird:^{69, 70}

a) Praktijkondersteuners (POHs)⁷¹

Ein/-e POH ist eine auf Bachelorniveau ausgebildete Kraft, die unter Verantwortung von bzw. in Absprache mit der Hausärztin/dem Hausarzt in der Behandlung und Pflege von chronisch Kranken mitarbeitet. Die/der POH behandelt und begleitet Patientinnen/Patienten und übernimmt auch das Casemanagement. Sie/Er führt Kontrolluntersuchungen bei körperlichen chronischen Krankheiten durch (Blutdruckmessung, Glukosekontrollen etc.). Sie/Er hält Sprechstunden ab und fährt ggf. auch zu Hausbesuchen. Ein/-e POH ist aber nicht befugt, neue Medikamente zu verschreiben und neue Diagnosen zu stellen (80 % der Praxen verfügen heute über mindestens eine/-n POH-S und eine/-n POG-GGZ).

Es gibt zwei Arten von POHs:

- Die/der POH-S (somatisch) betreut Patienten mit einer körperlichen chronischen Erkrankung wie Diabetes mellitus, Asthma/COPD oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Jahr 2019 waren bei einer Zahl von etwa 4.900 Praxen (vgl. Tabelle 13) 3.300 solcher POH-S tätig.
- Die/der POH-GGZ⁷² unterstützt die Hausärztin/den Hausarzt bei der Betreuung und Behandlung von Patientinnen/Patienten mit psychologischen, psychosozialen und psychiatrischen Problemen. Die Zahl der Konsultationen der POH-GGZ lag im Jahr 2021 bei 172 pro 1.000 registrierter Patientinnen/Patienten. Die meisten Kontakte mit der/dem POH-GGZ waren Beratungsgespräche von 20 oder mehr Minuten. Im Jahr 2019 waren 1.800 POH-GGZ in Praxen berufstätig. (van Schaijk und Batenburg 2022)

b) Praxisassistentinnen/-assistenten

Praxisassistentinnen/-assistenten („Doktersassistentinnen“) sind grundsätzlich vergleichbar mit den deutschen MFAs, übernehmen jedoch auch Aufgaben, die in Deutschland unter den Arztvorbehalt fallen (z. B. Injektionen oder Zervixabstriche). Ein weiter wesentlicher Unterschied zu deutschen Arztpraxen besteht darin,

⁶⁹ Bezüglich der praxisunterstützenden Berufe wurden in den recherchierten Quellen sehr unterschiedliche Zahlenangaben gefunden, sodass die berichteten Werte mit Vorsicht beurteilt werden sollten. Die in dieser Studie berichteten Werte stammen aus Veröffentlichungen des verantwortlichen Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan 2022a, Capaciteitsorgaan 2022b) sowie aus der Databasis des Nivel.

⁷⁰ Weitere Informationen in: Capaciteitsorgaan (2019)

⁷¹ Weitere Informationen in: van Schaijk A et al. (2022)

⁷² GGZ: „geestelijke gezondheidszorg“ (Versorgungssektor für psychisch kranke Menschen)

dass die Praxisassistentin/der Praxisassistent entscheidet, ob ein/-e Patient/-in behandlungsbedürftig ist, und wenn ja, ob dieser von der Ärztin/vom Arzt, der/dem POH oder von der Pflegeexpertin/vom Pflegeexperten (VS; siehe unten) behandelt werden soll. Die Haupttätigkeiten sind administrativer Art (Information und Beratung von Patientinnen/Patienten sowie Aktenführung: zusammen ca. 50 % der Arbeitszeit) sowie die Unterstützung bei medizinischen Maßnahmen. In Vollzeitäquivalenten (VZÄ) liegt das Verhältnis aktuell bei 1,2 VZÄ Assistent pro VZÄ Hausarzt. Der Begriff „Doktersassistentinnen“ ist gesetzlich nicht geschützt. Im Jahr 2019 waren etwa 18.000 Praxisassistentinnen/-assistenten in der hausärztlichen Versorgung tätig. (Capaciteitsorgaan 2019)⁷³

c) Physician Assistants (PA)

Dieser Beruf wurde erst im Jahr 2018 offiziell eingeführt. Diese Berufsgruppe ist in erster Linie in der spezialisierten Versorgung tätig. Die PAs haben eine selbstständige Befugnis, medizinisch vorbehaltene Handlungen im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs durchzuführen. In dem vereinbarten Arbeitsbereich handeln die PAs selbstständig und tragen die Verantwortung für die Behandlung der Patientinnen/Patienten. Im Jahr 2019 waren „nur“ 10 % aller PAs in der hausärztlichen Versorgung tätig (N = 131 PAs mit 91 VZÄ). (Capaciteitsorgaan 2019)

d) „Verpleegkundige Specialiste“

Die/der „Verpleegkundige Specialiste“ (VS) ist auf Masterniveau ausgebildet. Es handelt sich um einen relativ neuen Beruf. Sie/Er ist in ihrem/seinem jeweiligen Fachgebiet eigenverantwortlich tätig. Das Tätigkeitsspektrum reicht von der Anamnese über das Durchführen von Untersuchungen und diagnostischen Leistungen bis hin zur Diagnosestellung und zur Einleitung der notwendigen medizinischen Maßnahmen inkl. der Verordnung von Medikamenten. Auch diese Berufsgruppe hält eigene Sprechstunden in Hausarztpraxen ab. Hauptsächlich arbeiten die VS in den Bereichen Dermatologie/Wundversorgung, Palliativmedizin und Neurologie. Die Anzahl der VS in der hausärztlichen Versorgung belief sich im Jahr 2019 auf 309 Personen (197 VZÄ). (Dankers-de Mari et al. 2023)⁷⁴

e) Manager/-in

Zusätzlich haben 44 % der Praxen zur professionellen Unterstützung eine/-n Managerin/Manager, die/der nicht zur Berufsgruppe der Hausärztinnen/-ärzte gehört. Die Hälfte dieser Führungskräfte arbeitet einen Tag pro Woche oder weniger in einer Hausarztpraxis/einem Gesundheitszentrum mit.

Das Capaciteitsorgaan empfiehlt eine deutliche Ausweitung der Ausbildungskapazität für PAs und VS wegen steigender Versorgungsbedarfe in der „ersten Linie“,

⁷³ Weitere Informationen in: de Geit et al. (2022) und Capaciteitsorgaan (2022b)

⁷⁴ Weitere Informationen unter: Capaciteitsorgaan (2022c)

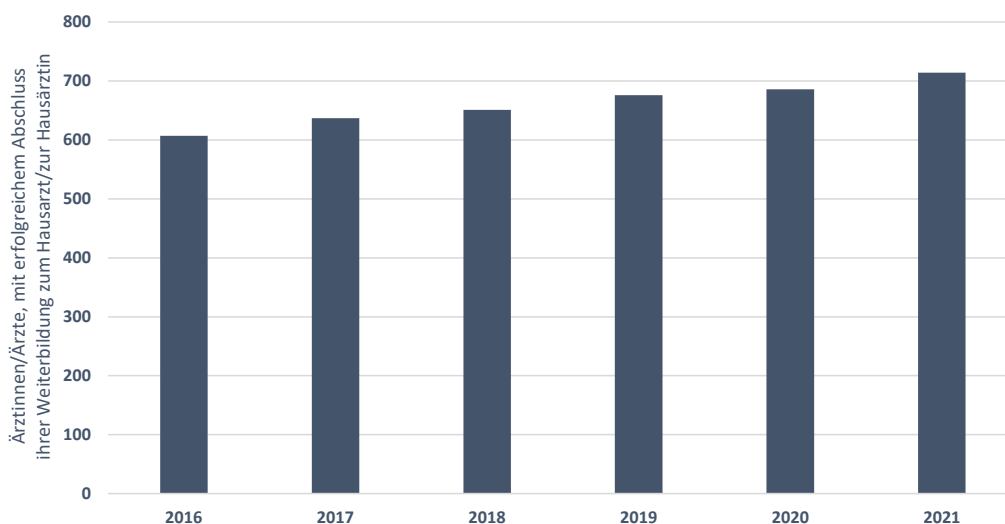
berichtet aber gleichzeitig, dass es schwierig ist, entsprechendes Personal zu finden. (Capaciteitsorgaan 2019)

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die obigen Berufe ebenso in stationären und sonstigen Einrichtungen tätig sind, also keineswegs nur als Assistenzberufe in der hausärztlichen Versorgung fungieren.⁷⁵

7.2.4 Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen

Die Zahl der HAIOs, die ihre Weiterbildung zur Hausärztin/zum Hausarzt erfolgreich beendet haben, hat sich zwischen 2015 und 2021 kontinuierlich von 607 auf 714 erhöht (vgl. Abbildung 15).⁷⁶ Diese entspricht etwa 4,1 Abschlüssen pro 100.000 Einwohner/-innen.

Abbildung 15: Anzahl der HAIOs, die ihre Weiterbildung zur Hausärztin/zum Hausarzt mit Diplom abgeschlossen haben, Jahre 2016 bis 2021



Quelle: „Social jaarverslag SBOH“ für die Jahre 2018 bis 2021 unter: <https://www.sboh.nl/algemeen/publicaties/jaarverslag>

Die Zahl der erfolgreichen Abschlüsse von Weiterbildungen in den übrigen Fachrichtungen ist nicht bekannt. Die Zahl der neu besetzten Plätze in der Weiterbildung Allgemeinmedizin belief sich im Jahr 2021 auf 813. Etwa 1.630 Weiterbildungsplätze wurden im selben Jahr in den übrigen Fachrichtungen neu besetzt. (Capaciteitsorgaan 2022c) Demnach lag der Anteil der neu besetzten allgemeinen medizinischen Weiterbildungsplätze an allen neu besetzten Weiterbildungsplätzen

⁷⁵ Ausführliche Informationen zu den Assistenzberufen und deren Ausbildung in: Capaciteitsorgaan (2022b)

⁷⁶ „Social jaarverslag SBOH“ für die Jahre 2018 bis 2021 unter: <https://www.sboh.nl/algemeen/publicaties/jaarverslag>

bei 33,3 %. Diese Besetzungszahlen lassen zukünftig Abschlüsse von etwa 4,6 Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohner/-innen und etwa 9,3 Ärztinnen und Ärzten der übrigen Weiterbildungsgänge erwarten.

7.2.5 Tatsächliche Weiterbildungszeit

Die Weiterbildung zur Hausärztin/zum Hausarzt erfolgt in den Niederlanden immer häufiger in Teilzeit. Im Jahr 2016 waren noch 64 % der HAIOs vollzeitbeschäftigt, im Jahr 2021 nur noch 43 %.⁷⁷ Der durchschnittliche Beschäftigungsumfang bei Teilzeit-HAIOs betrug im Jahr 2021 89 % des Zielwerts von 38 Stunden pro Vollzeitwoche, also etwa 34 Arbeitsstunden. Unter den 2.364 HAIOs waren im Jahr 2021 ca. 74 % weiblich und nur etwa 26 % männlich, wobei sich der Anteil der Ärzte in den letzten Jahren leicht erhöht hat. (SBOH 2022)

Ärzte, die hausärztliche Weiterbildung im Jahr 2021 abgeschlossen haben, konnten diese innerhalb von 2,9 Jahren absolvieren, Ärztinnen innerhalb von 3,3 Jahren. Diese Weiterbildungsdauer ist über die letzten Jahre hinweg stabil geblieben bzw. bei den Ärzten sogar noch leicht gesunken, obwohl der Anteil der Weiterbildungen in Teilzeit gestiegen ist. Ausschlaggebend dürfte vermutlich sein, dass eine zunehmende Zahl von HAIOs Ausnahmeregelungen aufgrund von Vorerfahrungen geltend machen kann. 30 % der Ärztinnen und 54 % der Ärzte benötigen weniger als drei Jahre für die Weiterbildung. Bei nur 11 % der Ärztinnen und 2 % der Ärzte dauert die hausärztliche Weiterbildung vier Jahre oder länger. Die Ärztinnen waren bei Aufnahme ihrer hausärztlichen Weiterbildung im Jahr 2021 im Durchschnitt 29,7 Jahre alt, die Männer 30,6 Jahre (Durchschnitt gesamt: 29,9 Jahre). (SBOH 2022) Mit Blick auf die Weiterbildungsdauer in den letzten Jahren dürften die Ärztinnen und Ärzte beim Abschluss ihrer Weiterbildung im Durchschnitt etwa 33 Jahre alt sein.

Die Zeit zwischen dem Abschluss des Medizinstudiums und dem Beginn der Weiterbildung hat sich über alle Fachrichtungen betrachtet schrittweise bis auf 42 Monate im Jahr 2022 erhöht (2009: ca. 28 Monate). (Capaciteitsorgaan 2022c) Etwa 60 % der Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass sie vor dem Beginn Ihrer Weiterbildung zunächst Erfahrungen als Ärztin/Arzt sammeln wollten. Vom Beginn der Suche nach einem Weiterbildungsplatz bis zum Beginn der Weiterbildung vergehen im Durchschnitt 1,5 Jahre.

Ein Quereinstieg in die hausärztliche Weiterbildung ist prinzipiell nicht möglich.

⁷⁷ „Sociaal jaarverslag SBOH“ für die Jahre 2018 bis 2021 unter: <https://www.sboh.nl/algemeen/publicaties/jaarverslag>

7.3 Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeinmedizin

7.3.1 Die systemische Steuerung durch das „Capaciteitsorgaan“ und deren Ergebnisse

Die Zahl der weitergebildeten Hausärztinnen/-ärzte und Spezialfachärztinnen/-ärzte wird im Wesentlichen durch das „Capaciteitsorgaan“ bestimmt, auch wenn die abschließende Entscheidung hierüber von der Regierung getroffen wird. Der vollständige Name dieser Einrichtung lautet „Stichting Capaciteitsorgaan voor (vervolg)opleidingen van professionals in de zorg“. Dieses Gremium wurde im Frühjahr 1999 von allen wichtigen Akteurinnen/Akteuren aus dem Gesundheitswesen gegründet und wird vom Ministerium für VWS getragen. Seine satzungsgemäßen Ziele sind:

- Erstellung von Schätzungen über den künftigen Bedarf an Ärztinnen/Ärzten und anderen Fachkräften im Gesundheitswesen, u. a. auf der Grundlage des erwarteten Bedarfs an Gesundheitsleistungen,
- Beratung und Information der Einrichtungen und Berufe des Gesundheitswesens sowie der Regierung über den erwarteten Bedarf und die für die Versorgung erforderlichen Kapazitäten in der Aus- und Weiterbildung.

Insgesamt diskutieren zwischen 80 und 100 Experten aus Berufsverbänden, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, Krankenkassen, von Arbeitgebenden etc. etwa viermal pro Jahr über die Entwicklung des Fachkräftebedarfs, der Berufsbilder und der Aus- und Weiterbildung. Fachliche Inputs werden von einem imposant großen Stab an Expertinnen/Experten gegeben. Es werden auch Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl der Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin formuliert. Das Prognosemodell des Capaciteitsorgaans berechnet den Bedarf an Arbeitskräften verschiedener Berufsgruppen auf der Grundlage von Schätzungen zur zukünftigen Leistungsanspruchnahme unter Berücksichtigung demographischer, epidemiologischer und tätigkeitsspezifischer Entwicklungen. (Capaciteitsorgaan 2019)

Aller Expertise und wissenschaftlicher Sorgfalt zum Trotz gibt es Nachwuchsprobleme in mehreren ärztlichen Fachrichtungen, insbesondere jedoch in der hausärztlichen Versorgung. Der steigende Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung, die Feminisierung der hausärztlichen Versorgung mit dem zunehmenden Anteil der Tätigkeit in Teilzeit, der Mangel an Weiterbildungsplätzen in Praxen und die restriktive Weiterbildungspolitik aller niederländischen Regierungen – um nur einige Faktoren zu nennen – haben dazu beigetragen, dass ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten in diversen Fachrichtungen herrscht und Patientinnen/Patienten zum Teil mehrmonatige Wartezeiten auf eine Behandlung in Kauf nehmen müssen. Alle (Praxen, Weiterbildungspraxen, Weiterbildende usw.) fühlen sich überlastet, was auch zu einem bemerkenswert frühen Austritt aus dem Beruf führt (vgl. Abschnitt 7.2.2).

Bezüglich der hausärztlichen Versorgung besteht aber seit Jahren ein Konsens darüber, dass mehr HAIO-Weiterbildungsplätze geschaffen werden müssen.

Die Zahl der Erstsemester in der Humanmedizin beträgt seit dem Jahr 2004 fast konstant 3.000 pro Jahr, die Zahl der jährlichen Abschlüsse der ärztlichen Ausbildung liegt seit 2011 fast konstant bei 2.700 pro Jahr. (Capaciteitsorgaan 2022a) Diese Zahl wird im nächsten Jahr auf 2.900 ansteigen, während insgesamt nur 2.400 Weiterbildungsplätze zur Verfügung stehen. Infolgedessen müssen die jungen Ärztinnen und Ärzte immer länger warten, bevor sie ihre Weiterbildung aufnehmen können. Medizinstudierende, die gerade ihren Abschluss gemacht haben, benötigen zwischen zwei und vier Jahre, um einen Weiterbildungsplatz zu finden. Der Wettbewerb um einen Weiterbildungsplatz hat in den letzten Jahren zugenommen und wird weiter zunehmen. Im Jahr 2022 betrug die durchschnittliche Wartezeit auf einen Weiterbildungsplatz über alle Fachrichtungen hinweg betrachtet mehr als 40 Monate. (Capaciteitsorgaan 2022a; Capaciteitsorgaan 2022c)

Nicht alle Absolventinnen/Absolventen des Medizinstudiums empfinden die Wartezeit als ein Problem. Es gibt Absolventinnen/Absolventen („Basisärztinnen/-ärzte“), die bewusst nicht sofort auf die Suche nach einem Weiterbildungsplatz gehen, sondern erst einmal über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren mehr Erfahrung sammeln wollen, z. B. um bessere Chancen auf einen spezialfachärztlichen Weiterbildungsplatz zu erhalten oder um als Vertreterin/Vertreter in mehreren Hausarztpraxen zu arbeiten. (Vis et al. 2022a; Batenburg et al. 2019) In der Wartezeit arbeiten die Ärztinnen/Ärzte ggf. alternativ in einem Krankenhaus oder an ihrer Promotion. Es gibt auch Absolventinnen/Absolventen, die sich nicht weiterbilden möchten. Der häufigste genannte Grund hierfür ist der Arbeitsdruck in der Weiterbildung. (Capaciteitsorgaan 2022c; Nyst 2022)

In Tabelle 17 sind die amtlich beschlossenen und die besetzten Weiterbildungsplätze in der Allgemeinmedizin dargestellt. Für die Zahl der genehmigten und die Zahl der real besetzten Weiterbildungsplätze zeigt sich in den letzten Jahren ein positiver Trend. Es gibt aber Hinweise darauf, dass die Zahl von 850 bereitzustellenden Weiterbildungsplätzen in der Allgemeinmedizin im Jahr 2022 nicht erreicht worden ist. Das Capaciteitsorgaan schätzt, dass die Diskrepanz zwischen der Nachfrage nach und dem Angebot an Weiterbildungsstellen weiterhin bestehen bleiben wird, sodass es schwierig werden könnte, die steigende Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen zu befriedigen. (Capaciteitsorgaan 2022c) Bereits für 2022 empfahl das Capaciteitsorgaan eine Zahl von 1.190 allgemeinmedizinischen Weiterbildungsplätzen, führte zugleich aber aus, dass es schwierig werden könnte, diese Plätze auch zu realisieren. (Capaciteitsorgaan 2022a)

Tabelle 17: Zahl der Weiterbildungsplätze Allgemeinmedizin in den Niederlanden (beschlossen und besetzt); Jahre 2015 bis 2023

Kennzahl	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ministeriell beschlossene Weiterbildungsplätze Allgemeinmedizin	750	750	750	750	750	820	850	870
Besetzte Weiterbildungsplätze Allgemeinmedizin	709	724	721	752	760	813	778	k. A.

Quelle: SBOH (2019); SBOH (2022); SBOH (2023a)

7.3.2 Die Wahl der Allgemeinmedizin als Fachgebiet

Die Zulassung zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erfolgt in einem Bewerbungs- und Auswahlverfahren, das im Abschnitt 7.4.2.1 beschrieben ist. Die Grundmotivation insbesondere der Ärztinnen für die Wahl Allgemeinmedizin ist in erster Linie die Möglichkeit, in Teilzeit arbeiten zu können. Außerdem haben Hausärztinnen/-ärzte vergleichsweise angenehme Arbeitszeiten. Die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit ist ein weiterer Grund für die Wahl der Allgemeinmedizin als Weiterbildungsfach.

Nach Ansicht der Studierenden waren im Jahr 2021 die drei wichtigsten Faktoren bei der Wahl des Weiterbildungsgebiets das Ausmaß, in dem das Fachgebiet zu den Studierenden passt (66 %), die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (46 %) und die Erwartung an Art und Inhalt der Arbeitstätigkeiten (43 %), gefolgt vom Umfang des Patientenkontakts (41 %) und der Abwechslung der Arbeit (30 %). Die Work-Life-Balance wird umso wichtiger, je weiter das Studium fortgeschritten ist (Bachelor 35 % vs. Master 55 %). Auch das Interesse an der Primärversorgung nimmt mit dem Eintritt in die Masterphase deutlich zu (11 % Bachelor vs. 20 % Master), insbesondere bei den weiblichen Studierenden. (DG 2022) Deutlich gestiegen ist in den letzten Jahren aber die Unsicherheit über die richtige Wahl der Facharztrichtung. (Capaciteitsorgaan 2022c) Die Wahl des Berufsfelds, in dem man später arbeiten möchte, löste bei 66 % der Studierenden Zweifel aus, und 50 % empfanden in dieser Hinsicht Stress. (van Aken 2020)

Die Entwicklung der ersten Präferenz für die Weiterbildungsrichtung in Prozent aller befragten Medizinstudierenden zwischen im Zeitraum 2002 bis 2019 findet sich (gerundet) in Tabelle 18. Seit dem Jahr 2009 zeigt sich in den Niederlanden eine kontinuierliche Zunahme der Präferenz für die hausärztliche Weiterbildung unter den Medizinstudierenden.

Tabelle 18: Entwicklung der ersten Präferenz für die Weiterbildungsrichtung aller befragten Medizinstudierenden; Werte gerundet; Jahre 2002 bis 2019

Präferierte Weiterbildung	2002	2009	2013	2016	2019
Klinische Spezialistin/klinischer Spezialist	70 %	75 %	74 %	68 %	64 %
Hausärztin/-arzt	15 %	14 %	16 %	23 %	24 %*
Sonstige Fachrichtung/Tätigkeit	15 %	11 %	10 %	9 %	12 %

Quelle: Capaciteitsorgaan (2019)

Anmerkung: * Männer 17 %, Frauen 27 %

7.4 Allgemeine Beschreibung des Systems der Aus- und Weiterbildung

7.4.1 Die ärztliche Grundausbildung

Zulassung zum Medizinstudium

Im Jahr 1972 wurde in den Niederlanden ein Numerus clausus mit dem Ziel eingeführt, die mit der Ausbildung verbundenen Kosten zu reduzieren und ein ärztliches Überangebot zu begrenzen. Der Numerus clausus wird vom Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft nach Beratung mit dem Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport (Ministerium VWS) bestimmt. Das Gesundheitsministerium wird dabei vom „Capaciteitsorgaan“ beraten. Das noch aktuelle dezentrale Auswahlverfahren variiert ein wenig zwischen den einzelnen medizinischen Fakultäten. Dieses Verfahren ist ein qualitatives Auswahlverfahren, das Interviews, kognitive Tests und Verhaltensprüfungen umfasst. Ab dem Jahr 2023 sollen die Studienplätze wieder zentral per Los vergeben werden.⁷⁸

Die Basisausbildung: Bachelor- und Masterprogramm

Das Medizinstudium in den Niederlanden dauert in der Regel sechs Jahre, wobei die ersten drei Jahre ein Bachelor- und die zweiten drei Jahre ein Masterprogramm umfassen. In der Praxis werden die beiden Phasen als ein Studiengang behandelt, auch wenn das niederländische Recht formell zwischen den beiden Programmen unterscheidet.

Der Lehrplan für das Bachelorstudium in Medizin definiert den Rahmen gemäß dem CanMEDS-Konzept („Canadian Medical Education Directives for Specialists“ – CanMEDS) (siehe auch Abschnitt 7.4.2). (Frank et al. 2015) Innerhalb dieses Rahmenprogramms gestalten die acht medizinischen Hochschulen ihre eigenen, teilweise unterschiedlichen Lehrpläne.

⁷⁸ Vgl.: <https://www.scienceguide.nl/2021/10/loting-voor-opleiding-geneeskunde-is-juist-eerlijker-dan-selectie> (Abruf am 12.04.2023)

Jeder Studienjahrgang legt jährlich eine einheitliche Prüfung (Progress-Test) ab, die es den Studierenden ermöglicht, ihre eigenen Fortschritte zu bewerten. Alle medizinischen Hochschulen bieten über die Dauer der Ausbildung klinische Praktika an, zum Beispiel im ersten Jahr ein obligatorisches Krankenpflegepraktikum oder ein erstes Hausarztpraktikum. Die meisten klinischen Praktika finden aber im Masterprogramm statt. Ein verpflichtendes Praktikum von sechs bis acht Wochen in der Allgemeinmedizin ist in allen Curricula vorgesehen.

Die Endprüfung

Die medizinische Ausbildung wird mit einer von der medizinischen Hochschule durchgeführten Prüfung abgeschlossen; es gibt keine einheitliche staatliche Abschlussprüfung. Nach erfolgreichem Abschluss erhalten die Studierenden sowohl einen Masterabschluss als auch einen Abschluss als Ärztin/Arzt.

7.4.2 Die hausärztliche Weiterbildung

7.4.2.1 Die Zulassung zur Weiterbildung⁷⁹

Die Zahl der Absolventinnen/Absolventen des Medizinstudiums, die zur Weiterbildung in den einzelnen Fachrichtungen zugelassen werden, wird auf Landesebene vom Ministerium für VWS nach Empfehlung des „Capaciteitsorgaans“ (vgl. Abschnitt 7.3.1) in einem zweijährigen Turnus neu festgelegt. Die disziplinspezifischen Weiterbildungsplätze werden den einzelnen Universitäten, die für die Weiterbildung verantwortlich sind, nach einem Umlageschlüssel zugewiesen.

Seit dem Jahr 2014 wird das Bewerbungsverfahren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin zentral vom Niederländischen Institut für die hausärztliche Weiterbildung („Huisarts Opleiding Nederland“) durchgeführt. Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin anstreben, müssen sich direkt bei einem der Institute für Allgemeinmedizin der medizinischen Hochschulen bewerben. Die Bewerbungen werden von einer Kommission geprüft, die entscheidet, ob die Antragstellerin/der Antragsteller zum weiteren Auswahlprozess zugelassen werden kann. Dieser weitere Auswahlprozess umfasst eine wissensbasierte Prüfung und ein STARR-Interview (bestehend aus den Komponenten: Situation, Aufgabe, Aktion, Resultat und Reflexion). Die Modalitäten des Auswahlverfahrens werden vom Institut für die hausärztliche Weiterbildung festgelegt, während die Ausführung durch die einzelnen medizinischen Fakultäten erfolgt.

Bewerberinnen und Bewerber, die im Auswahlverfahren erfolgreich waren, aber aufgrund einer begrenzten Anzahl an Weiterbildungsplätzen ihre Weiterbildung noch nicht antreten können, werden auf eine Reserveliste gesetzt und in der nächsten Auswahlrunde vorgezogen. Personen, die nach erfolgreicher Bewerbung ei-

⁷⁹ Details in: www.huisartsopleiding.nl/wp-content/uploads/Document-sollicitatie-huisartsopleiding.pdf (Abruf am 18.05.2023)

nen angebotenen Weiterbildungsplatz in Allgemeinmedizin an einer der medizinischen Hochschulen ablehnen, müssen zwei Jahre warten, bevor sie sich erneut auf einen Weiterbildungsplatz bewerben können. Die Vergabe der Weiterbildungsplätze erfolgt auf der Grundlage einer Präferenzliste der Institute für Allgemeinmedizin. Ein Computerprogramm erstellt eine zufällige Reihenfolge aller für geeignet befundener Kandidatinnen/Kandidaten. Alle Kandidatinnen/Kandidaten haben die gleiche Chance, an die Spitze der Liste zu gelangen. Die erste Kandidatin bzw. der erste Kandidat der Zufallsreihenfolge wird an das Ausbildungsinstitut vermittelt, das auf seiner/ihrer Präferenzliste an erster Stelle steht. Dies geschieht genauso mit dem zweiten Bewerber/der zweiten Bewerberin usw., bis es eine/-n Kandidatin/Kandidat gibt, für die/den an dem Institut, das an erster Stelle ihrer/seiner Vorzugsliste steht, kein Platz mehr frei ist. Wenn diese Kandidatin/dieser Kandidat eine zweite Präferenz angegeben hat, wird versucht, die Kandidatin/den Kandidaten dort unterzubringen usw. Kandidatinnen/Kandidaten erhöhen demnach ihre Chancen auf einen Weiterbildungsplatz, wenn sie so viele Ortspräferenzen wie möglich angeben.⁸⁰

Jeder Facharztverband hat seine eigene Weiterbildungsordnung („landelijk opleidingsplan“).⁸¹

7.4.2.2 Die curriculare Konzeption der Weiterbildung

Die fachärztliche Weiterbildung Allgemeinmedizin dauert in der Regel drei Jahre, während die minimale Weiterbildungszeit in den spezialisierten Fachdisziplinen zwischen vier und sechs Jahren beträgt. Die Niederlande orientieren sich stark am CanMEDS-Konzept („Canadian Medical Education Directives for Specialists“ – CanMEDS⁸²), das in Kanada entwickelt wurde. Nach dessen „Kompetenzprofil“ erfordert die Weiterbildung Lernangebote in sieben Kompetenzfeldern:

1. Medizinisch korrektes Handeln
2. Kommunikation
3. Zusammenarbeit
4. Organisieren
5. Gesellschaftlich adäquates Handeln
6. Wissen und Wissenschaft
7. Qualität und Professionalität

⁸⁰ Zur didaktischen Konzeption der niederländischen Variante: Ten et al. 2015; de Vries et al. 2017.

⁸¹ Für die Allgemeinmedizin: <https://www.huisartsopleiding.nl/wp-content/uploads/Landelijk-opleidingsplan-huisartsopleiding.pdf> (Abruf am 12.04.2023)

Diese Kompetenzfelder werden auf die folgenden zehn Felder der Weiterbildung heruntergebrochen:

1. Kurzzeit-Versorgung
2. Dringende Versorgung
3. Chronische Versorgung
4. Versorgung älterer Menschen mit komplexen Problemen
5. Versorgung des Kindes
6. Versorgung von Patientinnen/Patienten mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen
7. Versorgung von Patientinnen/Patienten mit somatisch unerklärten körperlichen Beschwerden
8. Palliativmedizin und Sterbebegleitung
9. Prävention
10. Praxis-Management

Jede der acht medizinischen Hochschulen hat ein Institut für Huisarts-geneeskunde, das Lehrveranstaltungen in der Allgemeinmedizin anbietet. Insgesamt gibt es über die Niederlande verteilt 13 Ausbildungsorte (inklusive eines Piloten in Zeeland).⁸³ Während der dreijährigen Weiterbildungszeit besuchen die HAIOs an einem Tag pro Woche die Universität (40 bis 50 „Rückkehrtage“ pro Jahr). Die übrige Zeit sind sie in Praktika tätig. Im ersten und dritten Jahr ist der Praktikumsort ausschließlich die Hausarztpraxis. Die Institute für Allgemeinmedizin der Hochschulen schließen Vereinbarungen mit akkreditierten hausärztlichen Weiterbildungspraxen und sind gemeinsam mit diesen für die Zuteilung der Weiterbildungsplätze verantwortlich. (de Vries 2017)

Jahr 1: Praktikum bei einer/einem als Weiterbilderin/Weiterbilder anerkannten Hausärztin/-arzt

Der erste Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin konzentriert sich auf die Kompetenzentwicklung der HAIOs auf den Bereich der „hausärztliche Versorgung bei allgemeinen Problemen“. Die HAIOs machen sich in dieser Zeit mit dem Arbeitsfeld und der Arbeitsweise in der Allgemeinmedizin vertraut.

Die Weiterbildung startet mit einem Hausarztpraktikum. In den ersten sechs Monaten formuliert der/die HAIO einen individuellen Weiterbildungsplan, der formal genehmigt werden muss.

Jahr 2: Praktika in diversen Einrichtungen

- **Praktikum im Krankenhaus (Dauer sechs Monate):** Das Krankenhauspraktikum ist darauf ausgerichtet, klinische Kompetenzen im Bereich solcher Syndrome zu entwickeln, die in der Allgemeinmedizin weniger häufig vertreten sind. Die Schwerpunkte liegen auf der Notfallversorgung und auf der Diagnose und Behandlung von Patientinnen/Patienten, die vom Hausarzt an eine „zweite Linie“

⁸³ Vgl.: <https://www.huisartsopleiding.nl/huisarts-woorden/opleidingslocaties/> (Abruf am 04.07.2023)

(spezialfachärztliche Versorgung) überwiesen werden müssen sowie auf der Zusammenarbeit zwischen „erster“ und „zweiter Linie“.

- Wahlpraktika (Dauer insgesamt sechs Monate):
 - Praktikum psychische Gesundheit (GGZ-Praktikum) in einer Einrichtung für Menschen mit psychiatrischen bzw. psychosozialen Problemen. Der Schwerpunkt liegt auf der Diagnostik und Behandlung, soweit diese in den Bereich der hausärztlichen Versorgung fallen.
 - Praktikum zu chronischen Krankheiten und komplexen Problemen in einem Pflegeheim, einer Rehabilitationsklinik oder einer Einrichtung für klinische Geriatrie. Das Praktikum zielt darauf ab, klinische Kompetenzen auf dem Gebiet der chronisch-komplexen Krankheiten zu entwickeln, die in der Allgemeinmedizin weniger häufig vorkommen, aber für die Patientenversorgung relevant sind.
 - In speziellen begründeten Fällen: sonstiges Wahlpraktikum in einer anerkannten Praktikumeinrichtung oder einem Krankenhaus.

Jahr 3: Praktikum bei einer/einem als Weiterbilderin/Weiterbilder anerkannten Hausärztin/Hausarzt

Der zweite Ausbildungsabschnitt in einer Hausarztpraxis ist der abschließende Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Das bedeutet, dass die HAIOS am Ende dieses Zeitraums das hausärztliche Kompetenzprofil erfüllen sollen. Wichtige Lernthemen in dieser Zeit sind Prävention sowie Beratung/Behandlung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Die HAIOS befassen sich auch mit dem Praxis- und Qualitätsmanagement, der Finanz- und Personalverwaltung und der Weiterentwicklung der professionellen Einstellung.

Innerhalb der zwölf Monate können höchstens drei Monate Differenzierungsmodule und Wahlpraktika absolviert werden. Es gibt ein nationales Angebot an Differenzierungsmodulen, z. B. Altenpflege, Palliativmedizin, Bewegungsapparat, Urogynäkologie etc. Wahl- und Differenzierungsmodule außerhalb der hausärztlichen Praxis oder des Krankenhauses (Jahre 2 und 3) dürfen zusammen nicht länger als sechs Monate dauern.

Fortschrittsgespräche

Die Praxisweiterbildenden, die Dozentin/der Dozent und die Weiterbildungsleitenden bewerten die Kompetenzentwicklung der HAIOS in Fortschrittsgesprächen: Im 1. und 3. Jahr führen die Weiterbildenden und die Dozentin/der Dozent mindestens dreimal im Jahr Fortschrittsgespräche mit den HAIOS. Es steht den Weiterbildenden frei, die Häufigkeit zu erhöhen, wenn es dafür Gründe gibt und diese dokumentiert werden. Zum Zweck der Beurteilung werden standardisierte Erhebungsbögen, z. B. zum Kompetenzfortschritt, verwendet. Nach der beiderseitigen Abzeichnung des Berichts wird dieser in das Portfolio des HAIOS (siehe unten) aufgenommen.

Individualisierung der Weiterbildungsdauer

Vor Beginn der Weiterbildung können die HAIOs eine Verkürzung der Weiterbildung auf der Grundlage von zuvor erworbenen Kompetenzen (z. B. in der „Wartezeit vor Weiterbildungsbeginn“) beantragen. Diese müssen durch schriftliche Erklärungen der Leiterin/des Leiters einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung nachgewiesen werden. Bei den ersten beiden Fortschrittsgesprächen (siehe oben) wird unter Berücksichtigung des individuellen Weiterbildungsplans geprüft, ob die Freistellung zu Recht erteilt wurde. Nach dem zweiten Fortschrittsgespräch geben die Weiterbildenden und Dozentinnen/Dozenten der Leiterin/dem Leiter der Weiterbildung, die/der der Freistellung zustimmen kann oder auch nicht, eine Empfehlung.

Portfolio

Im Portfolio berichten die HAIOs systematisch über ihre Kompetenzentwicklung. Die standardisierten Erhebungsbögen zur Bewertung der Kompetenzen sowie die Bewertung und die Schlussfolgerungen auf der Grundlage der gesammelten Beobachtungen und Tests sind im Portfolio festzuhalten. Das Portfolio ist auch die Grundlage für die Fortschrittsgespräche.

Prüfung und Beurteilung

Das Prüfungsverfahren wird zentral von einem Ausschuss der acht Universitäten organisiert. Die Entwicklung der HAIOs wird während ihrer Ausbildung kontinuierlich beurteilt. Die Beurteilung stützt sich unter anderem auf Beobachtungen (z. B. Gesprächsbeurteilung, Berichterstattung und Folgegespräche) und (Kenntnis-)Tests in allen Kompetenzbereichen. Die/der Weiterbildungsleitende kann auch zusätzliche Prüfungen für einzelne HAIOs ansetzen, bei denen in den vorangegangenen Beurteilungen Probleme mit dem Lernfortschritt o. Ä. erkennbar waren. Die Beurteilungen liefern ein Feedback, das dem/der Weiterzubildenden hilft, ihre/seine eigene Kompetenzentwicklung zu beurteilen. Alle HAIOs müssen in regelmäßigen Abständen auch den „Nationalen Wissenstest Allgemeinmedizin“ ablegen. Die Weiterbildungseinrichtungen können den nationalen Testplan durch lokale Prüfungen ergänzen.

Die Beurteilungen am Ende der Abschnitte in der Hausarztpraxis (1. und 3. Jahr) führen zu einer Empfehlung an die Leiterin/den Leiter des Weiterbildungsprogramms, ob die/der Weiterzubildende geeignet ist, die Weiterbildung fortzusetzen oder sie abbrechen sollte. Spätestens drei Monate vor dem geplanten Ende der Weiterbildung trifft die Leiterin/der Leiter die Entscheidung, ob die Weiterbildung der HAIOs verlängert werden muss, abgebrochen wird oder als erfolgreich abgeschlossen betrachtet werden kann. Eine klassische abschließende Facharztprüfung gibt es nicht.

7.4.2.3 Weiterbildende und Weiterbildungsstätten in der Allgemeinmedizin⁸⁴

Um Huisartsenopleider werden zu können, müssen Hausärztinnen/Hausärzte folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Praxis muss zertifiziert sein,
- eine mindestens dreijährige hausärztliche Tätigkeit muss vorliegen,
- es muss mindestens eine Teilzeittätigkeit von 40 %, verteilt über mindestens drei Wochentage, vorliegen,
- während der Praxiszeit der Weiterbildung muss mindestens ein/-e examinierte/-r Praxisassistentin/-assistent (PA) anwesend sein,
- es muss einen eigenen Konsultations- und Untersuchungsraum für HAIOs geben,
- es muss die technische Möglichkeit gegeben sein, Konsultationen auf Video aufzuzeichnen.

Mindestens vier Monate vor der Tätigkeitsaufnahme der/des ersten HAIO müssen die Weiterbildenden an einem „starterstrainings“ teilnehmen. Nach zwei Jahren wird eine/ein Weiterbilderin/Weiterbilder (Huisartsenopleider) als „startender opleider“ angesehen. Weiterbildende aus dieser Gruppe erhalten neben der regulären Huisartsenopleiderweiterbildung noch ein Extratraining.

Die Zahl der Huisartsenopleider ist in den letzten Jahren weiter gestiegen. Es wird jedoch immer schwieriger, die Anzahl der Weiterbildenden weiter zu erhöhen. Im Jahr 2021 waren insgesamt 2.202 Huisartsenopleidende tätig. Dies war gegenüber dem Jahr 2020 ein Anstieg um 7 % (Jahr 2020: N = 2.060). (Capaciteitsorgaan 2022a)

Stageopleiders sind alle „Nichthausarztweiterbildende“ in Krankenhäusern, Pflegeheimen und psychiatrischen Einrichtungen. Um anerkannt zu werden, muss eine solche Person

- im jeweiligen nationalen Berufsregister gemäß Art. 3 Wet BIG eingeschrieben sein,
- mindestens sechs Monate in der Einrichtung gearbeitet haben,
- und dort minimal 16 Stunden pro Woche arbeiten.

⁸⁴ Vgl.: <https://www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl/huisartsopleiding/opleiden/> (Abruf am 12.04.2023)

7.5 Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Nach dem Abschluss eines Ausbildungsvertrags zwischen der/dem HAIO und einem Ausbildungsinstitut (vgl. Abschnitt 7.4.2.2) schließt die gemeinnützige/halbstaatliche SBOH-Stiftung mit der/dem HAIO einen auf die Dauer des Ausbildungsvertrags befristeten Arbeitsvertrag ab. Die 1989 gegründete SBOH fungiert als Arbeitgeberin für die Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung zum Hausarzt. Die SBOH trägt neben den Gehältern der HAIOs auch die Kosten der theoretischen Ausbildung durch die Ausbildungsinstitute und die Kosten der Weiterbildenden, die diesen im Zusammenhang mit der Ausbildung entstehen. Zudem werden Mittel für Innovations-, Qualitäts- und Kooperationsprojekte zur Verfügung gestellt. (SBOH 2023b)⁸⁵

Das minimale Brutto-Einkommen der HAIOs beträgt im Jahr 2023 für eine Vollzeittätigkeit von 38 Stunden pro Woche:⁸⁶

- Gehalt im ersten Weiterbildungsjahr: 3.664 Euro,
- Gehalt im zweiten Weiterbildungsjahr: 3.818 Euro,
- Gehalt im dritten Weiterbildungsjahr: 3.966 Euro.

zuzüglich jeweils 4,5 % des Jahreseinkommens am Jahresende. Das Einkommen der AIOs ist identisch.

Darüber hinaus erhalten die HAIO Kostenübernahmen für eine Vielzahl von Aktivitäten, wie für Kommunikationsmittel (49 Euro pro Monat), für Mitgliedschaften, für Reise- bzw. Umzugskosten, für Hotelkosten, die im Zusammenhang mit der Weiterbildung anfallen, und für Druckkosten für die Dissertation. (Capaciteitsorgaan 2019)

Die Mittel für die Aufgabenwahrnehmung der SBOH für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin stammen vorrangig aus dem sog. Verfügbarkeitsbeitrag („beschikbaarheidsbijdrage“)⁸⁷, der im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (Zvw) geregelt ist. Die Anträge werden von der Niederländischen Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit – NZa) geprüft und nach Genehmigung an das Niederländische Gesundheitsinstitut (Zorginstituut Nederland) zur Auszahlung weitergeleitet. (SBOH 2023b) Diese Mittel werden nach Auskunft des Zorginstituut Nederland ausschließlich aus Krankenversicherungsbeiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgebenden finanziert (aus dem Krankenversicherungsfonds). (NZA 2020) Der niederländische Staat leistet für die „beschikbaarheidsbijdragen“ keine zusätzlichen Beiträge aus Steuermitteln. Al-

⁸⁵ Vgl. auch: <https://www.sboh.nl/algemeen/over-sboh> (Abruf am 03.07.2023)

⁸⁶ Zu den Details unter: <https://www.sboh.nl/direct-zelf-regelen/cao-afspraken/cao-h/43-opleiding-huisarts/cao-aios-h/926-salaris-cao-h-22-23> (Abruf am 12.04.2023)

⁸⁷ Zu den Details unter: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/beschikbaarheidsbijdrage-subsidie-aanvragen> (Abruf am 12.04.2023)

lerdings werden einzelne Aufgaben SBOH direkt vom Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bezuschusst und des Weiteren erhebt die SBOH auch selbst Gebühren für ihre Leistungen. (SBOH 2023b)

7.6 Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

7.6.1 Gezielte Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

Die Strukturierung und der Prozess der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sind in den Niederlanden optimal auf ein zügiges und erfolgreiches Durchlaufen der Weiterbildung ausgerichtet. Ein bruchfreies Durchlaufen der Weiterbildung ist die Regel (vgl. Abschnitte 7.2.5 und 7.3) und die Endbeurteilung wird noch innerhalb der Weiterbildungszeit vorgenommen. Das zentrale Problem in den Niederlanden besteht in der Wartezeit auf einen Weiterbildungsplatz aufgrund der zu geringen Zahl an Weiterbildungsplätzen (vgl. Abschnitt 7.3).

Die wichtigste Leitplanke zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin ist sicherlich die Beschränkung der Zulassungszahlen zur Weiterbildung in den spezialisierten Fachrichtungen, wodurch das Interesse an der hausärztlichen Weiterbildung in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist (vgl. Abschnitt 7.3). Die Zahl der Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin wurde in den letzten Jahren erhöht und soll weiter steigen (vgl. Abschnitt 7.3.1).

Die drei Weiterbildungsjahre sind eng getaktet und werden wöchentlich durch eine praxisnahe Weiterbildung an den Rückkehrtagen in den universitären Einrichtungen für Allgemeinmedizin unterstützt. Bei Problemen der HAIOs werden die Institute für Allgemeinmedizin schnell unterstützend tätig. Die HAIOs selbst haben ihre Weiterbildung im Jahr 2022 zum fünften Mal hintereinander sehr positiv beurteilt. (Vis et al. 2022b)

Die Pflichtpraktikumszeiten in der hausärztlichen Praxis schon im Bachelor-Abschnitt der ärztlichen Ausbildung dürfte, wie viele internationale Studien suggerieren (Kaduszkiewicz et al. 2018), für das Interesse an der Allgemeinmedizin förderlich sein.

7.6.2 Ansätze der Regierung zur Unterstützung der Allgemeinmedizin

Die Hausärztinnen/-ärzte benötigen mehr Zeit, um eine wirksame Versorgung zu gewährleisten, insbesondere für schutzbedürftige Patientinnen/Patienten, die in benachteiligten Verhältnissen leben. Laut einer kürzlich durchgeführten Folgestudie über das Zeitmanagement und die Arbeitsbelastung von Hausärztinnen/-ärzten haben diese in den letzten Jahren mehr Stunden pro Vollzeitäquivalent gearbeitet. Pro Vollzeitäquivalent arbeiten die Hausärztinnen/-ärzte heute fast 60 Wochenstunden. Diese zusätzlichen Stunden werden hauptsächlich für nichtpatientenbezogene Aufgaben benötigt. Die Hausärzte haben mit einer zunehmenden

administrativen Belastung zu kämpfen, die ihre Effizienz beeinträchtigt. Diesbezüglich initiierte Programme haben bisher nicht zu einer angemessenen Verringerung des Verwaltungsaufwands geführt.

In den Niederlanden gibt es Systeme, mit denen Niederlassungen in unterversorgten Gebieten angereizt werden sollen. Hausärztinnen/-ärzte, die in sozioökonomisch benachteiligten Gebieten arbeiten, die nach einem Deprivationsindex definiert sind, sind berechtigt, Einkommenszuschüsse zu beziehen. Diese Zuschüsse werden von der Landesvereinigung der Hausärztinnen/-ärzte (Landelijke Huisartsen Vereniging, LHV) und dem Verband der niederländischen Krankenkassen (Nederland Zorgverzekeraars) finanziert. Jährlich werden rund 10 Mio. Euro für in solchen sozial benachteiligten Gebieten tätige Ärztinnen und Ärzte, die sich vor allem in ärmeren Großstadtvierteln befinden, zur Verfügung gestellt.

Als indirekte Förderung der hausärztlichen Versorgung durch die derzeitige Regierung kann man deren „Drohung“ in der Koalitionsvereinbarung ansehen, gegen nicht integrale Leistungsanbieter und Gesundheitsmanager/-innen vorzugehen und exzessive Entlohnungen durch Leistungsanbieter zu bekämpfen. Die in Krankenhäusern von Spezialfachärztinnen/-ärzten gegründeten Unternehmen (MSB) sollen insbesondere hinsichtlich ihrer Umstellung auf eine „angemessene Gesundheitsversorgung“ und die Eindämmung von Fehlanreizen beobachtet werden. Sofern innerhalb von zwei Jahren keine hinreichend positive Entwicklung bei diesen Unternehmen sichtbar ist, soll gesetzlich geregelt werden, dass alle Spezialfachärztinnen/-ärzte in Angestelltenverhältnisse mit dem jeweiligen Krankenhaus übernommen werden. (VVD et al. 2021)

7.7 „Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können

7.7.1 Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin

Hausärztliche Praxen und das dort tätige ärztliche Personal gelten als in jeglicher Hinsicht überlastet und alle Quellen gehen davon aus, dass sich daran in den nächsten zehn Jahren nicht viel ändern wird. Die Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) beschreibt folgende Vielzahl von Problemen in der hausärztlichen Versorgung (LHV 2021; LVH 2022):

- In allen Regionen geben mehr als 68 % der Praxen an, dass die Arbeitsbelastung der Hausärzte hoch ist.
- 64 % geben an, dass es ein unmittelbares Problem darstellt, wenn eine Kollegin/ein Kollege erkrankt.
- 64 % geben an, dass notwendige Arbeiten nicht erledigt werden.
- Es zeigen sich Engpässe in der hausärztlichen Versorgung:
 - die Zahl offener Stellen für Hausärztinnen/-ärzte nimmt zu,

- die Zahl der hausärztlichen Praxen mit Patientenaufnahmestopp nimmt zu,
- die Schwierigkeiten beim Finden einer Praxisnachfolge mehren sich,
- es wird schwieriger, die Wachtdienste sicherzustellen.

Auf der nationalen Ebene fordert die LHV (LHV 2022):

- eine Verringerung der Arbeitsbelastung der Hausärztinnen/-ärzte, u. a. durch eine Reduzierung des Verwaltungsaufwands,
- die Weiterbildung einer höheren Anzahl von Kandidatinnen/Kandidaten für eine hausärztliche Tätigkeit,
- eine bessere regionale Verteilung der Weiterbildungsplätze,
- die Sondierung bzw. Erprobung von Möglichkeiten, die Aufgaben innerhalb der Praxen und innerhalb einer Region anders zu verteilen (z. B. durch den vermehrten Einsatz von nichtärztlichem Personal und mehr Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Praxen).

Bezüglich der letztgenannten Forderung sei darauf hingewiesen, dass andere Berufsgruppen in den Niederlanden schon vergleichsweise stark in den hausärztlichen Praxisbetrieb eingebunden sind (vgl. Abschnitt 7.2.3).

Auch mehren sich die Stimmen in der Politik, Fremdkapital als Quelle für den Aufbau von MVZ-ähnlichen Einrichtungen zuzulassen.

Insgesamt dürften sich die Möglichkeiten für die Übernahme hausärztlicher Praxen und die Arbeitsmöglichkeiten in Anstellung und/oder Teilzeit für die junge Generation der Hausärztinnen/-ärzte weiter verbessern. Allerdings weisen die oben genannten Aspekte darauf hin, dass auch längerfristig keine Abnahme der Arbeitsbelastung in der hausärztlichen Versorgung zu erwarten ist.

7.7.2 Verdienstmöglichkeiten

Die durchschnittlichen Einkommen der Hausärztinnen/-ärzte unterscheiden sich in Abhängigkeit von ihrem Beschäftigungsstatus deutlich (die nachfolgenden Zahlen beziehen sich auf eine Vollzeittätigkeit):

- Freiberufliche/-r Hausärztin/Hausarzt: durchschnittliches Bruttoeinkommen vor Steuern 150.000 Euro pro Jahr (inkl. Bereitschaftsdiensten) (Paus 2018; Suichies 2011),
- Angestellte Hausärztinnen/-ärzte: Bruttoeinkommen vor Steuern von maximal bis zu 110.000 Euro pro Jahr.

Angestellte klinische Krankenhausspezialistinnen/-spezialisten verdienen zum Berufseinstieg ca. 100.000 Euro brutto pro Jahr und später ca. 180.000 Euro brutto pro Jahr (beide Werte nach Abzug der Abtretung des Vergütungsanteils für das Krankenhaus). Freiberufliche Kardiologinnen/Kardiologen im Krankenhaus erzielen

ein Bruttoeinkommen von zwischen 170.000 und 300.000 Euro pro Jahr. Es gibt Fachrichtungen, in denen noch höhere Einkommen erzielt werden. (CBS 2022)

Die meisten politischen Parteien verlangen eine Abschaffung der freiberuflichen Krankenhaustätigkeit.

8. Anhang 4: Länderdossier Österreich

8.1 Das Gesundheitssystem in Österreich

8.1.1 Allgemeiner Aufbau des Versorgungssystems

Österreich hatte zum Jahresbeginn 2022 rund 8,98 Mio. Einwohner/-innen. In den politischen Strukturen und der Gewaltenteilung ist Österreich Deutschland sehr ähnlich. Neben der horizontalen Gewaltenteilung (Legislative, Exekutive und Judikative) sind die Kompetenzen vertikal zwischen dem Bund und den neun Bundesländern geteilt. (Bachner et al. 2019)

Das Gesundheitswesen gliedert sich, ähnlich wie in Deutschland, in Sektoren. Die neun Bundesländer sind hauptverantwortlich für die Sicherstellung der Spitalsversorgung (stationäre und spitalsambulante Versorgung) (intramurale Versorgung), die hauptsächlich aus Pauschalbeiträgen der Sozialversicherungsträger und Steuermitteln finanziert wird. Die durch niedergelassene Allgemeinmediziner/-innen und Fachärztinnen/-ärzte erbrachte Versorgung (extramurale Versorgung) wird vor allem durch die Sozialversicherung finanziert und ist durch Verträge der Krankenversicherungsträger, der Selbstverwaltungsorgane und Interessenvertretungen der Gesundheitsdienstleister geregelt. (Bachner et al. 2019)

Dem Bund obliegt die Gesetzgebung für die ambulante Versorgung (außerhalb von Spitälern). Die Ausführungsgesetzgebung und die Gesetzesvollziehung für die extramurale Versorgung liegen bei den Ländern. Strukturpolitik und -planung werden hingegen als eine gemeinsame Aufgabe von Bund, Ländern und Sozialversicherung wahrgenommen. (Hummer et al. 2021)

Die Gesundheitsausgaben werden überwiegend aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen und öffentlichen Geldern (Steuereinnahmen) finanziert. Die Patientinnen und Patienten leisten Zuzahlungen für Leistungen, die der Leistungskatalog der Sozialversicherung nicht einschließt (z. B. rezeptfreie Medikamente, Tagegeld im Krankenhaus). (BMASGK 2019) Quasi die gesamte österreichische Wohnbevölkerung ist von der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst. Etwa 82 % der Österreicherinnen und Österreicher sind bei der im Jahr 2020 durch die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen in den Bundesländern entstandenen österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) versichert. (ÖGK 2023a)

Bei der Wahl ihrer Ärztinnen und Ärzte sind die Bürgerinnen und Bürger in Österreich frei. In der ambulanten Versorgung können sie eine/-n sogenannte/-n Vertragsärztin/-arzt („Kassenordinat“) oder eine/-n Wahlärztin/-arzt aufsuchen. Die Vertragsärzteschaft erbringt ihre Versorgungsleistungen im Rahmen von Einzelverträgen, die sie mit den Krankenversicherungsträgern abgeschlossen hat. Diese Einzelverträge werden auf der Basis von Gesamtverträgen abgeschlossen, die entsprechend dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Interessenvertretung der Ärzteschaft ver-

handelt worden sind. Die Gesamtverträge, die sich zwischen den neun Bundesländern unterscheiden, beinhalten insbesondere die Rechte und Pflichten der Vertragspartner, Pläne der Niederlassungsorte (sogenannte „Stellenpläne“), die Regelungen zur Vergabe von Einzelverträgen, zu den Leistungen und zu den Honoraren sowie zu deren Abrechnung. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt zum Quartalsende direkt zwischen der/dem Vertragsärztin/-arzt und dem jeweiligen Krankenversicherungsträger. Die Einzelverträge regeln insbesondere die Ordinationsstätte, die Ordinationszeiten und im Einvernehmen mit der Ärztekammer besondere Vereinbarungen bezüglich der Art und des Umfangs der vertragsärztlichen Tätigkeit. Neben diesen vertraglichen Rahmensetzungen haben die Ärztinnen und Ärzte flexible Möglichkeiten zur Gestaltung ihrer Arbeit in der Praxis.

Viele Ärztinnen und Ärzte betreiben eine ärztliche Hausapotheke, bezüglich derer die österreichische Ärztekammer (ÖÄK) weiterhin eine Liberalisierung des Apothekengesetzes fordert. (Posch 2023)

Angemerkt sei, dass sich auch die Honorarvereinbarungen zwischen den Bundesländern unterscheiden, sodass nach Auskunft der interviewten Expertinnen und Experten einzelne Leistungen (bspw. EKG) in der hausärztlichen Versorgung je nach dem Standortbundesland nur in bestimmten Fallkonstellationen oder auch gar nicht abrechenbar sind. Als Leistungen, die üblicherweise (auch) in der hausärztlichen Versorgung erbracht werden, aber in Österreich nicht Bestandteil der von den Kassen übernommenen Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte sind, wurden beispielhaft die Sonographien angeführt. Ärztinnen und Ärzte mit einem Kassenvertrag müssen nicht jede Behandlung über die Kasse abrechnen und können zusätzlich wahlärztlich tätig sein, d. h., sofern eine Patientin/ein Patient eine Leistung bei einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt privat in Anspruch nimmt, erfolgt keine Kostenerstattung durch die Krankenkasse.

Die Wahlärztinnen und -ärzte, die von den Patientinnen und Patienten ebenfalls frei aufgesucht werden können, sind im Gegensatz zu den Vertragsärztinnen/-ärzten an keine vertraglich festgelegten Honorare und Vorgaben zu Ordinationszeiten, zum Leistungsspektrum oder zu Leistungsbegrenzungen gebunden. Wenn Patientinnen/Patienten eine Wahlärztin oder einen Wahlarzt aufsuchen, bezahlen sie dort die erbrachte Leistung direkt. Nachgehend erhalten sie auf Antrag eine Erstattung eines Teils der Kosten von ihrem Krankenversicherungsträger (üblicherweise 80 % des Betrags, den die Krankenversicherung einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt im gleichen Behandlungsfall zahlen würde). (§ 131 Absatz 1 ASVG – Allgemeines Sozialversicherungsgesetz)

In Österreich wird zwischen den Gruppen Fachärzteschaft und Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner unterschieden, da es sich bei dem Titel Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin nicht um einen Facharztstitel handelt, was sich perspektivisch ändern wird (vgl. 8.4). Bezüglich des Zugangs zur Versorgung gilt in Österreich außer in Notfällen, bei Abwesenheit der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder nach Zustimmung der ÖGK grundsätzlich eine Quartalsregelung. Nach dieser

kann pro Kalendervierteljahr eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin und/oder eine Vertragsfachärztin bzw. ein Vertragsfacharzt pro Fachgebiet ohne Überweisung aufgesucht werden.⁸⁸

Die Krankenhausbettendichte und die vollstationäre Krankenhausinanspruchnahme sind in Österreich im Vergleich der EU-Staaten auffällig hoch. (BMASGK 2019)

Verschiedene Gesundheitsreformen in den 2010er Jahren hatten das Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung, die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und die langfristige Finanzierbarkeit des Solidarprinzips zu sichern. Seit 2013 definiert die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) als zentrales Entscheidungsgremium bundesweite Finanz- und Gesundheitsziele, die auf der Ebene der Länderebene durch Landes-Zielsteuerungskommissionen (L-ZK) weiter operationalisiert werden. Die B-ZK besteht aus Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung und legt auch den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) fest. Der ÖSG ist ein Rahmenplan für die integrative Planung der intramuralen und extramuralen Versorgung einschließlich Rehabilitation. Der ÖSG bildet die Grundlage für die Detailplanung der Länder und Sozialversicherung, die jeweils einen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) erstellen. (Bachner et al. 2019)

Der Fokus der Regionalen Strukturpläne Gesundheit hat sich in den letzten Jahren von der stationären Versorgung auf die Verbindung der Versorgung durch die Krankenhäuser und die Vertragsärztinnen/-ärzte verschoben. Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit beinhalten auch die Planung der Ärztlichen Ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE)⁸⁹ nach den einzelnen Fachgebieten bis auf die Ebene der einzelnen Versorgungsregionen. In den vorn angesprochenen Gesamtverträgen sind auch die Regelungen zur standortbezogenen Stellenplanung der Sozialversicherung enthalten, mit denen die Anzahl und die regionale Verteilung der Vertragsärztinnen/-ärzte auf Grundlage des Bedarfs und der bestehenden Versorgung sehr kleinräumig erfolgt. (Bachner et al. 2019) Nach Expertenauskunft erweist es sich aus unterschiedlichen Gründen allerdings als schwierig, eine echte Struktur- und Angebotsplanung zu realisieren. So könne der regionale Bedarf kaum erhoben werden und eine gemeinsame Planung von ÖGK und den Bundesländern gäbe es in der Praxis mit Ausnahme der Primärversorgungseinheiten (siehe nächster Abschnitt) kaum.

8.1.2 Die hausärztliche Versorgung

Das Aufgabengebiet der Ärztin für Allgemeinmedizin/des Arztes für Allgemeinmedizin ist auch in Österreich breit angelegt und zielt auf die kontinuierliche Betreu-

⁸⁸ Details unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870522&portal=oegkportal> (Abruf am 30.10.2023)

⁸⁹ Eine ambulante Versorgungseinheit entspricht grundsätzlich einer/einem durchschnittlich arbeitenden Ärztin/Arzt.

ung aller Personen unter Integration der medizinischen, sozialen und der psychischen Hilfen für die Patientinnen und Patienten in enger Zusammenarbeit mit Fachärztinnen/Fachärzten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere Krankenanstalten. Das Aufgabengebiet der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin ist detaillierter in der Anlage 1 der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 beschrieben.⁹⁰

Zur Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner finden sich in Österreich unterschiedliche Zahlen. Sämtliche von uns verwendeten Angaben sind der jährlich von der ÖÄK herausgegebenen Ärztestatistik entnommen.

Von den 5.010 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, die im Jahr 2022 in eigener Ordination oder als Teilhaberin/Teilhaber einer Gruppenpraxis tätig waren (und nicht auch zudem angestellt tätig waren) hatten etwa 60 % (N = 2.990) einen Vertrag mit der ÖGK. Ein kleiner Teil der ausschließlich niedergelassen tätigen Hausärztinnen/-ärzte (etwa 5 %) hatte keinen ÖGK-Vertrag, aber einen Vertrag für einen definierten Personenkreis (bspw. Sozialversicherungsanstalt für Selbstständige, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, Verträge mit Krankenfürsorgeanstalten). (ÖÄK 2023a)

Etwa 36 % (N = 1.780) der niedergelassenen Hausärztinnen/-ärzte waren im Jahr 2022 ohne Vertrag mit einem Sozialversicherungsträger und mithin ausschließlich wahlärztlich tätig. Zudem waren etwa 1.150 Hausärztinnen/-ärzte sowohl in einem Angestelltenverhältnis als auch in eigener Ordination oder als Teilhaberin/Teilhaber einer Gruppenpraxis tätig. Etwa 4.080 Hausärzte waren ausschließlich angestellt tätig und weitere etwa 1.150 Hausärzte waren Wohnsitzärzte⁹¹. Von den insgesamt etwa 11.400 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern waren etwa 61 % weiblich und 39 % männlich. Des Weiteren gab es im Jahr 2022 in Österreich etwa 4.200 Ärztinnen/Ärzte, die sowohl allgemeinmedizinisch als auch fachärztlich tätig waren. (ÖÄK 2023a)

Aufgrund der immer deutlicher werdenden Probleme der Hausärztinnen und Hausärzte, ihre Aufgabenstellungen in einer koordinierenden Rolle wahrnehmen zu können, wurde im Jahr 2017 das Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (PVE) verabschiedet (Primärversorgungsgesetz), das im Juli 2023 novelliert wurde. Dieser Schritt zur Stärkung der Primärversorgung wird als ein wesentlicher Beitrag für die Sicherung einer leistungsfähigen und effizienten Gesundheits- und Krankenversorgung und zur Steigerung der Attraktivität der Allgemeinmedizin für den ärztlichen Nachwuchs angesehen. Die Primärversorgungslandschaft weist in Österreich einen erheblichen Entwicklungsbedarf auf. (Franczukowska et al. 2020)

⁹⁰ Vgl. unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20009186/%c3%84AO%c2%a02015%2c%20Fassung%20vom%2021.10.2023.pdf>

⁹¹ Wohnsitzärztinnen/-ärzte sind freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte, die weder angestellt noch Inhaber/-in einer Ordination oder Gruppenpraxis sind.

Bei der Neuausrichtung der Primärversorgung wird auf das Prinzip der strukturierten Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen im Rahmen der Primärversorgungseinheiten (PVE) fokussiert. Mittels der PVE sollen eine koordinierte Patientenversorgung durch die an der Primärversorgung beteiligten Gesundheitsberufe ermöglicht, die Erreichbarkeit der Primärversorgung an Tagesrandzeiten und am Wochenende erhöht und die kontinuierliche Betreuung von chronisch Erkrankten sowie die Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden. Zudem ist intendiert, das Berufsbild Allgemeinmedizin durch die PVE aufzuwerten und die Rolle der Hausärztinnen und -ärzte zu stärken, insbesondere durch mehr Vernetzung, attraktivere Honorierungsformen und flexiblere Formen der Berufsausübung. In diesem Sinne sollten bis zum Jahr 2021 75 multiprofessionelle und interdisziplinäre Einheiten entstehen. Nach dem aktuellen Stand sind in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit bis zum Jahr 2025 127 PVE geplant.⁹² Das Kernteam der PVE soll sich mindestens aus einer/einem Allgemeinmediziner/-in, einer examinierten Gesundheits- bzw. Krankenpflegekraft und einer Ordinationshilfe zusammensetzen. Orts- und bedarfsabhängig kann das Team durch weitere Fachärztinnen/-ärzte oder Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe ergänzt werden (z. B. Pädiater/-innen, Hebammen, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeiter/-innen). PVE können an einem Standort oder an verschiedenen Standorten einer Region standortübergreifend errichtet werden. In den PVE sollen Kinder und Jugendliche, Ältere, chronisch kranke und multimorbide Patienten kontinuierlich versorgt werden. Darüber hinaus sollen die Leistungen der psychosozialen Versorgung, das Arzneimittelmanagement sowie Gesundheitsförderung und Prävention im Vordergrund stehen (Primärversorgungsgesetz). Die PVE können von allen gesetzlich krankenversicherten Österreicherinnen und Österreichern ohne Einschreibungen o. Ä. in Anspruch genommen werden und die PVE sind gegenüber allen Anspruchsberechtigten behandlungspflichtig.⁹³

Für die PVE wurde zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Sozialversicherung im Jahr 2019 ein bundesweiter Gesamtvertrag vereinbart, der allgemeine Bestimmungen zu den PVE regelt (Mindestleistungsspektrum, Grundsätze zur Vergütung etc.). Auf dieser Grundlage werden auf der Ebene der Bundesländer gesamtvertragliche Vereinbarungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Landesärztekammern geschlossen, die bspw. auch die Regelungen zur Honorierung der PVE umfassen, sodass sich zwischen den Bundesländern sehr unterschiedliche Ansätze finden. In Bundesländern ohne eine geltende regionale gesamtvertragliche Vereinbarung können die PVE Primärvertragssonderverträge schließen.

⁹² Zu den Details: <https://primaerversorgung.gv.at/planung-von-pve> (Abruf am 9.11.2023)

⁹³ Detailinformationen auch unter: <https://primaerversorgung.gv.at/>

Da die Etablierung von PVE nicht in der gewünschten Geschwindigkeit vorangekommen ist⁹⁴, wurde eine Novelle des Primärversorgungsgesetzes erarbeitet und im März 2023 vorgestellt, die eine leichtere und schnellere Umsetzung konkreter Projekte zur Implementierung von PVE ermöglichen soll. Mit den Gesetzesänderungen soll insbesondere ermöglicht werden, dass sich ärztliche Kernteams der PVE auch vollständig oder überwiegend aus Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde zusammensetzen dürfen und das unter bestimmten Bedingungen auch Angehörige der nichtärztlichen Gesundheitsberufe Gesellschafterinnen und Gesellschafter einer PVE sein können (multiprofessionelle Gruppenpraxen). Zudem soll das Auswahlverfahren für die PVE generell beschleunigt werden und in Fällen der Gefahr einer ärztlichen Unterversorgung im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in einer Versorgungsregion ein zusätzliches verkürztes Auswahlverfahren möglich sein.

Österreich hat, verglichen mit anderen europäischen Ländern, eine sehr hohe Arztdichte (OECD 2022). Für die hausärztliche Versorgung mehren sich die Hinweise darauf, dass die Herausforderungen für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in den kommenden Jahren (weiter) deutlich zunehmen werden. „[W]ährend die Gruppe der Anspruchsberechtigten [Versicherten] seit 2005 um 14% zunahm, nahm im gleichen Zeitraum die Anzahl der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin um 12 % ab: statistisch gesehen musste ein österreichischer Hausarzt 2015 2.272 Patienten versorgen, geschätzt werden dies 2025 3.338 Patienten/Hausarzt sein.“ (Poggenburg et al. 2017, S. 10) Mehr als die Hälfte der ÖGK-Allgemeinmediziner/-innen werden in den nächsten zehn Jahren das Pensionsalter erreichen, von den Wahlärztinnen/-ärzten rund 40 %. (MedMedia 2019) Nach der Ärztestatistik 2022 werden 28 % der 24.605 Ärztinnen und Ärzte, die im Jahr 2022 über eine Berechtigung für die Allgemeinmedizin verfügten, bis zum Jahr 2028 das Pensionsalter erreichen. Allerdings waren nur etwa 64 % dieser Ärztinnen und Ärzte auch im Berechtigungsbereich Allgemeinmedizin tätig. (ÖÄK 2023a)

Besonders auf dem Land kommt es zu Problemen bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen für Allgemeinmedizin. Generell wird dieser Trend durch den demographischen Wandel in der Bevölkerung und den wachsenden Anteil an Ärztinnen/Ärzten, die in Teilzeit arbeiten – besonders bei Frauen, die einen immer höheren Anteil der Ärzteschaft ausmachen – verstärkt. (Poggenburg et al. 2017) Nach Erhebungen der Landesärztekammern waren zum Jahresbeginn 2023 österreichweit erstmals 300 Kassenstellen unbesetzt, darunter 176 Stellen für Allgemeinmedizin und die übrigen Stellen für Fachärztinnen/Fachärzte (insbesondere Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Augenheilkunde). (ÖÄK 2023b)

Die Bemühungen zum Schließen bestehender oder drohender Versorgungslücken werden soweit ersichtlich auch neben der Errichtung von PVE intensiviert. So

⁹⁴ Laut Plattform Primärversorgung waren zu Beginn des Jahres 2023 39 PVE und Ende Oktober 2023 50 PVE etabliert. Quelle: <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte> (Abrufe am 24.01.2023 und am 28.10.2023)

wurde bspw. im Februar 2023 von der Österreichischen Gesundheitskasse entschieden, an einzelnen allgemeinmedizinischen und kinderheilkundlichen Standorten in Wien und Oberösterreich, die längere Zeit nicht nachbesetzt werden konnten, Ärztinnen und Ärzte selbst anzustellen und auf Stundenbasis zu honorieren. In dem Pilotprojekt „Ärztbereitstellungsstelle“ müssen sich die interessierten Ärztinnen und Ärzte nicht an die Standorte binden und können frei von unternehmerischem Risiko als Kassenärztin/-arzt tätig sein. Das Pilotprojekt wird in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Ärztekammern und unter Einbeziehung der betreffenden Bundesländer realisiert. (ÖGK 2023b).

Die von der Bundeskurie Niedergelassener Ärzte beauftragte Studie „Modellierung, Analyse und Szenarienrechnung zur Entwicklung der Zahlen von Ärztinnen und Ärzten in Österreich“, deren Ergebnisse im Jahr 2021 veröffentlicht wurden, ergab, dass in der Allgemeinmedizin ohne weitere Maßnahmen zu erwarten ist, dass die Zahl der Ordinationen mit Kassenvertrag von 4.100 im Jahr 2021 auf 3.450 im Jahr 2030 und die Privatordinationen von 4.500 auf 3.800 zurückgehen wird. Für die Folgejahre wird eine Stabilisierung der Zahlen auf diesem niedrigen Niveau erwartet. (Rippinger & Popper, o. J.)

Der Mangel an Allgemeinärztinnen/-ärzten ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen. Zum einen war die Allgemeinmedizin im Studium lange Zeit wenig präsent, sodass sich Studierende kaum mit dem Fachgebiet auseinandersetzen konnten. Zum anderen sind die Arbeitsbedingungen in der Niederlassung wenig attraktiv. Die Anzahl von Patientinnen/Patienten pro Allgemeinmediziner/-in steigt kontinuierlich an, es gibt kaum zeitgemäße Arbeitsarrangements (wie z. B. Jobsharing oder Möglichkeiten zur Zusammenarbeit innerhalb einer gemeinsamen Praxis). Des Weiteren werden Allgemeinmediziner/-innen häufig schlechter vergütet als Fachärztinnen/-ärzte (vgl. auch Abschnitt 8.3). (Rabady et al. 2018)

8.2 Kennzahlen

8.2.1 Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

In der österreichischen Ärztestatistik werden alle als Ärztin und Arzt tätigen Personen gezählt/erfasst. Gezählt werden auch die Turnusärztinnen/-ärzte⁹⁵. Insgesamt

⁹⁵ Als Turnusärztin/-arzt bezeichnet(e) man in Österreich die Ärztin/den Arzt in Ausbildung für Allgemeinmedizin oder die Ärztin/den Arzt in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt. Der Begriff wird jedoch fast ausschließlich auf die Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner angewandt. Turnus ist die Ausbildung.

betrug die Arztlzahl zum 31.12.2021 46.962 Personen („Köpfe“) und ohne Turnusärztinnen/-ärzte (N = 7.571) 39.391 Personen.^{96, 97, 98} (ÖÄK 2022a). Bezogen auf die Bevölkerung von ca. 8,979 Mio. zum Jahresanfang 2022 ergibt sich eine Gesamtärztltdichte (ohne Turnusärztinnen/-ärzte) von etwa 4,39 Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

8.2.2 Berufstätige Hausärztinnen/-ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

Nach der österreichischen Ärztltestatistik (zum 31.12.2021) belief sich die Zahl inner- und außerhalb von Krankenanstalten tätiger Fachärztinnen und Fachärzte auf 21.728 und die Zahl von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin auf 11.541.⁹⁹ Weitere 4.064 Ärztinnen und Ärzte waren sowohl als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner als auch als Fachärztin/Facharzt tätig. Unter Einbezug der letztgenannten Gruppe beläuft sich die Zahl innerhalb und außerhalb von Krankenanstalten tätiger Allgemeinärztinnen/-ärzte auf etwa 15.600 Personen (ÖÄK 2022a). Die Allgemeinärztltdichte belief sich entsprechend auf etwa 1,74 Ärztinnen und Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen. Berücksichtigt man die o. g. 4.064 sowohl als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner als auch als Fachärztin/Facharzt tätigen Ärztinnen/Ärzte nicht, so verringert sich die Allgemeinärztltdichte auf etwa 1,29 Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen. In diesen Zahlen sind 2.189 der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin enthalten, die zum Stand Jahresende 2021 in Krankenanstalten tätig waren. (Statistik Austria 2023)

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die ihre Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin erfolgreich abgeschlossen hatten, im Jahr 2020 mit 25.425 Köpfen deutlich über dem o. g. Wert der als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner tätigen Ärztinnen und Ärzte lag. Diese Abweichung erklärt sich dadurch, dass die Ausbildung in der Allgemeinmedizin häufig als Vorstufe der eigentlichen Facharztausbildung absolviert wurde/wird, bspw. um Wartezeiten zu überbrücken oder um die Chancen auf eine Ausbildungsstelle im eigentlich angestrebten Wunschfach zu erhöhen. (ÖÄK 2021) Nach Exper-

⁹⁶ Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang die Ärzte und Ärztinnen tätig sind; es handelt sich um die „Anzahl von Köpfen“.

⁹⁷ In der Ärztltestatistik 2020 ist ausgewiesen, dass nach Untersuchungsergebnissen die Kopflzahl der Ärzteschaft Österreichs von 47.674 im Jahr 2020 40.354 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) entspricht. (ÖÄK 2021)

⁹⁸ In dieser Zahl enthalten sind 1.784 Ärztinnen/Ärzte mit unbekannter Arztart, für die keine spezifizierte Tätigkeitsangabe vorliegt, und 274 Ärztinnen/Ärzte einer Sammelgruppe für „weitere seltene Kombinationen“, z. B. Allgemeinmedizinerin/-mediziner und gleichzeitig Turnusärztin/-arzt.

⁹⁹ Für die Turnusärztinnen/-ärzte liegen aus dieser Statistik keine Informationen über die Weiterbildungsrichtung vor und diese werden in die Berechnung so wie nach Möglichkeit in den übrigen untersuchten Ländern auch nicht einbezogen.

tenauskunft ist dies ein Grund dafür, dass noch immer Spitalärztinnen/-ärzte allgemeinmedizinische Vertragsarztstellen übernehmen können, ohne vorher hausärztlich gearbeitet zu haben.

Nach der österreichischen Ärztestatistik (zum 31.12.2021) belief sich die Zahl der inner- und außerhalb von Krankenanstalten tätigen Fachärztinnen und Fachärzte auf 21.728. (ÖÄK 2022a) Bezogen auf die Bevölkerung von ca. 8,979 Mio. zum Jahresanfang 2022 ergibt sich eine Facharztdichte von etwa 2,42 Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Einwohner/-innen.¹⁰⁰

Unter Bezugnahme auf die vorgenannten Zahlen der österreichischen Ärztestatistik lag der Anteil der berufstätigen Allgemeinärztinnen/-ärzten an allen berufstätigen Ärztinnen/Ärzten (ohne die 4.064 nicht zuordenbaren Ärztinnen und Ärzte) im Jahr 2021 bei 34,7 % und bei Zuordnungen der sowohl hausärztlich als auch spezialisiert tätigen Ärztinnen/Ärzte zu den Allgemeinärztinnen/-ärzten bei 41,8 %.

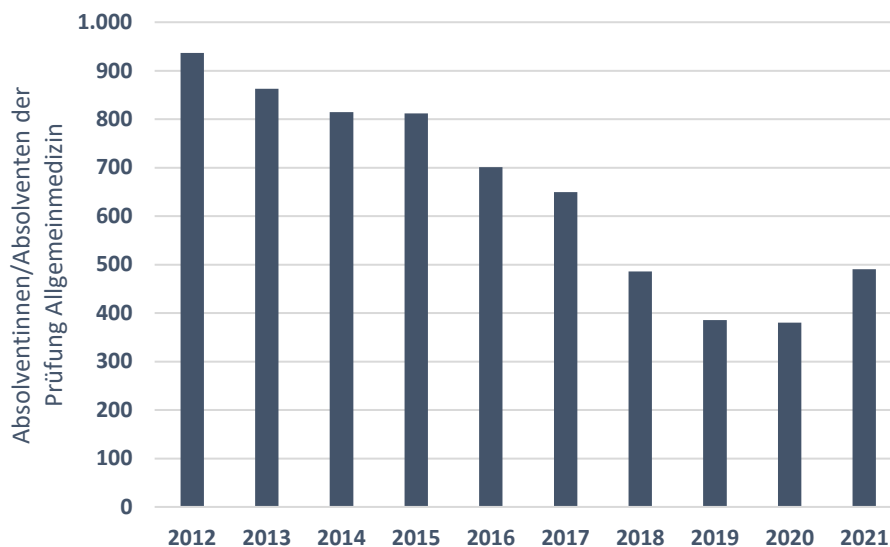
8.2.3 Abschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen

Die Zahl der Kandidatinnen und Kandidaten für die Prüfung Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin hat sich seit ihrem Peak mit fast 1.000 Kandidatinnen und Kandidaten im Jahr 2012 bis zum Jahr 2019 auf nur noch knapp 450 Kandidatinnen und Kandidaten p. a. drastisch verringert. Zudem war im selben Zeitraum ein starker Anstieg der Durchfallquote von 6 Prozent auf 14 Prozent zu beobachten. Die Österreichische Ärztekammer geht davon aus, dass der Rückgang der Kandidatenzahl ab 2018 eine Auswirkung der Ärzteausbildungsordnung 2015 ist (zu den Hintergründen vgl. Abschnitt 8.4). Im Jahr 2019 bestanden nur 386 Ärztinnen und Ärzte die Prüfung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin (vgl. Abbildung 16). (ÖÄK 2020b)

Bis zum Jahr 2021 nahm die Kandidatenzahl erstmalig wieder stärker zu und lag bei 551 Kandidatinnen und Kandidaten für die Prüfung Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, von denen 11 Prozent die Prüfung nicht bestanden, sodass insgesamt von etwa 490 Ärztinnen und Ärzten mit erfolgreich bestandener Prüfung Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin ausgegangen werden kann (5,5 je 100.000 Einwohner/-innen). (ÖÄK 2022b)

¹⁰⁰ Ohne Berücksichtigung der 4.064 sowohl als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner als auch als Fachärztin/Facharzt tätigen Ärztinnen/Ärzte.

Abbildung 16: Erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen der Prüfung zur Ärztin/zum Arzt Allgemeinmedizin in Österreich; Jahre 2012 bis 2021

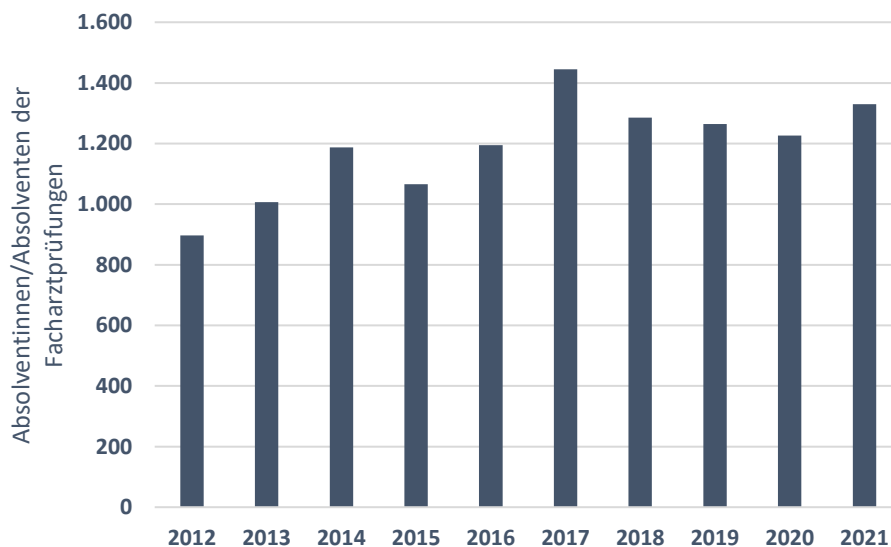


Quelle: IGES nach ÖÄK (2020b) und OÄK (2022b)

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nach der Ärztestatistik für Österreich im Jahr 2022 von allen Ärztinnen und Ärzten mit einer Berechtigung zur Tätigkeit in der Allgemeinmedizin nur etwa 64 % auch in der Allgemeinmedizin tätig waren, was im Vergleich mit den übrigen Arztgruppen einen sehr geringen Anteil darstellt. (ÖÄK 2022a)

Die Zahl der Kandidatinnen und Kandidaten für eine Facharztprüfung in den übrigen Fachrichtungen hat sich zwischen 2012 und 2017 von 924 auf 1.482 erhöht und lag seitdem in einem Korridor von etwa 1.260 bis etwa 1.400 Kandidatinnen und Kandidaten jährlich. Die Durchfallquote lag zwischen 2012 und 2021 stabil zwischen 3 und 4 Prozent. Im Jahr 2021 lag die Kandidatenzahl bei 1.385 Kandidatinnen und Kandidaten für eine Facharztprüfung, von denen 4 Prozent die Prüfung nicht bestanden, sodass insgesamt von etwa 1.330 Ärztinnen und Ärzten mit erfolgreich bestandener Facharztprüfung ausgegangen werden kann (14,8 je 100.000 Einwohner/-innen) (vgl. Abbildung 17). (ÖÄK 2020b; ÖÄK 2022b)

Abbildung 17: Erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen der Facharztprüfungen in Österreich; Jahre 2012 bis 2021



Quelle: IGES nach ÖÄK (2020b) und OÄK (2022b)

Der Anteil der erfolgreichen Absolventinnen/Absolventen der Prüfung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin an allen erfolgreichen Absolventinnen/Absolventen von Prüfungen zum Erwerb eines (Fach-)Arztstitels lag demnach im Jahr 2021 bei 26,9 % (2020: 23,9 %).

8.2.4 Tatsächliche Weiterbildungszeit

Die Österreichische Ärztekammer hat auf Nachfrage zur tatsächlichen durchschnittlichen Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin freundlicherweise einen Auszug aus der „Evaluierung der Dauer der Ausbildung Allgemeinmedizin ÄAO 2015 zum 01.01.2022) zur Verfügung gestellt. Aus den übermittelten Graphiken zur „Dauer der Ausbildung nach AAO 2015 mit Anerkennung nach 2017“ geht hervor, dass nur sehr wenige der Ärztinnen/Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin die Mindestdauer der Basisausbildung von 9 Monaten und die Mindestdauer des Spitalturnus und der Lehrpraxis von 33 Monaten überschreiten.

Zum durchschnittlichen Alter der Ärztinnen und Ärzte zum Zeitpunkt des Abschlusses ihrer Prüfung in der Allgemeinmedizin liegen der Österreichischen Ärztekammer keine Informationen vor.

8.3 Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeinmedizin

Für das Studienjahr 2022/2023 standen in Österreich insgesamt 1.850 Studienplätze für Human- und Zahnmedizin zur Verfügung und damit 110 Plätze mehr als

noch im Studienjahr 2021/2022. Im Rahmen des Programms „Uni-Med-Impuls-2030“ ist eine sukzessive Erweiterung der Studienanfängerplätze auf 2.000 im Jahr 2028 vorgesehen (1.856 Plätze Humanmedizin, 144 Plätze Zahnmedizin). (BMBWF 2021) Das Programm sieht zudem eine Attraktivierung der Allgemeinmedizin vor durch die „... Fortsetzung der universitären Maßnahmen als eine der Grundlagen zur Attraktivierung der Ausbildung zu Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinerinnen durch entsprechende Professuren und curriculare Maßnahmen (und auch im klinisch-praktischen Jahr). Insbesondere in der postpromotionellen Ausbildungsphase bedarf es zusätzlicher Maßnahmen und Anstrengungen in der beruflichen Ausbildung sowie Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Kooperation mit Gebietskörperschaften und Krankenkassen.“ (BMBWF 2020, S. 2) Nach Experten- auskunft wird vor allem während des Studiums der Kontakt zur Allgemeinmedizin als erforderlich angesehen.¹⁰¹

Die Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin ist auch in den vergangenen Jahren bereits deutlich erhöht worden. Sie lag im Jahr 2013 noch bei 1.356 Plätzen. Auf die im Jahr 2022 verfügbaren ca. 1.700 Plätze gab es fast 16.000 Bewerber.¹⁰² (MedAT 2023) Für eine erfolgreiche Bewerbung sind ausschließlich die Ergebnisse einer schriftlichen Aufnahmeprüfung (MedAT-H) ausschlaggebend.

Nach dem Studium steht den Ärztinnen und Ärzten die Entscheidung frei, für welche Weiterbildungsfachrichtung sie sich entscheiden. Die Steuerung, wie viele Ärztinnen und Ärzte sich in den einzelnen Fachgebieten ausbilden lassen, erfolgt über die Ausbildungsplatzkontingente der Spitäler. Welches Fach die Ärztinnen und Ärzte wählen können, hängt von der Anzahl der je Fachgebiet behördlich festgelegten Ausbildungsplätze als auch von den von den Spitalsträgern festgelegten Dienstpostenplänen ab. Eine systematische Steuerung von Medizinerinnen und Medizinerinnen in die Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten gibt es in Österreich nicht.

Bis Ende des Jahres 2022 mussten die ausbildenden Spitäler ihre Ausbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte nach Fachrichtung und Anzahl bei der jeweiligen Landesärztekammer anfragen und bewilligen lassen. Zum 01.01.2023 sind die Aufgaben der Bewilligung von Ausbildungsstellen genauso wie für die Qualitätskontrolle der Ausbildung auf die Länder übergegangen. Die wesentlichsten Faktoren für die Bewilligung sind das Leistungsspektrum der Abteilung sowie die Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte. Die Anzahl der jährlich notwendigen Abschlüsse der Weiterbildungsfachrichtung Allgemeinmedizin wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz festgelegt. Hier bestehen nach Auskunft der Österreichischen Ärztekammer unterschiedliche Ansichten bezüglich der jährlich benötigten neuen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner (Anzahl schwankt zwischen 400 und 550 p. a.). Die Gesamtzahl wird auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt. Nach Experten- auskunft haben die Spitäler (teilweise) vorgegebene

¹⁰¹ Vgl. hierzu auch: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1093347> und <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03652264>

¹⁰² Plätze und Bewerberinnen/Bewerber ohne jene an den Privatuniversitäten Österreichs

Quoten an auszubildenden Fachärztinnen und Fachärzten und Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten zu erfüllen.

Aktuell gibt es nach Expertenauskunft keine Schwierigkeiten für Ärztinnen und Ärzte, ihre Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin anzutreten, da die Spitäler und Lehrpraxen eine ausreichende Anzahl von Ausbildungsplätzen anbieten, die nicht alle besetzt werden können. Dies deutet auf eine im Vergleich zur fachärztlichen Ausrichtung geringere Attraktivität der Allgemeinmedizin in der jungen Medizinergeneration hin, die maßgeblich für deren Wahlentscheidung des Ausbildungsgebiets sein dürfte, was ältere und neuere Untersuchungen bestätigen (siehe nachfolgend).

Insgesamt scheint in Österreich eine berufliche Laufbahn in der Allgemeinmedizin im Vergleich zu einer fachärztlichen beruflichen Laufbahn aus vielfältigen Gründen weniger attraktiv zu sein. Die im August 2021 veröffentlichte „Studie zur Abklärung von Fragen zur Quotenregelung für Medizinstudienplätze“ gibt aktuelle Einblicke zum Wahlverhalten der jungen Medizinerinnen/Mediziner bezüglich einer Ausbildung in der Allgemeinmedizin oder der Ausbildung in einem fachärztlichen Gebiet sowie zum Entscheidungsverhalten fertig ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin für oder gegen eine Tätigkeit im extra- oder intramuralen Sektor. Für die im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung durchgeführte Untersuchung wurden im Frühjahr 2021 mit Vertreterinnen/Vertretern von Krankenanstaltenträgern Interviews zu den von ihnen wahrgenommenen quantitativen und qualitativen Auswirkungen der Ärzteausbildungsreform von 2015 (vgl. Abschnitt 8.4) durchgeführt, aus denen sich folgende Hinweise ergaben: (Hummer et al. 2021)

- Das Interesse an der Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner ist rückläufig.
 - Früher haben viele Ärztinnen/Ärzte zunächst eine allgemeinmedizinische Ausbildung abgeschlossen und allenfalls erst danach eine Facharztausbildung begonnen. Nun wird meist direkt mit der Facharztausbildung begonnen oder (bei Freiwerden einer Stelle im gewünschten Fach) häufig von der allgemeinmedizinischen Ausbildung in die Facharztausbildung gewechselt.
 - Nach wie vor wechseln auch viele Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner nach bestandener Prüfung in eine Sonderfachausbildung, sobald eine Stelle frei wird.
 - Manche Krankenanstaltenträger haben Zielvereinbarungen mit den Landesbehörden, in denen festgeschrieben ist, dass eine festgelegte Anzahl an Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern pro Jahr auszubilden ist.
 - Die Krankenhäuser schätzen die Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner für Stationsarztstätigkeit oder auch für Aufnahmeambulanzen, allerdings werden hier primär Fachärztinnen/-ärzte benötigt.
-

- Ein immer größerer Anteil der Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner verbleibt in den Krankenhäusern, dementsprechend sinkt der Anteil der in die Niederlassung wechselnden Ärztinnen/Ärzte.
- Die Attraktivität der Allgemeinmedizin wird generell als nicht sehr hoch eingeschätzt.

Weiterhin wurde ausgeführt, dass die Einzelordination, insbesondere betrieben als klassische Landärztin/klassischer Landarzt, für junge Medizinerinnen/Mediziner immer mehr an Attraktivität einbüßt. Zudem resultiert das geringe Interesse an der Allgemeinmedizin auch aus deren Image bzw. Ansehen, insbesondere jedoch aus den im Vergleich zu den Fachärztinnen/-ärzten geringeren Verdienstmöglichkeiten. (Hummer et al. 2021)

Hinweise zu den Gründen für die geringere Attraktivität der Allgemeinmedizin in Österreich, die zu häufigeren Wahlentscheidungen gegen die Allgemeinmedizin und für die fachärztliche Ausbildung führen (können), finden sich auch schon in älteren Untersuchungen. So wurden in einer für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführten qualitativen Erhebung bei Medizinstudierenden von diesen die fehlende Gatekeeper-Funktion der Allgemeinärztinnen/-ärzte und das zu geringe Bewusstsein in der Bevölkerung für die Leistungsfähigkeit des hausärztlichen Versorgungssystems hervorgehoben, das zu einer ungesteuerten Inanspruchnahme der niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte und der Spitalsambulanzen führt. Zudem kritisierten die Studierenden die mangelhafte Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner und das österreichische Abrechnungs- bzw. Leistungssystem, das eine kontinuierliche Patientenversorgung erschwert und zu Überweisungen an Fachärztinnen/Fachärzte führt, nur weil den Hausärztinnen/-ärzten gewisse Leistungen nicht erstattet werden. Die größte emotionale Barriere, sich für die Allgemeinmedizin zu entscheiden, ergibt sich aus dem im Vergleich zu Fachärztinnen/-ärzten geringeren Prestige der Allgemeinmedizin (siehe hierzu auch Abschnitt 8.6). (Sensor Marktforschung 2014)

Laut Poppenburg und Kollegen sind „Faktoren, die den Hausarztberuf aus Sicht der Studierenden und ÄiW attraktiv machen, am ehesten arbeitsinhaltlicher Natur und betreffen die spezifische Arbeitsweise und die Fachspezifität der Allgemeinmedizin [...]. Faktoren, die die Allgemeinmedizin unattraktiv machen, finden sich allerdings größtenteils in den Rahmenbedingungen und betreffen ein nicht facharztäquivalentes Gehalt, die zu geringe Zeit für Patienten, zu strenge Vorgaben seitens der Krankenkassen und das zugrunde liegende Abrechnungssystem. Auch die fehlende Wertschätzung gegenüber Hausärzten seitens anderer Fachkollegen und der politischen Entscheidungsträger sowie das als unattraktiv empfundene Gesundheitssystem machen den Hausarztberuf unattraktiv“. (Poppenburg et al. 2017, S. 48)

Nach einer älteren Quelle verlassen ungefähr ein Drittel der angehenden Ärztinnen und Ärzte nach dem Studium das Land bzw. sind nicht als Ärzte bei der österreichischen Ärztekammer registriert. Die Gründe hierfür sind die als unstrukturiert wahrgenommene postgraduale Ausbildung, der hohe Anteil an administrativen

Aufgaben, die im Vergleich zu anderen Ländern geringen Grundgehälter und die langen Arbeitszeiten. (Scharer & Freitag 2015)

Quoten oder Anreize wie Stipendien bei der vorzeitigen Entscheidung für eine Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner gibt es nicht und solche werden auch als wenig zielführend bewertet bzw. nicht priorisiert. (Stigler et al. 2017) Aufgrund der zunehmenden Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung von Kassenarztsitzen fördert die österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) ab dem Studienjahr 2022/23 jedoch erstmalig bis zu 50 Studierende der Humanmedizin (mindestens im dritten Studienjahr) für einen Zeitraum von bis zu 42 Monaten mit einem Stipendium in Höhe von 923 Euro monatlich. Im Gegenzug müssen sich die Studierenden verpflichten, innerhalb eines halben Jahres nach dem Abschluss ihrer allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Ausbildung (Kinder- und Jugendheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie) für mindestens fünf Jahre in einer österreichischen Bedarfsregion mit Kassenvertrag tätig zu werden. Weitere Verpflichtungen sind u. a. die Aufnahme der postpromotionellen Ausbildung spätestens innerhalb eines Jahres nach Abschluss des Studiums der Humanmedizin, die maximale Überschreitung der in der ÄAO 2015 festgelegten Mindestausbildungszeit um ein Jahr, Teilzeitausbildung allenfalls im Kontext von Schwangerschaft/Geburt bzw. Kinderbetreuung, Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit als Kassenvertragsärztin oder Kassenvertragsarzt der ÖGK innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der postpromotionellen Ausbildung. (OeAD-GmbH, o. J.)

8.4 Allgemeine Beschreibung des Systems der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Anders als in nahezu allen europäischen Ländern ist der Arzt für Allgemeinmedizin in Österreich keine Facharztbezeichnung (§ 1 Abs. 1 ÄAO). Die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung definiert die Erfordernisse für die Ausbildung in der Allgemeinmedizin und in 31 ärztlichen Fachgebieten, in denen man sich zum Facharzt ausbilden lassen kann.

Die 2015 in Kraft getretene Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO 2015)¹⁰³ regelt die mindestens 42-monatige Ausbildung (bei 6-monatiger Lehrpraxis) zur/zum Allgemeinmedizinerin/-mediziner, die nach der ärztlichen Approbation

¹⁰³ „Kern der Ärzteausbildungsreform war die Verpflichtung, nach dem Medizinstudium eine mindestens neunmonatige praktische Ausbildung (Basisausbildung) zu absolvieren, um Basiskompetenzen in chirurgischen und konservativen Fachgebieten zu erwerben. Danach müssen sich angehende Ärztinnen und Ärzte zwischen einer allgemeinmedizinischen und einer fachärztlichen Ausbildung entscheiden. Auch schon zuvor konnte direkt nach dem Studium mit der Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin oder mit einer Facharztausbildung begonnen werden. In der Praxis war es jedoch häufig so, dass vor Beginn der Facharztausbildung die gesamte oder zumindest ein Teil der allgemeinmedizinischen Ausbildung absolviert wurde. Das war mit ein Grund für die oftmals sehr lange Ausbildungszeit in Österreich.“ (Hummer et al., 2021, S. 36)

aufgenommen werden kann. Damit hat sich die Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner zu der vorher gültigen Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO 2006) um mindestens sechs Monate verlängert. Die verpflichtende Lehrpraxis im Fachgebiet Allgemeinmedizin erhöht sich stufenweise von sechs auf neun Monate für Ausbildungen ab 01.06.2022 bzw. auf zwölf Monate für Ausbildungen ab 01.06.2027, sodass sich auch die Ausbildungsdauer zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner schrittweise verlängert (§ 235 ÄrzteG). Laut § 10 der ÄAO 2015 ist die selbstständige und gewissenhafte Betreuung von Patientinnen/Patienten aller Altersstufen das Weiterbildungsziel. Hierfür werden folgende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vermittelt:

- Diagnostik und Krankenbehandlung unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten,
- medizinische Basisversorgung,
- Gesundheitsförderung,
- Vorsorge- und Nachsorgemedizin,
- Information und Kommunikation mit Patientinnen/Patienten über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen,
- Koordination medizinischer Maßnahmen,
- psychosomatische Medizin,
- Geriatrie,
- Suchttherapie,
- Schmerztherapie,
- allgemeinmedizinische Betreuung behinderter Menschen sowie
- palliativmedizinische Versorgung.

Die Ausbildungsinhalte der Allgemeinmedizin sind in der Anlage 1 der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V 2015) beschrieben.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Zu den Details unter: https://www.aerztekammer.at/de/kundmachungen/-/asset_publisher/KSydEGNV6Ajn/content/kef-und-rz-verordnung/261766?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_KSydEGNV6Ajn_assetEntryId=1003469&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_KSydEGNV6Ajn_redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fde%2Fkundma-

Die Ausbildung erfolgt in drei Stufen, die obligat nacheinander absolviert werden. Zuerst wird eine neunmonatige Basisausbildung in einem Spital absolviert. Die Basisausbildung ist keinem spezifischen Fachgebiet zugeordnet. Die Entscheidung über die Abteilung, in der die Auszubildenden ihre Basisausbildung absolvieren, wird von der ärztlichen Direktorin/vom ärztlichen Direktor des Spitals getroffen. Hier werden klinische Basiskompetenzen sowie die fachgerechte Behandlung von Notsituationen (Notfällen) erlernt. Die zukünftigen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner werden befähigt, Patientinnen/Patienten von der Aufnahme ins Spital bis zur Entlassung zu betreuen. Sie lernen die häufigsten Krankheitsbilder und die dazugehörigen Versorgungspfade der weiteren Behandlung kennen. Die Basisausbildung kann ausschließlich im Rahmen einer Anstellung in Spitälern erfolgen und besteht aus konservativen wie auch chirurgischen Ausbildungsinhalten. Die Wahl eines weiteren beliebigen Fachs (z. B. Radiologie) ist möglich. Bei den Spitälern handelt es sich um anerkannte allgemeine Krankenanstalten und Sonderanstalten. Die Basisausbildung kann auch in mehreren Spitälern erfolgen – ein Wechsel des Ausbildungsorts ist also möglich. Spätestens nach dem Abschluss der Basisausbildung müssen die Ärztinnen/Ärzte ihre Entscheidung für die Allgemeinmedizin treffen.

An die Basisausbildung schließt sich der sogenannte Spitalturnus an. Die 27-monatige Ausbildungszeit setzt sich aus den folgenden Fachrichtungen zusammen (ÄAO 2015):

- mindestens 9 Monate Innere Medizin,
- mindestens 3 Monate Kinder- und Jugendheilkunde,
- mindestens 3 Monate Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- mindestens 3 Monate Orthopädie und Traumatologie,
- mindestens 3 Monate Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie
- 2 Wahlfächer à mindestens 3 Monate (Anästhesiologie und Intensivmedizin, Augenheilkunde und Optometrie, Chirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie oder Urologie).

Neben anerkannten Spitälern ist es möglich, bestimmte Ausbildungsfächer in einer ausbildungsberechtigten Lehr(gruppen)praxis zu absolvieren.

chungen%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_KSydEGNV6Ajn%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_KSydEGNV6Ajn_cur%3D0%26p_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_KSydEGNV6Ajn_assetEntryId%3D1003469&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_KSydEGNV6Ajn_viewSingleAsset=true

Die dritte Ausbildungsphase vollzieht sich in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis, allgemeinmedizinischen Lehrgruppenpraxis oder einem für Allgemeinmedizin anerkannten Lehrambulatorium¹⁰⁵ für alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre post-promotionelle Ausbildung vor dem 01.06.2022 begonnen haben, über einen Zeitraum von 6 Monaten, bei Beginn der Ausbildung ab dem 01.06.2022 über einen Zeitraum von 9 Monaten und bei Beginn der Ausbildung ab dem 01.06.2027 über einen Zeitraum von 12 Monaten. (ÖÄK 2020a) Im Anschluss ist die Prüfung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin zu absolvieren.

Nach Expertenauskunft gibt es in Österreich keinen einheitlichen Ansatz einer Gesamtverantwortung für die praktische Planung der Ausbildungsabschnitte und Ausbildungsorte. Generell bestehen hohe Freiheitsgrade, die Ausbildungsstätten während der Ausbildungszeit nach Bedarf zu wechseln. Der Erfolgsnachweis der Ausbildung besteht aus einem oder mehreren Rasterzeugnissen. (§ 19 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung) In diesen werden die Inhalte (vermittelte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten) und die Dauer der absolvierten Fachgebiete in den einzelnen Ausbildungsphasen sowie die Erfolgsfeststellung durch die Auszubildenden der jeweiligen Spitalsabteilungen und Lehrpraxen dokumentiert.

Eine Ausbildung in Teilzeit ist möglich und verlängert die Ausbildungszeit entsprechend des Umfangs der Teilzeit. Unterbrechungen für Situationen der Pflege, Krankheit, Mutterschutz und Elternkarenz u. Ä. sind zulässig, solange sie insgesamt nicht mehr als ein Sechstel der Ausbildungszeiten in den Fachgebieten ausmachen. Während der Anstellung als Turnusärztin/-arzt sind, sofern fachlich erforderlich, zumindest ein Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsdienst pro Monat zu absolvieren.

Die österreichische Facharztausbildung dauert mit mindestens 72 Monaten erheblich länger als die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin. Nach Absolvierung der 9-monatigen Basisausbildung erfolgt hier die Sonderfach-Grundausbildung und im Anschluss eine Sonderfach-Schwerpunktausbildung.

Mit Umstellung auf die geltende Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) ist es nicht mehr möglich, Ausbildungsfächer der Allgemeinmedizin auf eine Facharztausbildung anzurechnen. Umgekehrt kann die Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung grundsätzlich formlos auf das jeweilige Fach der allgemeinmedizinischen Ausbildung angerechnet werden, vorausgesetzt, dass die Sonderfach-Grundausbildung bzw. Schwerpunktausbildung abgeschlossen ist und alle Ausbildungsinhalte bestätigt sind. (ÄKNÖ) Nach Mitteilung der Österreichischen Ärztekammer kommen aber Wechsel aus einem Sonderfach in die Ausbildung Allgemeinmedizin nur sehr selten vor. Auch nur in sehr wenigen Fällen absolvieren Fachärztinnen/-ärzte im Nachgang noch eine allgemeinmedizinische Ausbildung.

¹⁰⁵ Nach Expertenauskunft ist die Abgrenzung dieser Angebote noch nicht abschließend geklärt.

In Österreich sind nach einer längeren Vorbereitungsphase die ersten Schritte zur Implementierung des Facharztes Allgemein- und Familienmedizin eingeleitet worden. Es ist geplant, die Ausbildungszeit bis 2030 schrittweise auf fünf Jahre zu verlängern. Zukünftig soll sich an die 33-monatige Sonderfach-Grundausbildung Allgemeinmedizin (inkl. einer 6-monatigen ambulanten Phase) eine Sonderfach-Schwerpunktausbildung anschließen, die sich über 18 Monate erstreckt und im ambulanten Bereich (Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis, Lehrambulatorium oder Primärversorgungseinheit) absolviert werden soll. Darauf haben sich das Gesundheitsministerium, die Bundesländer, die Sozialversicherung sowie die Österreichische Ärztekammer einstimmig geeinigt. Weitere Gespräche zur genauen Ausgestaltung der Fachärztin/des Facharztes Allgemein- und Familienmedizin sind allerdings noch offen. (Niedenzu 2022) Nach Expertenauskunft aus dem Mai 2023 sind die Details der gesetzlichen Regelungen zur praktischen Umsetzung der Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt Allgemein- und Familienmedizin sowie der zeitliche Umsetzungsplan noch nicht fixiert.

Weiterbildende in der Lehrpraxis

Für die Anerkennung als Lehrpraxis ist ein Lehr(gruppen)praxisleiterseminar im Umfang von 12 Stunden zu absolvieren, in dem auch die Erstellung eines vorzulegenden Ausbildungskonzepts Bestandteil sein kann. Daneben ist eine mindestens vierjährige Berufserfahrung als niedergelassene/-r oder freiberufliche/-r Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin erforderlich. Diese und die weiteren Voraussetzungen für die Bewilligung von Ordinationsstätten als Lehrpraxis für die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin sind in der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung geregelt.

8.5 Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Während der Basisausbildung und dem Spitalturnus sind die angehenden Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner bei den Spitälern angestellt und erhalten von diesen ihr Gehalt. Die Finanzierung der Akutspitäler erfolgt über die Landesgesundheitsfonds der neun Bundesländer, die sich aus Pauschalbeiträgen der Sozialversicherungen und aus Steuermitteln des Bundes und der Länder speisen.

Während der Lehrpraxis-Zeit ist die Entlohnung der Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung durch den Kollektivvertrag für Angestellte bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geregelt. In der Lehrpraxis bemisst sich das Gehalt – vereinfacht ausgedrückt – an dem Gehalt, das die Ärztin/der Arzt bei fortgesetzter Anstellung in der/im zuteilenden Ausbildungsstätte/Spital erhalten hätte (bundesländerspezifisches und spitalsäquivalentes Gehalt). Nach der Sonderrichtlinie Lehrpraxisförderung für den Zeitraum von 2022 bis 2023 werden 75 % des Gehalts (Grundgehalt + Zulagen + Lohnnebenkosten + anteilige Sonderzahlungen) zu 25 % vom Bund und zu je 30 % vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern sowie zu 15 % von der/vom Lehr(gruppen)praxisinhaber/-in als Eigenleistung übernommen, u. a. da die Leistungen der ÄiW zu normalen Tarifen mit den Krankenkassen verrechenbar sind. Die Bezüge für eine (allfällige) Beschäftigung beim

Dienstgeber neben der Absolvierung der Lehrpraxis (Dienste) sind vom Dienstgeber selbst zu entrichten. (Sozialministerium 2021) Mit diesem Gehaltsanteil werden höchstens 30 Wochenstunden in der Lehrpraxis abgegolten. „In den meisten Fällen wird darüber hinaus mit dem Krankenhaus die Absolvierung der restlichen 10 Wochenstunden (d. h. auf Vollzeit 40 Stunden) im Rahmen der Normalarbeitszeit bzw. im Rahmen von Nachtdiensten vereinbart.“ (Ärzttekammer Salzburg 2018) Welches Landes-Gehalts- und Zulagenschema anzuwenden ist, richtet sich danach, in welchem Bundesland die Lehr(gruppen)praxis ihren Berufssitz hat bzw. der Dienstort gelegen ist (siehe § 13 Kollektivvertrag – Sozialministerium 2016).

Die Sonderrichtlinie Lehrpraxisförderung für den Zeitraum von 2022 bis 2023 erlaubt zwei Varianten der Anstellung in der Lehrpraxis-Zeit (Sozialministerium 2021):

- Die/Der angehende Allgemeinmediziner/-in bleibt in der Krankenanstalt angestellt und wird einer Lehrpraxis zugeteilt.
- Die/Der Allgemeinmediziner/-in ist direkt in der Lehr(gruppen)praxis angestellt.

Die Finanzierung der Lehrpraxen für angehende Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner wurde bis zum Jahr 2018 vom Bund getragen. Nachdem die sechsmonatige Lehrpraxis für alle unter die neue Ausbildungsordnung fallenden Ärztinnen und Ärzte verpflichtend wurde, wurde eine Kostenteilung unter den oben benannten Finanzierungsträgern geregelt, wobei der Kostenanteil der Lehrpraxen zunächst bei 10 % lag. (Niedenzu 2018) Der Lehrpraxis-Gesamtvertrag regelt insbesondere Art, Umfang und Grundsätze der Verrechnung jener Leistungen, die von den ÄiW für Vertragsärztinnen/-ärzte und Vertragsgruppenpraxen auf Kosten der Krankenversicherungsträger erbracht werden können. Nach diesem Vertrag erfolgt die Honorierung der in der Lehrpraxis erbrachten Leistungen nach der für das jeweilige Fachgebiet geltenden, gesamtvertraglichen Honorarordnung des jeweiligen Krankenversicherungsträgers. Über die Thematik der Leistungsausweitungen durch den Einsatz von Lehrpraktikantinnen/-praktikanten in Lehrpraxen/Lehrgruppenpraxen können zwischen den jeweiligen Krankenversicherungsträgern und den Landesärztekammern bzw. der Österreichischen Ärztekammer gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden (gemäß § 342b ASVG).

Während der Weiterbildung werden sowohl angehende Allgemeinmediziner/-innen wie Fachärztinnen/-ärzte in der gleichen Tarifgruppe vergütet; je nach Gehaltsstufe (1 bis 15) ergibt dies ein Bruttogehalt von 3.562,90 bis 4.827,50 Euro. Im ersten Jahr der Basisausbildung liegt das Bruttogehalt bei ca. 50.000 Euro brutto im ersten Jahr bei öffentlichen Spitälern, 47.583 Euro bei Ordensspitälern und 54.479 Euro an den Universitätskliniken. Dazu kommen können variable Gehaltsbestandteile für Nacht- und Wochenenddienste, Überstundenvergütungen, Gefahrenzulagen etc. (nextdoc 2023)

8.6 Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

Ein wichtiger Aspekt der Förderung der Ausbildung in der Allgemeinmedizin ist die erreichte Sicherstellung der Zahlung eines spitalsäquivalenten Gehalts während der Zeit der Lehrpraxis (vgl. Abschnitt 8.5). Ein weiteres wichtiges Element stellen die Planungen zur Einführung der Fachärztin/des Facharztes für Allgemein- und Familienmedizin dar (vgl. Abschnitt 8.4). Die mit dem Primärversorgungsgesetz ergriffene Initiative zur Stärkung der strukturierten Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen im Rahmen der Primärversorgungseinheiten soll auch einen Beitrag dazu leisten, die Allgemeinmedizin innerhalb der Ärzteschaft aufzuwerten und zu attraktivieren (vgl. Abschnitt 8.1.2).

Die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) hat im Jahr 2018 in Zusammenarbeit mit der Bundessektion der Österreichischen Ärztekammer und mit Unterstützung der universitären Einrichtungen für Allgemeinmedizin Österreichs und der Jungen Allgemeinmedizin Österreich den Masterplan Allgemeinmedizin erstellt. Dieser beschreibt eine Vielzahl von Maßnahmen, deren Umsetzung einen Beitrag dazu leisten würde, dem Mangel an Allgemeinärztinnen/-ärzten entgegenzuwirken. Auch die Österreichische Qualitätsinitiative Allgemeinmedizin setzt sich für eine Verbesserung der Ausbildung ein, um die Allgemeinmedizin attraktiv und zukunftsfähig zu gestalten. Die Hauptziele der Initiative sind die Steigerung der Attraktivität des Berufs „Hausärztin/Hausarzt“ im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, eine verbesserte Ausbildung im Spital und in der Lehrpraxis, die Ergänzung der Ausbildungsinhalte um Seminare, Mentoring und Portfolioaufgaben sowie die Nachbesetzung von Ordinaten. (Sönnichsen & de la Cruz Gomez Pellin 2018)

Der Masterplan Allgemeinmedizin aus dem Jahr 2018 (Rabady et al. 2018) stellt für unsere Untersuchung insbesondere auch deshalb eine wichtige Informationsquelle dar, weil in ihm eine Vielzahl an konkreten Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung formuliert sind und bezüglich derer insofern (noch) nicht von einer (flächendeckenden) Umsetzung in Österreich ausgegangen werden kann. Diese Einschätzung wurde in den mit Expertinnen und Experten geführten Interviews bestätigt. Eine Aktualisierung des Masterplans, um den Umsetzungsfortschritt seit dem Jahr 2018 zu monitoren, konnte nach Expertenauskunft aus Ressourcengründen nicht erfolgen.

Eine zentrale Forderung des Masterplans Allgemeinmedizin besteht in der flächendeckenden Etablierung eigenständiger und personell sowie finanziell ausreichend ausgestatteter Institute/Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin an allen österreichischen Universitäten (Maßnahme M1/1.1) (Rabady et al. 2018), u. a. auch, um eine longitudinale Begleitung und Qualität der Lehre sicherzustellen. Nach Expertenauskunft sind inzwischen an allen Universitäten Instituten/Abteilungen für Allgemein- und Familienmedizin eingerichtet, die auch untereinander vernetzt sind.

Eine Maßnahme des Masterplans Allgemeinmedizin (Maßnahme: M2/2.1 – Kompetenzzentren Weiterbildung – Ausbildungsverbünde) zielt darauf ab, den Ärztinnen/Ärzten in der (Fach-)Ausbildung für Allgemeinmedizin eine verbindliche, zentral organisierte Ausbildung zur Verfügung zu stellen, die eine Ausbildungsmöglichkeit in Anbindung an die universitäre Allgemeinmedizin und ein kontinuierliches Mentoring gewährleistet (zum Mentoring vgl. auch den nächsten Absatz). (Rabady et al. 2018) Aus der Etablierung von Kompetenzzentren/Ausbildungsverbänden werden ausbildungsrelevante Vorteile (bspw. eine Ansprechperson für die gesamte Weiterbildungszeit) und ein reibungsloserer Ablauf der Ausbildung (bspw. Rotation ohne Stehzeiten) mit entsprechenden positiven Auswirkungen auf die Ausbildungsdauer in Mindestzeit und einem resultierenden rascheren Übertritt in die Niederlassung erwartet. Nach Expertenauskunft sind solche Ansätze/Programme erst in einigen Bundesländern etabliert worden.

Eine spezifische Maßnahme des Masterplans Allgemeinmedizin (Maßnahme: M2/2.2 – Mentoring) bezieht sich auf ein die Ausbildungszeit begleitendes Mentoring. (Rabady et al. 2018) Während der gesamten postuniversitären Ausbildungszeit (Basisausbildung, Spitalsturnus, Lehrpraxis) sollen die angehenden Allgemeinmediziner/-innen durch Mentorinnen/Mentoren begleitet werden. Die Mentorinnen und Mentoren sollen erfahrene und engagierte niedergelassene Allgemeinmediziner/-innen sein. Im Rahmen regelmäßiger Treffen soll in kleinen Gruppen von maximal vier Personen pro Mentorin/Mentor oder auch im Einzelmentoring gearbeitet werden. Ziel der Treffen soll die Förderung der professionellen Entwicklung, die Identifikation als Allgemeinmediziner/-in und der Abbau von Unsicherheit vor einer möglichen Niederlassung sein. Der Masterplan fordert, dass Mentoring-Programme bundesweit fixer Bestandteil der Ausbildung werden sollten. Nach Expertenauskunft sind solche Ansätze/Programme erst in einigen Bundesländern etabliert worden.

Des Weiteren wird im Masterplan die Einführung tatsächlich berufsvorbereitender und primärversorgungsrelevanter Begleitseminare gefordert (Maßnahme: M2/2.3 – Begleitseminare in der Ausbildung). (Rabady et al. 2018) Diese Seminare sollen speziell primärversorgungsrelevante Inhalte (z. B. Vorsorgeuntersuchung, Mutter-Kind-Pass, öffentliches Gesundheitswesen, häufige Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizin, evidenzbasiertes Handeln im Spannungsfeld von Individualität, ärztlicher Ethik bei Entscheidungsfindungen, optimaler Ressourcennutzung, Organisationsmanagement) thematisieren. Sie bieten ein Fundament und sind Vorbereitung auf die spätere allgemeinmedizinische Tätigkeit. Nach Expertenauskunft sind solche Ansätze/Programme erst in einigen Bundesländern etabliert worden.

Vorbildprojekt ist das von der Ärztekammer für Salzburg gemeinsam mit dem Land Salzburg und den Ausbildungsstättenträgern sowie der Österreichischen Gesundheitskasse entwickelte Projekt SIA („Salzburger Initiative Allgemeinmedizin“). Zum Ausbildungsmodell Allgemeinmedizin in Salzburg gehören die Lehrpraxen, Mentoring, ein Begleitlehrgang des Landes Salzburg sowie ein Begleitlehrgang Allgemein-

medizin der Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Bereits vor zehn Jahren begann an der Paracelsus Universität Salzburg in Zusammenarbeit mit der Salzburger Gesellschaft für Allgemeinmedizin und der Salzburger Ärztekammer die Zusammenarbeit zur Verbesserung der postgraduellen Ausbildung Allgemeinmedizin. Eine unveröffentlichte Evaluation der Salzburger Initiative Allgemeinmedizin fällt sowohl vonseiten der Teilnehmenden als auch seitens der Lehrärzte positiv aus. Über die Hälfte der Absolventinnen/Absolventen übernahmen eine allgemeinmedizinische Ordination bzw. haben dies vor. 20 % können sich vorstellen, in einer Einzelpraxis zu arbeiten. (Sönnichsen & de la Cruz Gomez Pellin 2018)

Der Masterplan Allgemeinmedizin sieht es auch als erforderlich an, die inhaltliche Struktur der Ausbildung in der Allgemeinmedizin im stationären Bereich zu verbessern und die Qualitätssicherung der Ausbildung weiterzuentwickeln (Maßnahme: M2/2.4 – Qualitätssicherung der intramuralen Ausbildung). (Rabady et al. 2018) Für die im Spitalsturnus so zu absolvierenden einzelnen Fächer sollten allgemeinmedizinische Arbeitspakete definiert und der Fortschritt monatlich evaluiert werden.

Um einen nahtlosen Übergang aus dem Studium in die Weiterbildung Allgemeinmedizin zu unterstützen, fordert der Masterplan Allgemeinmedizin „eine kontinuierliche praktische Auseinandersetzung der Studierenden mit der hausärztlichen Allgemeinmedizin“ (Rabady et al. S. 2). Um die Kontinuität zu gewährleisten, sind während des klinisch-praktischen Jahres Praktika in der Allgemeinmedizin, gute Lehre an universitären Instituten der Allgemeinmedizin, Mentoren-Programme und allgemeinmedizinische Diplomarbeiten notwendig. „Positive praktische allgemeinmedizinische Erfahrungen führen nachweislich zu einem signifikant höheren Interesse am hausärztlichen Beruf.“ (ebd., S. 2)

In einer Presseinformation aus dem Mai 2023 unterstreicht die ÖÄK ihre Forderung, dass an jeder Abteilung, an der Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, mindestens eine Ausbildungsoberrätin/ein Ausbildungsoberrarzt eingesetzt werden müsse, was noch nicht in jedem Fall gewährleistet sei, und dass die personellen und auch zeitlichen Ressourcen für die Ausbildung drastisch erhöht werden müssten. (ÖÄK 2023c)

8.7 „Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können

8.7.1 Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin

Eine Befragung von Poppenburg und Kollegen aus dem Jahr 2017 zeigt, dass sowohl Medizinstudierende als auch ÄiW mehrheitlich als selbstständige Ärztinnen/Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten möchten. Diese Befragung ergab, dass die Niederlassung besonders durch die ÄiW attraktiver als eine Beschäftigung im Krankenhaus bewertet wird. Eine Anstellung können sich weniger als ein Drittel

der Befragten vorstellen. Gut die Hälfte der Befragten findet den Hausarztberuf aufgrund der Arbeitszeiten und der flexiblen Zeiteinteilung sowie der Vereinbarkeit von Familie und Beruf attraktiv. (Poppenburg et al. 2017)

Die „neue Primärversorgung“ setzt an einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Allgemeinmediziner/-innen an und zielt durch die Primärversorgungseinheiten (PVE) auf Vorteile für die Ärztinnen/Ärzte durch geregelte Arbeitszeiten und eine bessere Balance zwischen Beruf und Familie. Ärztinnen und Ärzte, die bereits an PVE arbeiten, „berichten von einer hohen Arbeitszufriedenheit, verbesserten Arbeitsbedingungen und einer höheren Lebensqualität im Vergleich zur Arbeit in einer Einzelpraxis oder einem Spital“. (Franczukowska 2020, S. 470) Daneben erweitern die PVE gezielt die Möglichkeit, mit weiteren Ärzten und Gesundheitsfachberufen eng zusammenzuarbeiten bzw. fordern dies ein. Strukturell können sich hierbei Einzelpraxen zusammenschließen und als gleichberechtigte Partner/-innen in einer Gruppenpraxis (als OG oder GmbH) bzw. selbstständiges Ambulatorium zusammenarbeiten. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) Alternativ können die Allgemeinmediziner/-innen als Angestellte in einem Gesundheitszentrum tätig werden. Auch die Gründung eines standortübergreifenden Netzwerks als Gruppenpraxis, Verein oder Genossenschaft ist möglich (vgl. auch Abschnitt 8.1.2). (Sozialministerium 2022)

8.7.2 Verdienstmöglichkeiten

Laut Tarifvertrag der Ärztekammer Oberösterreich (2022) erhalten im Spital tätige Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner nach dem Abschluss ihrer Ausbildung mit 3.819 bis maximal 5.211 Euro weniger Gehalt als Fachärzte. Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner mit spezifischen Kenntnissen verdienen nach mindestens zehnjähriger krankenhausspezifischer Tätigkeit maximal 6.030 Euro. Eine ausgebildete Fachärztin/ein ausgebildeter Facharzt erhält im Spital zwischen 4.747 und 6.511 Euro. Ein Fachärztin/-arzt mit spezifischen Kenntnissen verdient nach mindestens fünfjähriger krankenhausspezifischer Tätigkeit im Sonderfach maximal 7.449 Euro. Die Fix-Gehälter können sich durch variable Gehaltsbestandteile deutlich erhöhen.

Die Angaben zu den Gehältern niedergelassener Allgemeinärztinnen/-ärzte fallen in den gesichteten Quellen unterschiedlich aus. In der Antwort auf eine parlamentarische Anfrage der SPÖ-Bundesräte aus dem Jahr 2022 gab der Gesundheitsminister die Auskunft, dass das Jahreseinkommen vor Steuern für Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag im Durchschnitt bei 150.000 Euro nach Abzug aller Praxiskosten und Sozialversicherungsbeiträge liegt. (Ettinger 2022) Vergleichbare Angaben zu den Gehältern niedergelassener Fachärztinnen und -ärzte konnten für Österreich nicht gefunden werden. Allerdings zeigen Befragungsdaten, dass bereits Studierende und junge Ärzte die Gehaltsunterschiede zwischen den Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen und den Fachärztinnen/-ärzten wahrnehmen

und die Gehälter in der Allgemeinmedizin als niedriger bewerten. (Poppenburg et al. 2017; Hofer 2012)

8.7.3 Ansehen/Reputation der Allgemeinmedizin

In der Befragung von Poppenburg und Kollegen aus dem Jahr 2017 sind mehr als drei Viertel der Studierenden und ÄiW (aller Fachgebiete) der Überzeugung, dass die Allgemeinmedizin bei Patientinnen/Patienten ein hohes Ansehen besitzt. Weniger als 10 % glauben dies von Kolleginnen/Kollegen der anderen Fachrichtungen oder von den politischen Entscheidungsträgerinnen/-trägern. Über die Hälfte der Studierenden (58 %) und knapp die Hälfte der ÄiW (47 %) sind der Ansicht, dass Allgemeinmediziner/-innen in der Gesellschaft ein hohes Ansehen haben. (Poppenburg et al. 2017) Eine der Intentionen des Primärversorgungsgesetzes besteht darin, dass Ansehen der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner zu stärken, indem sie eine zentralere Rolle in der kontinuierlichen und koordinierten Patientenversorgung einnehmen und diese in multiprofessionellen Teams umsetzen können.

Bezüglich der Zufriedenheit der Österreicherinnen und Österreicher mit der ambulanten hausärztlichen und der ambulanten fachärztlichen Versorgung zeigen sich in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 kaum Unterschiede. 88,2 % der Befragten zeigten sich mit der medizinischen Versorgung in Österreich bei Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin sehr oder eher zufrieden (darunter 61,4 % sehr zufrieden). Mit der medizinischen Versorgung bei Fachärztinnen/Fachärzten lag die Zufriedenheit bei 85,5 % (darunter 51,5 % sehr zufrieden). (Statistik Austria 2019)

Danksagung

Wir danken folgenden Expertinnen und Experten für wertvolle Ratschläge:

- Frau Dr. Susanne Rabady, Präsidentin der ÖGAM (Interview am 28.04.2023)
- Herrn Dr. Richard Brodnig, Obmann der JAMÖ (Interview am 09.05.2023)
- Herrn Dr. Christoph Steinacker, Abteilungsleiter Bundeskurie Angestellte Ärzte bei der Österreichischen Ärztekammer (Schriftliche Beantwortung von Fragen am 13.07.2023)
- Herrn Dr. Martin Sprenger, Head of the Postgraduate Public Health Program der Medical University of Graz (Schriftliche Hinweise zum Länderdossier Anfang November 2023)

9. Anhang 5: Länderdossier Schweiz

9.1 Das Gesundheitssystem in der Schweiz

9.1.1 Allgemeiner Aufbau des Gesundheitssystems

Zum Ende des Jahres 2021 lebten in der Schweiz auf die 26 Kantone verteilt rund 8,74 Mio. Einwohner/-innen und damit fast 800.000 mehr als noch im Jahr 2011. Der Föderalismus und die Subsidiarität sind in der Schweiz stark ausgeprägt, sodass die Kantone und deren Gemeinden einen vergleichsweise hohen Grad an Autonomie besitzen. Eine der Besonderheiten des politischen Systems der Schweiz ist die direkte Demokratie, die es den Bürgerinnen und Bürgern ab 18 Jahren ermöglicht, über Entscheidungen des Bundesparlaments abzustimmen und Verfassungsänderungen vorzuschlagen (Volksinitiative). Drei- bis viermal jährlich finden Volksabstimmungen statt, bei denen das Stimmvolk über Sachfragen bestimmen kann.

Das Schweizer Gesundheitssystem wird in einer Vielzahl von Quellen als (organisatorisch) komplex beschrieben und ist – wie das politische System – föderalistisch gestaltet. Vom Bund, den Kantonen und den Gemeinden werden verschiedene Teilaufgaben übernommen. Auf der Bundesebene werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für einzelne Themen wie Pflichtversicherungen oder die Ausbildung bzw. Akkreditierung des (medizinischen) Fachpersonals festgelegt. Für die Gesundheitsversorgung selbst sind prinzipiell die 26 einzelnen Schweizer Kantone verantwortlich. Ihnen obliegt u. a. die Planung und Steuerung der Leistungen der Spitäler, der Langzeitpflege und der Notfallsysteme, die Zulassungssteuerung auch der ambulanten medizinischen Leistungserbringer, die Genehmigung und die Festsetzung von Tarifen. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), in der die zuständigen Regierungsmitglieder der Kantone vereinigt sind, dient der Koordination der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und dem Bund sowie den wichtigen Organisationen im Gesundheitswesen. In der Schweiz gibt es keine Ärztekammern. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (Foederatio Medicorum Helveticorum – FMH) ist der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte und der Dachverband von über 70 Ärzteorganisationen.

Einen wichtigen Meilenstein auf dem Weg zum heutigen System stellte das im Jahr 1996 in Kraft getretene neue Krankenversicherungsgesetz dar, mit dem u. a. die obligatorische Grundversicherung auf nationaler Ebene eingeführt und ein durch die Kassen zu erfüllender Leistungskatalog festgelegt wurde. (BSV 2020) Die Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz haben bis auf Ausnahmefälle obligatorisch eine Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung – OKP) abzuschließen. Für diese kann eine beliebige private Krankenversicherung gewählt werden, die zur Versicherung der Antragstellenden verpflichtet ist. Die Bewilligung und die Aufsicht über die Versicherer (und auch die Genehmigung der Prämien) wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) ausgeübt. Über die im Rahmen der Grundversicherung hinausgehende Leistungen können von den Schweizerinnen

und Schweizern über private Zusatzversicherungen (bspw. für Zahnbehandlungen) abgedeckt werden. Die Prämie für die Grundversicherung tragen die Versicherten üblicherweise selbst. Diese unterscheidet sich nach Alter und Geschlecht und zudem nach dem Wohnort (vom Bund festgelegte Prämienregionen). Mit Ausnahme von Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren gilt in der Grundversicherung eine Franchise von 300 Schweizer Franken (CHF) pro Jahr, in deren Höhe die Behandlungskosten von den Versicherten selbst zu übernehmen sind. Die Franchise kann optional bis auf 2.500 CHF erhöht werden, wobei eine Erhöhung mit einer Prämienreduktion einhergeht. Zusätzlich zur Franchise müssen die Schweizer einen Selbstbehalt von 10 % der (die Franchise übersteigenden) Behandlungskosten bis zu einer maximalen Höhe von 700 CHF (Kinder 350 CHF) tragen. Personen und Familien in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen können eine Prämienverbiligung beantragen.

Für den Bereich der obligatorischen Krankenversicherung wurde im Jahr 2004 die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen in Arztpraxen und Spitälern mit einem Einzelleistungstarif (TARMED; „tarif médical“) eingeführt. Durch ihn wurden die kantonal unterschiedlichen Arzttarife ersetzt. Der TARMED umfasst insgesamt etwa 4.500 Tarifpositionen mit jeweiligen Bewertungen der ärztlichen Leistungen und der technischen Leistungen (Infrastruktur) in Form von Taxpunkten, die anhand der Kosten einer bestimmten Leistung berechnet werden. Trotz einheitlicher Tarifstruktur kann der Taxpunktwert (in CHF) auf kantonaler Ebene unterschiedlich ausfallen, da er dort von den Tarifpartnern verhandelt wird und von den zuständigen kantonalen Behörden zu genehmigen ist. (BAG 2017). In einem bereits länger laufenden Prozess wird eine Revision des TARMED angestrebt, wofür der Bundesrat die zu erfüllenden Rahmenbedingungen vorgegeben hat. Die Entwicklung einer genehmigungsfähigen revidierten Tarifstruktur liegt bei den Tarifpartnern. In einem weiteren Revisionsprojekt geht es darum, eine einheitlich und gesamtschweizerisch vereinbarte Tarifstruktur für auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife zu entwickeln. Sofern von den Tarifpartnern vereinbart, haben Pauschalen Vorrang vor Einzelleistungstarifstrukturen. (BAG 2023)

In der Schweiz sind die Versicherten in ihrer Wahlentscheidung für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich frei. Auch für den Besuch einer niedergelassenen Spezialfachärztin/eines Spezialfacharztes ist keine Überweisung einer Hausärztin/eines Hausarztes erforderlich. Versicherte können ihre freie Arztwahl durch eine Einschreibung in ein Hausarztmodell, eine Health-Maintenance-Organization (HMO) oder in ein Telemed-Modell (Erstkontakt immer über eine telefonische, medizinische Beratungsstelle, die die weiteren Schritte koordiniert) aufgeben und im Gegenzug Prämienvergünstigungen erlangen. In diesen Modellen wird (außer in Notfällen) ein Gatekeeping-Ansatz verfolgt. Etwa 70 % der Versicherten haben sich für ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers, z. B. ein Hausarztmodell, entschieden. (BAG 2020a)

Ein wesentlicher Unterschied des Schweizer Systems zu anderen Ländern ist, dass die Ärztinnen und Ärzte (in einem angemessenen Rahmen) die tatsächlich für die

einzelne Patientin/den einzelnen Patienten aufgewendete Behandlungszeit auch abrechnen können und diese auch honoriert wird. Das Behandlungsbudget ist nicht grundsätzlich eingeschränkt. Nach Experteneinschätzung trägt es maßgeblich zur Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit in der Schweiz bei, dass sich die Hausärztinnen/-ärzte den einzelnen Patientinnen und Patienten mit der aus ärztlicher Sicht tatsächlich erforderlichen zeitlichen Intensität ohne Vergütungsnachteile widmen können.

Im Mai 2014 wurde der Artikel 117a (Medizinische Grundversorgung) nach einer Volksabstimmung neu in die Bundesverfassung aufgenommen.¹⁰⁶ (Schweizer Bundesversammlung 2014) Ausgangspunkt war die Vorlage einer vom Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz getragenen Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“, die auf den Erhalt und die Förderung der Hausarztmedizin als wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung und als in der Regel erste Anlaufstelle für die Behandlung von Krankheiten sowie Fragen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsvorsorge ausgerichtet war. Die Initiative umfasste Forderungen an den Bund, die sich auf die universitäre Ausbildung und die berufliche Weiterbildung, eine Erleichterung der Berufsausübung, die Erweiterung und angemessene Abgeltung der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Leistungen der Hausarztmedizin, die Anerkennung und Aufwertung der besonderen beratenden und koordinierenden Tätigkeiten sowie administrative Vereinfachungen und zeitgemäße Formen der Berufsausübung bezogen. (Schweizer Bundesversammlung, 2011) Dieser Vorlage wurde ein direkter Gegenentwurf der Bundesversammlung gegenübergestellt (vgl. die o. g. Fußnote), der in einer Volksabstimmung mit deutlicher Mehrheit bejaht, auch von den Ständen angenommen wurde und im Jahr 2014 als Artikel 117a in die Bundesverfassung aufgenommen wurde.

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Kostenabbremung hat der Bundesrat im August 2020 ein Maßnahmenpaket beschlossen. Unter den Maßnahmen findet sich die Etablierung von Erstberatungsstellen. Dem Ansatz nach sollen sich alle Schweizerinnen und Schweizer für eine Erstberatungsstelle entscheiden, an die sie sich bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden. Im Bedarfsfall werden von den Erstberatungsstellen Beratungen und Behandlungen durchgeführt oder Weiterverweise an spezialisierte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. (BAG 2020b) Als Leistungserbringer der Erstberatungsstelle waren insbesondere Hausärztinnen/-ärzte, Gruppenpraxen oder telemedizinische Zentren vorgesehen. Die Erstberatung sollte – unabhängig von der Art der Erstberatungsstelle – durch

¹⁰⁶ „Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung.“

Der Bund erlässt Vorschriften über:

- a. die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe;
 - b. die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin.“ (Schweizer Bundesversammlung 2014, S. 1)
-

Ärztinnen/Ärzte mit dem Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin oder praktische Ärztin oder praktischer Arzt geführt werden. (BAG 2020a) Der Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) lehnte es jedoch ab, dass die Inanspruchnahme einer Erstberatungsstelle – von Ausnahmefällen abgesehen – ganz generell verpflichtend gemacht werden soll, sondern betonte die Freiwilligkeit dieser Entscheidung durch die Versicherten über ihre Wahlentscheidung für Hausarzt- und verwandte Modelle. (Hügli 2020)

Das Schweizer Gesundheitssystem ist durch eine große Abhängigkeit von Fachkräften geprägt, die in anderen Ländern ausgebildet worden sind und nachfolgend in der Schweiz tätig sind. Es wurden und werden auch zu wenige Ärztinnen und Ärzte im Land selbst ausgebildet, um den eigenen Bedarf zu decken. Kompensiert wird die Ärztelücke, indem in einem hohen Umfang ausländische Ärztinnen und Ärzte rekrutiert werden. So stammten im Jahr 2022 39,5 % aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland bzw. besitzen ein ausländisches Diplom und damit 1,1 %P mehr als noch im Jahr 2021. Mehr als die Hälfte dieser Fachkräfte mit einem ausländischen ärztlichen Diplom stammt aus Deutschland. (Hostettler & Kraft 2023)

Es besteht ein breiter gesellschaftlicher und politischer Konsens, dass die Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin derart ausgeweitet werden sollen, dass jährlich 1.200 bis 1.300 Masterabschlüsse pro Jahr erreicht werden können. (BAG 2016) Zur Realisierung wurde ein anreizorientiertes Sonderprogramm (Sonderprogramm Humanmedizin) initiiert und mit einer projektorientierten Sonderfinanzierung unterlegt, mittels derer in Koordination zwischen Bund, Kantonen und universitären Hochschulen eine Ausweitung der Zahl der Studienplätze realisiert werden soll. (SBFI o. J.) Ziel ist es, den Zugang zum Medizinstudium in der Schweiz zu erweitern und die starke Abhängigkeit von Ärztinnen und Ärzten mit ausländischem Diplom zu verringern.

9.1.2 Die hausärztliche Versorgung

Bei den Hausärztinnen und Hausärzten handelt es sich in der Schweiz zumeist um Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin, in dem die Gebiete Allgemeinmedizin und Innere Medizin zusammengeführt sind. In der hausärztlichen Versorgung sind zudem praktische Ärztinnen und Ärzte tätig, die ihren Titel nach dreijähriger Weiterbildung und bestandener Prüfung verliehen bekommen haben (kein Facharztstitel). Praktische Ärztinnen und Ärzte dürfen Patienten in einer eigenen Praxis oder in einem Anstellungsverhältnis eigenverantwortlich behandeln.

Der Versorgungsauftrag der Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin umfasst das gesamte Spektrum von der präventiven über die akute bis zur palliativen Medizin. Die Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin sind in der ambulanten Versorgung die erste Ansprechperson, Vertrauensperson und Interessenvertreter/-in ihrer Patientinnen und Patienten und stellen den niedrigschwelligen Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitswesen sicher. (SIWF 2022a)

Nach einer Untersuchung des Instituts für Hausarztmedizin Zürich aus dem Jahr 2015 können Hausärztinnen/-ärzte und Kinderärztinnen/-ärzte 94,3 % der Gesundheitsprobleme ihrer Patientinnen und Patienten selbst lösen, das heißt ohne weitere Überweisung an andere Fachspezialistinnen/-spezialisten. (Tandjung et al. 2015) Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit liegt (ohne Bereitschaftsdienste bei 46,6 Stunden und die durchschnittliche Konsultationsdauer bei 19,6 Minuten). Der Anteil der Hausarztmedizin an den gesamten Gesundheitsausgaben belief sich auf 7,9 %. (Obsan 2016)

Einzelne Untersuchungen weisen darauf hin, dass – zumindest in bestimmten Regionen der Schweiz – eine Unterversorgungssituation in der Hausarztmedizin besteht. So gaben 26,1 % der Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin und 15,9 % der Praktischen Ärztinnen/-ärzte an, keine neuen Patientinnen/Patienten (mehr) aufzunehmen. (Pahud 2019) In der Workforce-Studie des Kantons Bern gaben etwa 14 % der befragten Hausärztinnen/-ärzte einen vollständigen und etwa 46 % einen teilweisen Aufnahmestopp für neue Patientinnen und Patienten an. (Stierli et al. 2021)

Aus der Statistik der FMH zu den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten geht hervor, dass etwa 20 % der Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin im Jahr 2022 65 Jahre oder älter waren. Weitere ca. 14 % waren in einem Alter zwischen 60 und 64 Jahren und ca. 15 % in einem Alter zwischen 55 und 59 Jahren. (FMH-Generalsekretariat 2022). In einer im Jahr 2022 vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) vorgelegten Untersuchung wird davon ausgegangen, dass zwischen 2018 und 2030 etwa 56 % der in der Hausarztmedizin in Praxen beschäftigten Ärztinnen und Ärzten aus der Versorgung austreten werden (in Vollzeitäquivalenten berechnet).¹⁰⁷ (Burla et al. 2022) Etwa 32 % der 55- bis 64-jährigen in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte¹⁰⁸ gaben in einer im Jahr 2022 durchgeführten Befragung an, dass sie in den kommenden ein bis drei Jahren aus Gründen wie Ruhestand oder einer beruflichen Veränderung keine Patientinnen und Patienten mehr regelmäßig behandeln werden (65-Jährige und Ältere: ca. 73 %). 49 % der 60- bis 64-jährigen Ärztinnen und Ärzte beabsichtigen, mit 65 Jahren mit der Arbeit aufzuhören. (Pahud & Dorn 2023).

Die Versorgungsdichte mit Fachärztinnen/-ärzten für Allgemeine Innere Medizin und mit Praktischen Ärztinnen/Ärzten unterscheidet sich zwischen den Kantonen zum Teil erheblich. Sie lag im Jahr 2021 zwischen einer berufstätigen Ärztin/einem berufstätigen Arzt je 751 Einwohnerinnen/Einwohnern (Kanton Basel-Stadt) und

¹⁰⁷ Als durchschnittliches Arbeitspensum wurden für Hausärztinnen und Hausärzte mit Titel AIM 64 % bei den Frauen und 81 % bei den Männern berechnet und bei den praktischen Ärztinnen und Ärzten 67 % (Frauen) bzw. 76 % (Männer).

¹⁰⁸ Die Stichprobe von Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung, die in die Befragung einbezogen wurden, setzte sich zusammen aus Ärztinnen und Ärzten mit folgenden Facharzttiteln: Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin.

1.636 Einwohnerinnen/Einwohnern (Kanton Appenzell Innerrhoden) (Durchschnitt eine Ärztin/Arzt je 1.186 Einwohner/-innen). (FMH-Generalsekretariat 2022)

In dem vom Obsan und dem Gremium „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“ im Jahr 2022 vorgelegten Schlussbericht zum zukünftigen Bestand und Bedarf an Fachärztinnen/-ärzten in der Schweiz wird für die Hausarztmedizin geschlossen, dass der Bedarf in der Hausarztmedizin auch zukünftig nicht ohne ausländische Ärztinnen und Ärzte gedeckt werden kann. Eine Verminderung des Bedarfs an eingewanderten Fachärztinnen und Fachärzten könne sich ergeben, wenn es zu einer vermehrten Steuerung in dem Sinne käme, dass Ärztinnen und Ärzte das angestrebte Fachgebiet schon zu Beginn ihrer Weiterbildung festlegen müssten und/oder eine (weitere) Attraktivierung der Hausarztmedizin erreicht würde. Die geringste Steigerung des Bedarfs an Hausärztinnen und Hausärzten wurde in einem als „Systemwechsel“ bezeichneten Szenario ermittelt. Dabei wird in einer Simulationsrechnung veranschaulicht, „... welchen Einfluss eine verstärkte Übernahme bestimmter Leistungen durch andere Berufsgruppen (Task-Shifting) sowie die Automatisierung von Aufgaben im Rahmen der Digitalisierung auf die Prognosen hätte. Ein solcher Systemwechsel würde u. a. bedingen, dass genügend Fachpersonen zur Verfügung stehen (und ausgebildet werden), die gewisse ehemals ärztliche Arbeiten übernehmen können, wie Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten (MPA), Medizinische Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren sowie spezialisierte Pflegefachpersonen (z. B. Advanced Practice Nurses APN). Damit diese anderen Berufe Aufgaben übernehmen können, müssten entsprechende Kompetenzprofile sowie die Abrechnungsmöglichkeiten vorhanden sein.“ (Burla et al. 2022, S. 38)

Eine im Jahr 2017 unter Studierenden der Humanmedizin im 6. Studienjahr (Genf: 5. Studienjahr) durchgeführte Befragung ergab, dass sich 19 % der Befragten mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit für die Hausarztmedizin entscheiden werden. Weitere 42 % der Befragten gaben an, die Hausarztmedizin als interessante Option zu erachten, 15 % waren unentschlossen und nur etwa ein Viertel hatte sich bereits entschlossen, nicht die hausärztliche Laufbahn einzuschlagen. Die Autoren interpretieren diese Ergebnisse positiv, zumal ältere Untersuchungen ein deutlich geringeres Interesse an der Hausarztmedizin ergeben hatten. Sie schlussfolgern, dass es lohnend ist, in die Stärkung der Hausarztmedizin zu investieren. Die Entwicklungen in der Aus- und Weiterbildung würden mit einem erhöhten Interesse an der Hausarztmedizin einhergehen. Plädiert wird für attraktive Weiterbildungscurricula und Rahmenbedingungen für die Berufsausübung, um dieses gestiegene Interesse unter den Medizinstudierenden auch in entsprechende Weiterbildungsabschlüsse und einen späteren Praxiseinstieg umzusetzen. (Diallo et al. 2019)

Auch nach Experteneinschätzung hat sich das Interesse an der Weiterbildung in der Allgemeinen Inneren Medizin unter den jungen Ärztinnen und Ärzten in den letzten Jahren erhöht. Diese Entwicklung wird vor allem auf die Förderung der hausarztspezifischen Elemente in der Lehre und Weiterbildung und die diese be-

gleitenden Förderaktivitäten zurückgeführt. Die Stärkung der Institute für Hausarztmedizin wurde in diesem Zusammenhang hervorgehoben (vgl. Abschnitte 9.5 und 9.6). Daneben würden vermutlich die vergleichsweise guten Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie und zur selbstständigen Arbeit in der eigenen Praxis von den jungen Ärztinnen und Ärzten vermehrt wahrgenommen und zudem die Breite des Fachgebiets Allgemeine Innere Medizin geschätzt.

9.2 Kennzahlen

9.2.1 Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

Die nachfolgenden Angaben wurden der FMH-Ärzttestatistik¹⁰⁹ entnommen oder auf dieser Datengrundlage berechnet. (FMH-Generalsekretariat 2022)

Im Jahr 2022 waren in der Schweiz insgesamt erstmalig etwas mehr als 40.000 Ärztinnen und Ärzte tätig, darunter 21.440 im Praxissektor (ca. 54 %), 17.922 im Spitalsektor (ca. 45 %) und 640 in anderen Sektoren (bspw. Versicherungen, Verwaltung). Bezogen auf die Bevölkerung von ca. 8,739 Mio. zum Jahresende 2021 ergibt sich eine Gesamtärztedichte von etwa 4,58 Ärztinnen/Ärzten je 1.000 Einwohner/-innen. Für den Praxissektor ergibt sich eine Ärztedichte von etwa 2,45 Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die 40.002 Ärztinnen und Ärzte entsprechen 34.688 Vollzeitäquivalenten (Ansatz: 1 VZÄ = 55 Stunden pro Woche). Im Spitalsektor werden die Assistenzärztinnen/-ärzte mitgezählt. (Hostettler & Kraft 2023)

9.2.2 Berufstätige Fachärztinnen/-ärzte Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen

Die Zahl der im Praxissektor oder im Spitalsektor tätigen Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin und der Praktischen Ärztinnen/Ärzte belief sich im Jahr 2022 auf 10.220. Bezogen auf die Bevölkerung ergibt sich für diese beiden Arztgruppen eine Arztdichte von etwa 1,17 Ärztinnen/Ärzten je 1.000 Einwohner/-innen. Im selben Jahr waren 29.782 Ärztinnen/Ärzte anderer Fachgruppen im Praxissektor oder im Spitalsektor tätig (3,41 je 1.000 Einwohner/-innen).¹¹⁰ (FMH-

¹⁰⁹ „Die FMH-Ärzttestatistik wird jeweils zum Jahresende (Stichtag 31. Dezember) neu erstellt. Die FMH-Datenbank (N = 40 002) enthält die wichtigsten ärztedemographischen Merkmale wie Alter, Geschlecht, Nationalität und Ort der Berufsausübung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Die Angaben zur Berufstätigkeit (Arbeitspensum, Praxisstruktur etc.) werden mittels Fragebogen auf dem Mitgliederportal myFMH erhoben und beruhen auf Selbstdeklaration (myFMHStichprobe). Die myFMH-Stichprobe 2022 enthält aktuell Angaben von über 20 126 Ärztinnen und Ärzten und wird mit der Grundgesamtheit der Ärzteschaft hinsichtlich des Geschlechts und des Sektors verglichen.“ (Hostettler & Kraft 2023, S. 26)

¹¹⁰ 2.638 der Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin und der Praktischen Ärztinnen/Ärzte waren im Spitalsektor tätig. Aus den einbezogenen Zahlen des Spitalsektors konnten die Assistenzärztinnen/-ärzte nicht herausgerechnet werden.

Generalsekretariat 2022) Gemäß diesen Zahlen belief sich der Anteil der Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin und der Praktischen Ärztinnen/Ärzte an allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2022 etwa 25,5 %.

Im Jahr 2022 waren nur im Praxissektor insgesamt 7.456 Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin (N = 6.078) und Praktische Ärztinnen/Ärzte (N = 1.378) (im Weiteren Hausärztinnen/-ärzte) tätig. Die Zahl aller übrigen im Praxissektor tätigen Fachärztinnen/-ärzte belief sich auf 13.984. Entsprechend betrug der Anteil der Hausärztinnen/-ärzte an allen im Praxissektor tätigen Ärztinnen und Ärzten 34,8 %. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Im Jahr 2017 lag er noch bei 37,1 % und im Jahr 2011 bei 39,1 %. Die Hausärztdichte im Praxissektor lag im Jahr bei etwa 0,8 Hausärztinnen/-ärzten je 1.000 Einwohner/-innen und damit nur geringfügig höher als in den Jahren 2017 oder 2013. (FMH-Generalsekretariat 2022)

Zwischen 2012 und 2022 hat sich die Zahl der Hausärztinnen/-ärzte (im Praxissektor) um 12,8 % erhöht, die der übrigen im Praxissektor tätigen Ärztinnen und Ärzten hingegen um 35,8 %. Anzumerken ist, dass sich die Zunahme der Zahl der Hausärztinnen/-ärzte in den letzten zehn Jahren in weit stärkerem Maße bei den Praktischen Ärztinnen/Ärzten vollzogen hat (+85,5 %/+635 Ärztinnen/Ärzte) als bei den Fachärztinnen/-ärzten für Allgemeine Innere Medizin (+3,6 %/+209 Ärztinnen/Ärzte). (FMH-Generalsekretariat 2022)

Das Obsan ermittelte für das Jahr 2018 6.262 Vollzeitäquivalente (VZÄ) Hausärztinnen/-ärzte im Praxissektor (darunter: 5.242 VZÄ AIM und 1.020 VZÄ Praktische Ärztin/Arzt). Bezogen auf die Einwohnerzahl der Schweiz im Jahr 2018 (8,545 Mio.) ergeben sich etwa 73 hausärztliche VZÄ je 100.000 Einwohner/-innen. Für den Zeitraum 2018 bis 2030 wird prognostiziert, dass etwa 56 % des VZÄ-Bestands aus der Versorgung austreten werden (siehe oben). (Burla et al. 2022)

9.2.3 Facharztabschlüsse je 100.000 Einwohner/-innen

Bezüglich der Vergabe von Weiterbildungstiteln an Ärztinnen und Ärzte wird nach eidgenössischen Weiterbildungstiteln (in der Schweiz erworbene Weiterbildungstitel) und anerkannten Weiterbildungstiteln (außerhalb der Schweiz erworbene Weiterbildungstitel) unterschieden.

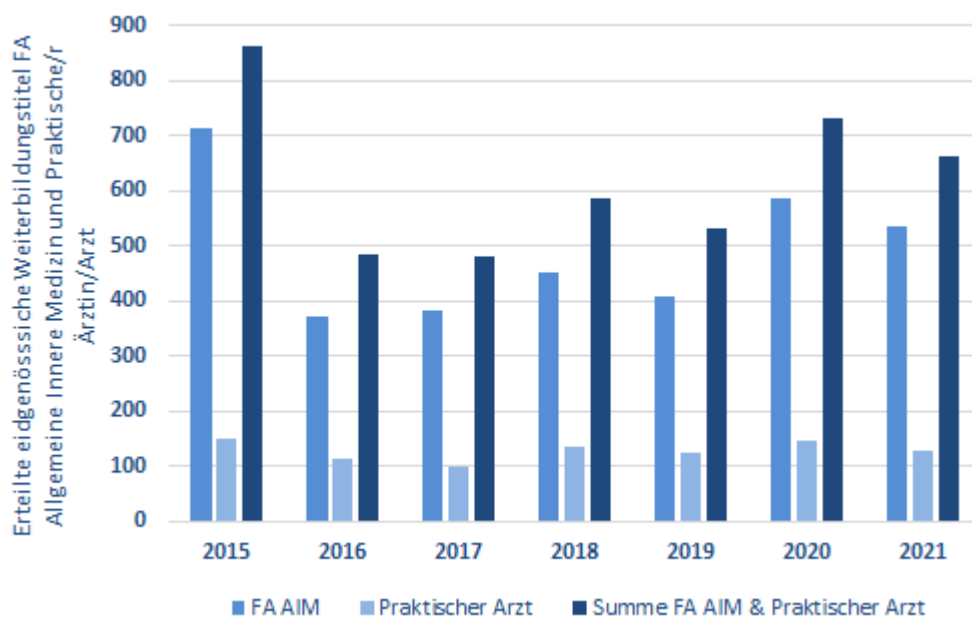
Anzahl der erteilten eidgenössischen Weiterbildungstitel Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin/Arzt

Im Jahr 2021 wurden 534 eidgenössische Weiterbildungstitel Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin erteilt (58 % an Frauen, 42 % an Männer). Zudem wurden 128 eidgenössische Titel Praktischen Ärztin/Praktischer Arzt (52 % an Frauen, 48 % an Männer) erteilt. Zusammen betrachtet entspricht dies 7,6 erteilten eidgenössischen Weiterbildungstiteln je 100.000 Einwohner/-innen. Insgesamt belief sich die Anzahl der an Ärztinnen und Ärzte erteilten eidgenössischen

Weiterbildungstitel auf 1.794, sodass auf die vorgenannten Weiterbildungstitel etwa 37 % entfielen. (BAG 2022)

Seit dem Jahr 2016 hat die Zahl der erteilten eidgenössischen Weiterbildungstitel Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin/Praktischer Arzt tendenziell zugenommen (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18: Erteilte eidgenössische Weiterbildungstitel Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin/Praktischer Arzt in der Schweiz; Jahre 2015 bis 2021



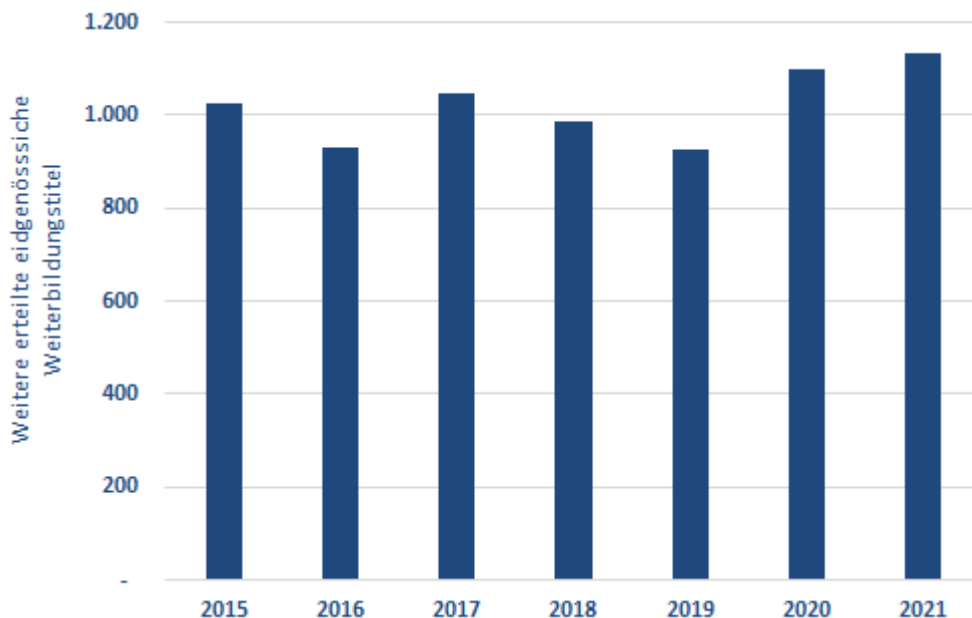
Quelle: IGES nach Statistik Ärztinnen und Ärzte des Bundesamts für Gesundheit (BAG 2016 bis 2022)

Anzahl der übrigen erteilten eidgenössischen Weiterbildungstitel

Im Jahr 2021 wurden zudem 1.132 eidgenössische Weiterbildungstitel in weiteren Fachgebieten erteilt (13,0 je 100.000 Einwohner/-innen). (BAG 2022)

Seit dem Jahr 2015 hat sich die Zahl der erteilten eidgenössischen Weiterbildungstitel außer zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und zur/zum praktischen Ärztin/Arzt in einem Korridor zwischen 925 und 1.132 bewegt. Der höchste Wert dieser Zeitreihe wurde im letzten Betrachtungsjahr 2021 erreicht (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19: Übrige erteilte eidgenössische Weiterbildungstitel in der Schweiz (ohne Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin/Arzt); Jahr 2015 bis 2021



Quelle: IGES nach Statistik Ärztinnen und Ärzte des Bundesamts für Gesundheit (BAG 2016 bis 2022)

Anzahl der in der Schweiz anerkannten Weiterbildungstitel

Zudem wurden im Jahr 2021 1.316 eidgenössische Weiterbildungstitel im Bereich Humanmedizin anerkannt (darunter 54 % in Deutschland erworben). Unter diesen waren 219 Anerkennungen des Titels Praktische Ärztin/Praktischer Arzt (39 % in Deutschland erworben) und 129 Anerkennungen des Titels Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (83 % in Deutschland erworben). Die Anzahl dieser anerkannten Titel war in den letzten Jahren tendenziell rückläufig. (BAG 2016 bis 2022)

9.2.4 Tatsächliche Weiterbildungszeit

Für die Schweiz liegen die relativ aktuellen Ergebnisse einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten vor, die ein eidgenössisches Arztdiplom haben, d. h. ihre gesamte Aus- und Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben, und in den Jahren 2017 und 2018 ihren Facharztstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, Chirurgie, Ophthalmologie oder Psychiatrie/Psychotherapie erworben haben. In der Allgemeinen Inneren Medizin lag die durchschnittliche Weiterbildungsdauer bei 80,1 Monaten und damit um etwa 20 Monate über der vorgesehenen minimalen Weiterbildungszeit gemäß Weiterbildungsordnung von 60 Monaten (Chirurgie: 88,6 Monate, Augenheilkunde: 66,9 Monate, Psychiatrie: 113,6 Monate). In der Inneren Medizin

konnten 37 % der Frauen und 38 % der Männer ihre Weiterbildung innerhalb der fünfjährigen Weiterbildungsdauer absolvieren und weitere 27 % bzw. 30 % benötigten maximal zwölf Monate länger als in der Weiterbildungsordnung mindestens vorgesehen. Bei etwa 17 % der Fachärztinnen und 14 % der Fachärzte für Innere Medizin überstieg die Weiterbildungsdauer die fünfjährige Weiterbildungszeit um mehr als zwei Jahre. Gründe für die längere Weiterbildungszeit sind bei den Ärztinnen insbesondere Elternzeit, Urlaub, Teilzeittätigkeit und Unterbrechungen aus privaten Gründen und bei den Ärzten insbesondere zusätzliche Weiterbildungen und Fremdjahre sowie wissenschaftliche Tätigkeiten. (Berchtold et al. 2019)

Das mittlere Alter der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin lag zum Zeitpunkt des Erwerbs des Facharzttitels unter den in der oben genannten Untersuchung Befragten bei 33,9 Jahren (Chirurgie: 35,6 Jahre, Ophthalmologie: 32,7 Jahre, Psychiatrie: 41,9 Jahre). Etwa 11 % der Fachärztinnen und 1 % der Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin hatten ihren Facharzttitel bereits vor dem 31. Lebensjahr erworben. (Berchtold et al., 2019)

Nach einer Auswertung des Medizinalberuferegisters BAG waren die Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 zum Zeitpunkt der Erteilung des eidgenössischen Weiterbildungstitels Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin im Durchschnitt 35 Jahre und zum Zeitpunkt der Erteilung des Titels Praktische Ärztin/Praktischer Arzt im Durchschnitt 40 Jahre alt (Durchschnittsalter alle Fachrichtungen: 36 Jahre). Die Ärztinnen und Ärzte mit Anerkennung eines im Ausland erworbenen Weiterbildungstitels waren in der Auswertung nicht berücksichtigt. (BAG 2022)

9.3 Steuerung der Entscheidung der Ärztinnen/Ärzte für die WB-Fachrichtung Allgemeine Innere Medizin

In der Schweiz übersteigt die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber für das Medizinstudium die Zahl der zur Verfügung stehenden Studienplätze erheblich. So lagen für das Studium der Humanmedizin inkl. Chiropraktik für den Studienbeginn im Jahr 2023 insgesamt 6.112 Anmeldungen (2008: 2.949; 2013: 4.439) vor¹¹¹. Demgegenüber belief sich die Zahl der Studienplätze für das erste Jahr des Bachelorstudiengangs an den Universitäten mit Numerus clausus auf 1.137 und an den Universitäten ohne Numerus clausus auf 1.050. (swissuniversities 2023) Die Aufnahmekapazitäten für das erste Jahr des Bachelorstudiengangs liegen für die Humanmedizin im Studiengang 2023/2024 bei 2.187 Plätzen und damit nur leicht höher als im Studiengang 2019/2020 (2.057 Plätze). Die Aufnahmekapazitäten für das 1. Jahr des Masterstudiengangs haben sich im selben Zeitraum hingegen deutlich von 1.163 Plätzen auf 1.460 Plätze erhöht. (swissuniversities 2018; swissuniversities 2022a) Von den an Eignungstests für das Studium der Humanmedizin

¹¹¹ Nach einem weitgehend kontinuierlichen Anstieg der Anmeldungen seit dem Jahr 2008 kam es im Jahr 2021 mit 6.478 Anmeldungen zu einem Höchststand der Anmeldungen und seitdem waren die Anmeldungen mit 6.147 (Jahr 2022) und 6.112 Anmeldungen (Jahr 2023) rückläufig.

(inkl. Chiropraktik)¹¹² teilnehmenden Kandidatinnen/Kandidaten, die durchgeführt werden, sofern mehr Bewerbungen als Studienplätze vorliegen, waren 67 % Frauen und 33 % Männer. (swissuniversities 2022b)

In der Schweiz ist bereits im ersten Studienjahr ein obligatorisches Hausarztpraktikum vorgesehen. An einzelnen Universitäten gibt es auch im weiteren Verlauf des Studiums obligatorische Praktika in hausärztlichen Praxen. So sind an der Universität Bern weitere Praktika in der Hausarztpraxis im 3. Studienjahr (8 Halbtage) und im Wahlstudienjahr (19 Tage) obligatorisch.¹¹³ Nach Experteneinschätzung tragen diese Praktika dazu bei,

- bereits für die hausärztliche Tätigkeit motivierte Studierende noch stärker zu motivieren,
- bei den unentschiedenen Studierenden Interesse an dieser beruflichen Laufbahn zu wecken,
- bei Studierenden, die perspektivisch eine Tätigkeit im Spital anstreben, einen Einblick in die hausärztliche Tätigkeit zu geben und sie „ein Stück weit“ auf die Zusammenarbeit mit den in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen/Ärzte vorzubereiten.

Voraussetzung für den Beginn der ärztlichen Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt ist der erfolgreiche Abschluss des Medizinstudiums. Das Bestehen der eidgenössischen Prüfung in Humanmedizin führt zum Erhalt des eidgenössischen Arztdiploms, mit dem man als Assistenzärztin/-arzt tätig werden und die Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt beginnen darf.

In der Schweiz steht es den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung¹¹⁴ frei, für welche fachärztliche Weiterbildung sie sich zu welchem Zeitpunkt entscheiden. Die Zahl der Assistenzstellen pro Fachgebiet richtet sich weitgehend nach den funktionalen Bedürfnissen der Weiterbildungsstätten. Dies sind überwiegend die Spitäler, deren fachgebietspezifische Ausgestaltung der Kontingente nicht notwendigerweise mit dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung übereinstimmt. (Burla et al. 2022) „Kriterien für die Anerkennung der Weiterbildungsstätten und andere Bestimmungen in den Weiterbildungsprogrammen der jeweiligen Fachgesellschaften stellen im gewissen Rahmen implizite Steuerungsmechanismen dar.“ (SIWF 2017a, S. 1)

¹¹² Von den Universitäten Genf, Lausanne und Neuenburg werden die Eignungstests für das Medizinstudium nicht angewendet, da hier die Zulassung zum Medizinstudium nicht beschränkt ist: <https://www.swissuniversities.ch/service/anmeldung-zum-medizinstudium/eignungstest> (Abruf am 15.05.2023)

¹¹³ Weitere Informationen unter: https://www.biham.unibe.ch/studium/hausarztpraktika/index_ger.html

¹¹⁴ Üblich ist eher der Begriff Assistenzärztin/Assistenzarzt.

Das einzige im Schweizer System erkennbare Instrument mit eindeutiger regulativer Funktion stellt der sogenannte Zulassungsstopp dar. [vgl. Art. 55a KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) und unten] Im Sommer 2002 hat der Bundesrat, gestützt auf Art. 55a KVG, eine Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erlassen (VEZL), die es den Kantonen ermöglichen sollte, eine Überversorgung im ambulanten Bereich zu vermeiden. Die VEZL wurde mehrfach angepasst und beinhaltet in ihrem Anhang 1 für einzelne Fachgebiete Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten, die bis zu der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP auf der Ebene der einzelnen Kantone ermöglicht werden sollten (Richtwerte für eine bedarfsabhängige Zulassungsbegrenzung). Allerdings enthielt die VEZL Ausgestaltungsoptionen, so insbesondere, dass die Kantone vorsehen konnten, dass die festgelegten Höchstzahlen für einzelne Fachgebiete nicht gelten oder bei Unterversorgung individuelle Ausnahmezulassungen erteilt werden. (Schweizerischer Bundesrat 2013) Die VEZL wurde zunächst auf drei Jahre befristet eingeführt, danach mehrfach verlängert und war bis Ende 2011 in Kraft. In der Folgezeit kam es in einzelnen Kantonen zu einer hohen Zunahme von Zulassungsgesuchen, so dass die VEZL erneut befristet in Kraft gesetzt und von den Kantonen ganz unterschiedlich umgesetzt wurde. (Rüefli et al. 2016) Im Jahr 2020 hat das Parlament für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen, eine neue gesetzliche Grundlage verabschiedet, die am 1. Juli 2021 als „Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen“ (Art. 55a KVG) in Kraft getreten ist. Die Kantone hatten bis zum 30. Juni 2023 Zeit, um ihre kantonalen Regelungen auf das neue Recht anzupassen. Die Kantone beschränken in Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen auf der Grundlage der vom Bundesrat festgelegten Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen. Der Bundesrat berücksichtigt insbesondere auch die interkantonalen Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrads der Ärztinnen und Ärzte. Die Kantone hören vor der Festlegung der Höchstzahlen die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten an und koordinieren sich mit anderen Kantonen. Aufgenommen ist zudem, dass die Kantone auch dann keine Neuaufnahmen von Ärztinnen/Ärzten vorsehen können, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts im betroffenen Fachgebiet steigen.

Die Regelungen des Art. 55a KVG können insofern eine steuernde Wirkung auf die Wahlentscheidungen der Ärztinnen und Ärzte für ihr Weiterbildungsfachgebiet entfalten, als diese in noch stärkerem Maß als bislang einkalkulieren müssen, in welchen Fachgebieten (und Kantonen) perspektivisch welche Chancen für eine Zulassung zur Aufnahme der ambulanten ärztlichen Tätigkeit zulasten der OKP bestehen, sofern sie eine solche später anstreben. Grundsätzlich ist zu erwarten, dass in stärkerem Maße die Weiterbildungen in jenen Fachgebieten gewählt werden, in

denen die Kantone auch perspektivisch Probleme haben dürften, genügend Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Tätigkeit zu finden. Hierzu zählen insbesondere die Hausärztinnen/-ärzte und die Kinderärztinnen/-ärzte.

Die Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ hat im Dezember 2014 die Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“ einberufen. Diese soll sich mit der Frage der bedarfsgerechten Koordination des Weiterbildungsangebots befassen. Im Rahmen dieser Themengruppe wurde vom Obsan in Anlehnung an das niederländische Vorbild (vgl. Länderdossier Niederlande Abschnitt 7.3.1) ein erstes Modell zur Simulation des zukünftigen Bedarfs und des Bestands an Ärztinnen und Ärzten in den unterschiedlichen Fachgebieten entwickelt. Zum anderen sollten im Rahmen der Themengruppe das zukünftige Vorgehen in institutioneller Hinsicht diskutiert und entsprechende Lösungsvorschläge unterbreitet werden. Die Themengruppe hat ihren Bericht im September 2018 vorgelegt. (Bauer et al. 2018) Auf Basis der Vorarbeiten der Themengruppe hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik im Mai 2019 beschlossen, das Gremium „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“ (Gremium KäW) einzusetzen, in dem alle relevanten Institutionen Mitglied sind. Das Gremium soll die begonnenen Arbeiten längerfristig weiterführen und Empfehlungen zum Weiterbildungsangebot und dessen Koordination erarbeiten. Im Jahr 2022 wurden die Ergebnisse aus dem Teilprojekt I vorgelegt, in dem auch das Fachgebiet Hausarztmedizin (siehe oben) bearbeitet wurde. Die Gesamtschau kommt zu dem Schluss, dass das zur Erhöhung der Abschlüsse in Humanmedizin an Schweizer Universitäten initiierte Sonderprogramm Humanmedizin des Bundes allein nicht ausreichen wird, um die Auslandsabhängigkeit der Schweiz genügend zu senken (vgl. Abschnitt 9.1). Der Bund und die Kantone sollten entsprechend weitere Maßnahmen treffen. Zudem wird eine weitere Unterstützung und Intensivierung der bestehenden Anstrengungen zur Sicherstellung der Fachgebiete mit einer vorhandenen und/oder prognostizierten Unterversorgung empfohlen. Es wird auf die Notwendigkeit guter klinischer Weiterbilderinnen und Weiterbilder, die über entsprechende Bildungskompetenzen verfügen, und moderner Bildungsinstrumente (wie medizinische Simulationen) und die Einführung der kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung hingewiesen. Zudem wird empfohlen, Anreize zur Schaffung von Weiterbildungsplätzen im ambulanten Bereich zu unterstützen, wofür ein definierter Finanzierungsbeitrag pro Assistenzärztin/-arzt als denkbar erachtet wird, wie dies im stationären Bereich bereits umgesetzt wird. (Burla et al. 2022)

9.4 Allgemeine Beschreibung des Systems der Weiterbildung Allgemeinmedizin

9.4.1 Die Weiterbildung

Nach einem erfolgreichen Abschluss des sechsjährigen Medizinstudiums wird in der Schweiz das eidgenössische Arztdiplom verliehen. Dieses berechtigt die Ärztinnen/Ärzte zu einer unselbstständigen Tätigkeit in einer Arztpraxis oder in einem

Spital und ist zudem die Voraussetzung für eine Facharztweiterbildung. (Maier o. J.)

Die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (AIM)¹¹⁵ erstreckt sich über fünf Jahre. Davon entfallen zunächst drei Jahre auf die Allgemeine Innere Medizin (Basisweiterbildung), die mindestens zwei Jahre stationäre Allgemeine Innere Medizin und mindestens ein halbes Jahr ambulante Allgemeine Innere Medizin (vorzugsweise Praxisassistenz) umfassen muss. Die Basisweiterbildung ist unabhängig von der Ausrichtung der Laufbahn (ambulante Tätigkeit oder Tätigkeit in einem Spital) ausgestaltet und in der Regel (jedoch nicht verpflichtend) zuerst zu absolvieren.

Die Lernziele der Basisweiterbildung sind: „Die angehenden Fachärztinnen oder Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin beherrschen nach der Basisweiterbildung die anerkannten Methoden der Prävention, Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit akuten und chronischen sowie asymptomatischen internistischen Erkrankungen. Sie sind insbesondere auch fähig, Patientinnen und Patienten mit nicht heilbaren, präterminalen und terminalen Krankheiten zu betreuen (Palliativmedizin). Dafür müssen sie in den Grundsätzen auch die angrenzenden Fachgebiete insbesondere im Schnittstellenbereich zur Allgemeinen Inneren Medizin kennen und Untersuchungsergebnisse von anderen Fachärztinnen oder Fachärzten in ihren Abklärungs- und Behandlungsplan integrieren können. Sie müssen wissenschaftliche Arbeiten und Fachmeinungen kritisch werten und die für die Klinik relevanten Schlüsse ziehen können. Sie sind fähig, die erforderlichen technischen, laboranalytischen, funktionsanalytischen und bildgebenden Untersuchungsmethoden durchzuführen oder anzuordnen und deren Aussagekraft, Grenzen, Risiken und Kosten richtig einzuschätzen. Sie kennen die in ihrem Fachbereich angewendeten Arzneimittel, können sie im Quervergleich bewerten und optimal einsetzen. Ebenso kennen sie die nicht pharmakologischen Behandlungsmethoden und können diese einsetzen. Im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung kennen sie die gesetzlichen Vorgaben, Richtlinien, Empfehlungen und Standards, kommunizieren kompetent und handeln nach den anerkannten medizinisch-ethischen Normen.“ (SIWF 2022a, S. 6 f.)

Die Weiterbildung zum Facharzt AIM ermöglicht im Weiteren (in der Aufbauweiterbildung) zwei berufliche Ausrichtungen. Ärztinnen und Ärzte, die später ambulant hausärztlich tätig sein wollen, absolvieren ihre Weiterbildung nach dem Curriculum Hausärztin/Hausarzt bzw. Praxisinternistin/Praxisinternist. Wird eine berufliche Laufbahn im Krankenhaus angestrebt, wird das Curriculum Spitalinternistin/Spitalinternist absolviert. Die Durchlässigkeit zwischen den Curricula ist jedoch gewährleistet. Die Curricula der Aufbauweiterbildungen sind modular aufgebaut und lassen den ÄiW große individuelle Freiheiten bei der Wahl von Dauer und Art der Disziplinen. Neben der stationären und ambulanten Allgemeinen Inneren Medizin wird die klinische Weiterbildung in 31 unterschiedlichen Fachgebieten mit

¹¹⁵ Auf die Weiterbildung zur Praktischen Ärztin/zum Praktischen Arzt wird am Ende dieses Abschnitts eingegangen.

bis zu einem Jahr pro Disziplin anerkannt. Auch die Palliativmedizin [gemäss dem Programm „Palliativmedizin (palliative.ch)“] ist mit bis zu einem Jahr anrechenbar. Die Lernziele und Lerninhalte der nichtinternistischen Weiterbildungsmodule werden an ambulanten und/oder stationären Weiterbildungsstätten der betreffenden Fachgebiete in der Regel innerhalb von sechs Monaten entsprechend den Vorgaben des genehmigten Weiterbildungskonzepts und des Logbuchs vermittelt. (SIWF 2022a)

Das zu führende „e-Logbuch“ enthält die Lernziele der Weiterbildung und die Dokumentation aller geforderten Lern(fort)schritte (inkl. Kurse, Fortbildungen etc.). Die Weiterzubildenden müssen zudem Autorin oder Autor oder Co-Autorin oder Co-Autor einer wissenschaftlichen Arbeit („peer reviewed“) im Bereich der Medizin (einschließlich Biomedizin) sein oder eine akzeptierte Dissertation an einer universitären Fakultät verfasst haben. (SIWF 2022a)

Im Rahmen der Facharztprüfung wird überprüft, ob die Ärztinnen und Ärzte die Lernziele für die Basisweiterbildung erfüllen und somit das für die Betreuung von Patientinnen und Patienten im Fachgebiet Allgemeine Innere Medizin notwendige Basiswissen besitzen. (SIWF 2022a) Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) empfiehlt, die Prüfung frühestens nach drei Jahren Basisweiterbildung abzulegen, was aber keine Voraussetzung für die Anmeldung zur Prüfung darstellt.¹¹⁶ Die Inhalte der Aufbauweiterbildung gehören nicht zum Prüfungsstoff. Die praktischen ärztlichen Kompetenzen werden im klinischen Alltag strukturiert beobachtet und mittels einer Selbst- und Fremdbeurteilung fortlaufend in den regelmäßigen, arbeitsplatzbasierten Assessments evaluiert und beurteilt.¹¹⁷ Im Logbuch werden das Durchführungsdatum, die Weiterbilderin/der Weiterbilder und das Assessmentthema festgehalten. Die arbeitsplatzbasierten Assessments sind keine zwingende Voraussetzung bei der Prüfung zum Facharztstitel, deren Durchführung wird jedoch in Rahmen der Visitationen zur Anerkennung der jeweiligen Weiterbildungsstätte geprüft.

Die in einer Weiterbildungsperiode zu erreichenden Ziele werden gemeinsam zwischen der/dem Weiterbildenden und den ÄiW in einem Weiterbildungsvertrag festgelegt. Die jeweiligen Weiterbildenden führen zu deren Überprüfung regelmäßige Standortgespräche und, insbesondere am Ende einer Weiterbildungsperiode, ein Evaluationsgespräch durch. (SAMW & FMH 2020) Für die Praxisassistenten existieren bspw. von der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in der Hausarztmedizin Musterverträge und Pflichtenhefte für die Lehrpraktiker/-innen und die Assistenzärztinnen und -ärzte, in denen die Ziele und Inhalte (inkl. der Übertragung von Verantwortung an die Assistenzärztin/den Assistenzarzt nach Supervisionsstu-

¹¹⁶ Zu den Details unter: <https://www.sgaim.ch/de/weiterbildung/facharztpruefung-aim/facharztpruefung>

¹¹⁷ Assessmentbögen und Beurteilungskriterien unter: <https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharztstitel-und-schwerpunkte/allgemeine-innere-medicin.cfm#i111072>

fen) geregelt sind. Bestandteil der Pflichtenhefte sind monatliche formative gegenseitige Evaluations- und Zielgespräche (Assistent/-in/Lehrkraft), die in einem Protokoll festzuhalten sind.¹¹⁸

„Das Bestehen der Facharztprüfung zusammen mit den während der fünfjährigen Weiterbildungsphase erworbenen und im Logbuch dokumentierten übrigen Voraussetzungen befähigt zur selbstständigen Betreuung von Patientinnen und Patienten.“ (SIWF 2022a, S. 7)

Der seit dem Jahr 2021 überarbeitete vorliegende Lernzielkatalog der Allgemeinen Inneren Medizin teilt die Inhalte nicht mehr nach der Basis- und Aufbauweiterbildung und ersetzt die verschiedenen vorhergehenden Versionen. Er wurde inhaltlich mit denjenigen der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) abgeglichen und deckt mehr Inhalte als die „Training requirements for the specialty of internal medicine“ der UEMS ab. Der Lernzielkatalog erfüllt sowohl in Struktur als auch in Inhalt die Anforderungen der kompetenzbasierten Medizin. Das medizinische Wissen wird je nach gewähltem Curriculum in unterschiedlicher Reihenfolge erworben. Im Lernzielkatalog wird nach „Family Doctor/General Practitioner“ und „Hospital Internist“ differenziert. (SIWF 2022b)

Gemäß der Weiterbildungsordnung der SIWF bildet die sogenannte strukturierte Weiterbildung neben dem Grundprinzip „Learning on the Job“ einen zentralen Bestandteil auch der Facharztweiterbildung in Allgemeiner Innerer Medizin. Die Weiterbildungsstätten müssen in ihrem Weiterbildungskonzept darlegen und bestätigen, dass den Weiterzubildenden strukturierte Weiterbildung in einem Umfang von mindestens vier Stunden pro Woche angeboten wird (Art. 41 WBO). Diese vier Stunden strukturierte Weiterbildung sollten grundsätzlich auch jede Woche angeboten werden. Das SIWF unterstützt mittels eines eigenständigen Dokuments dabei, die Abgrenzung zwischen den Dienstleistungen (am Patienten, am Spital oder an der Öffentlichkeit) während einer Weiterbildung zu einem Facharzttitel und jenen Aktivitäten, die spezifisch der Weiterbildung gewidmet sind (strukturierte Weiterbildung), transparent zu machen. (SIWF 2022c) Die Weiterbildungsstätten müssen den Weiterzubildenden an drei Tagen pro Jahr die Teilnahme an von der SGAIM-anerkannten Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen innerhalb der Arbeitszeit ermöglichen. (Weiterbildungsprogramm AIM) Auch weitere Elemente der strukturierten Weiterbildung, bspw. von der Weiterbildungsstätte organisierte oder anerkannte moderierte interdisziplinäre Veranstaltungen (u. a. klinisch-pathologische Konferenzen, CIRS-Besprechungen, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen), strukturierte Fallbesprechungen innerhalb der strukturierten Weiterbildung, sind im Weiterbildungsprogramm je nach Kategorie der Ausbildungsstätte vorgegeben.

In der Schweiz ist es möglich, die ganze Weiterbildung in Teilzeit zu absolvieren, wobei der Umfang der Teilzeitbeschäftigung mindestens 50 % eines Vollpensums entsprechen muss. Für bis zu insgesamt zwölf Monaten sind auch Pensen unter

¹¹⁸ Zu den Details unter: <https://www.whm-fmf.ch/de/praxisassistentz-whm/vertrag/>

50 % (mindestens 20 %) anrechenbar. (SIWF 2022d; Art. 32 WBO) Die Facharztprüfung kann beliebig oft wiederholt werden.

Die Weiterbildung zum AIM ist nur an den dafür anerkannten Weiterbildungsstätten anrechenbar. Im Weiterbildungsprogramm AIM ist festgelegt, dass sowohl die stationären als auch die ambulanten Weiterbildungsstätten ein Mentoring/Tutoring für alle Weiterzubildenden anzubieten haben. Nach einem Artikel aus dem Jahr 2018 kann in der Basisweiterbildung zwischen 300 stationären Weiterbildungsstätten AIM und 1.200 Praxisrotationen gewählt werden. Zudem stehen in der Aufbauweiterbildung in mehr als 30 internistischen und nichtinternistischen Fachgebieten zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten zur Auswahl.

Die Durchlässigkeit zwischen den Ausrichtungen in der Aufbauweiterbildung und die große Flexibilität und individuelle Gestaltung der Weiterbildung, die sich z. T. auch systembedingt an unterschiedlichen, voneinander unabhängigen Weiterbildungsstätten vollzieht, führt zu oft unkoordinierten und fragmentierten Weiterbildungsverläufen. Hier wird ein konsequentes longitudinales Mentoring (mit Karriereberatung) als ein wichtiges Element für Verbesserungen angesehen, das aber oft in ungenügendem Ausmaß stattfindet und ggf. auch zu einer durchschnittlichen Weiterbildungsdauer von acht bis neun Jahren vom Staatsexamen bis zum Erwerb des Facharztstitels AIM beiträgt. (Streit et al. 2018) Nach Experteneinschätzung hat sich die durchschnittliche Weiterbildungsdauer in der Allgemeinen Inneren Medizin in den letzten Jahren etwas verringert.

Momentan können nur knapp 60 % der Assistenzstellen mit Ärztinnen und Ärzten besetzt werden, die auch in der Schweiz ihr Studium der Humanmedizin absolviert haben. Die verbleibenden Stellen werden mit Ärztinnen und Ärzten besetzt, die im Ausland ausgebildet worden sind. Festgestellt wird zudem, dass die aufgrund der Erhöhung der Zahl der Studienplätze zusätzlich ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte nicht zwangsläufig auch jene Spezialisierungen anstreben, in denen in der Schweiz der größte Bedarf gesehen wird (vgl. auch Abschnitt 9.3). (Burla et al., 2022).

Neben dem Erwerb eines Facharztstitels der Allgemeinen Inneren Medizin existiert in der Schweiz zudem die Möglichkeit, den eidgenössischen Weiterbildungstitel „Praktische Ärztin/Praktischer Arzt“ zu erlangen. „Die geforderte dreijährige Weiterbildung stellt eine Minimalvorgabe dar, mit der noch keine fachärztliche Kompetenz erworben wird.“¹¹⁹ Es handelt sich dabei laut dem Weiterbildungsprogramm um eine „spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin“. Bei der Weiterbildung zur Praktischen Ärztin/zum praktischen Arzt handelt es sich um eine dreijährige praktische, direkt patientenbezogene Weiterbildung an anerkannten Weiterbildungsstätten, davon mindestens sechs Monate an stationären Weiterbildungsstätten und sechs Monate an Weiterbildungsstätten der ambulanten Patientenversorgung. Inhaltlich orientiert sich das Weiterbildungsprogramm an dem für

¹¹⁹ Vgl. unter: <https://www.siwf.ch/weiterbildung/praktischer-arzt.cfm#i110337> (Abruf am 30.03.2023)

die Fachärztin/den Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Ziffer 3.1 Lernziele Basisweiterbildung). Für den Erwerb des eidgenössischen Titels „Praktische Ärztin/Praktischer Arzt“ ist die bestandene Facharztprüfung Allgemeine Innere Medizin nachzuweisen. Allerdings wird die Bestehensgrenze auf eine um 10 % reduzierte relative Prozentzahl im Vergleich zu den Kandidaten für Allgemeine Innere Medizin festgelegt. Inhabende des Weiterbildungstitels Praktische Ärztin/Praktischer Arzt verfügen am Ende der Weiterbildung über die Kompetenz, eigenverantwortlich im Bereich der medizinischen Grundversorgung tätig zu sein. In der Regel dient der Titel als Basisweiterbildung für den späteren Erwerb des Facharztstitels Allgemeine Innere Medizin. (SIWF 2013)

9.4.2 Die Weiterbildenden und Weiterbildungsstätten

Die stationären und ambulanten Weiterbildungsstätten werden gemäß dem Weiterbildungsprogramm Fachärztin oder Facharzt für Allgemeine Innere Medizin unterschiedlicher Merkmale, die zu erfüllen sind, in unterschiedliche Kategorien eingeordnet. Für jede Kategorie ist die maximale Anerkennungsdauer als Weiterbildungsstätte festgelegt. (SIWF 2022a)

Um als Lehrstätte durch das SIWF anerkannt zu werden, müssen die Lehrärztinnen und Lehrärzte unter anderem den Lehrpraktiker-Kurs für Praxisassistenten der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin absolviert haben. Die übrigen Anforderungen für die Anerkennung der Arztpraxen und vergleichbarer Institutionen als Weiterbildungsstätten durch die Weiterbildungsstättenkommission finden sich bei der SIWF.¹²⁰ Anzugeben ist im Gesuchsformular zur Anerkennung auch, ob die einzelnen Elemente der strukturierten theoretischen Weiterbildung gewährleistet werden können.

In Abhängigkeit von der Finanzierungsoption der Praxisassistenten werden die Praxisassistentenstellen über die Stiftung WHM oder die kantonalen operativen Koordinatorinnen/Koordinatoren vermittelt. Des Weiteren unterstützen die Institute für Hausarztmedizin der Universitäten bei der Vermittlung.¹²¹

9.5 Finanzierung der Weiterbildung Allgemeine Innere Medizin

Bei der Darstellung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung Allgemeinmedizin ist nach den Weiterbildungsteilen zu unterscheiden, die in den Spitälern und im ambulanten Sektor absolviert werden. Zunächst wird auf die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung in den Spitälern eingegangen.

Die Finanzierung der Leistungen der Spitäler erfolgte im Jahr 2019 zu etwa drei Viertel durch die OKP (41 %) und den Staat (überwiegend die Kantone) (34 %). Das

¹²⁰ Vgl. unter: https://www.siwf.ch/files/doc3/211125-aim_praxis_d.docx (Abruf am 30.03.2023)

¹²¹ Vgl. unter: <https://www.my-aim.ch/basics/weiterbildung#praktischer-arzt> (Abruf am 30.03.2023)

übrige Viertel der Finanzierung wurde von weiteren Sozialversicherungen, privaten Haushalten und durch private Zusatzversicherungen geleistet. (H+ 2023) Die Spitalfinanzierung sieht jedoch keine anteilige Finanzierung der Weiterbildungskosten in den Krankenhäusern vor. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt keine Kosten der „universitären Lehre“ [Art. 49 Abs. 3 Bst. B der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)], zu denen nach Art. 7 Abs. 1 lit. b VKL auch die Kosten der Weiterbildung gehören.¹²² (Schweizerischer Bundesrat 2008) „Die Weiterbildungskosten der Ärzte in Weiterbildung sind als gemeinwirtschaftliche Leistungen qualifiziert, aber diese Kosten werden nicht von den Krankenversicherern im Sinne des KVG übernommen, sondern sind als Pflichtleistung von den Spitälern beziehungsweise deren Trägerschaften oder der sie unterstützenden Standortkantone zu übernehmen. Dies betrifft nur die Nettokosten für die Weiterbildung, können doch die Lohnkosten der Assistenzärztinnen und -ärzte bei der Kalkulation der Fallpauschalen durchaus berücksichtigt werden.“ (GDK 2014, S. 2)

Die Kosten der ärztlichen Weiterbildung fallen hauptsächlich den Kantonen zur Last, weil die Weiterbildung zu einem großen Teil in Spitälern erfolgt, die von den Kantonen getragen bzw. finanziert werden. „Die Kantone leisten nur Beiträge an die Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung. Die strukturierte Weiterbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Rahmen der Lehrveranstaltungen für die Weiterbildung entsprechend den Weiterbildungsrichtlinien vorgesehen sind. Zudem muss zwischen der erhaltenen (Perspektive der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) und der erteilten Lehre (Perspektive der Dozenten) unterschieden werden. Letztere umfasst die Kosten der Lehrtätigkeit wie Durchführung der praktischen Arbeiten, Seminare, Vorträge, Kolloquien, Vorbereitung/Korrekturen von Examen, Vorbereitung von Lehrprogrammen/Lehrveranstaltungen, nicht jedoch die Kosten, die den Weiterbildungsstätten durch die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte an der Weiterbildung entstehen.“ (GDK 2014, S. 6)

Zwischen den Kantonen gab (und gibt) es Unterschiede hinsichtlich des Umfangs der finanziellen Unterstützung der Spitäler für die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte. Zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung hat die Plenarversammlung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Jahr 2014 die Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen [Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung (WFV)] verabschiedet. Die Vereinbarung ist allerdings erst im Jahr 2022 in Kraft getreten, nachdem das Quorum von 18 Kantonen erreicht war.

¹²² Die Löhne der Assistenzärzte gehen unabhängig davon weiterhin als Betriebskosten der Spitäler zu Lasten der Krankenversicherer.

Gemäß der Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung richten die Standortkantone den Spitälern pro Jahr und Ärztin und Arzt in Weiterbildung (Vollzeitäquivalent) pauschal 15.000 CHF¹²³ aus. Die Standortkantone können den Spitälern höhere Pauschalen zahlen, die aber nicht im Rahmen des interkantonalen Ausgleichs geltend gemacht werden können. Der interkantonale Ausgleich regelt, dass Kantone, deren Spitäler bezogen auf die Kantonsbevölkerung unterdurchschnittlich viele Ärztinnen und Ärzte ausbilden, über eine Zahlung an einen Ausgleichsfonds einen finanziellen Ausgleich an die Kantone mit überdurchschnittlichen Ausbildungsleistungen leisten. Bei Ansatz des o. g. Pauschalbetrags beläuft sich die Förderung im Jahr 2023 auf durchschnittlich 20,5 CHF pro Kopf der Bevölkerung. (GDK 2023) Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) klassifiziert die Entschädigung für die Spitäler in einem Positionspapier als inadäquat und führt aus: „... entsprechend widmen sich die Verantwortlichen der weiterbildenden Spitäler bis zu einem gewissen Grad der Nachwuchsförderung aus Überzeugung und mit viel Idealismus.“ (SIWF 2017b, S. 2)

Die Auszahlung des Pauschalbetrags bindet sich daran, dass die Weiterbildungsstätten über eine Anerkennung gemäß der vom Bund akkreditierten Weiterbildungsordnung verfügen (Artikel 2 Absatz 3 WFV) und dass die dort absolvierte Weiterbildungsperiode(n) den Vorgaben des SIWF entspricht (dem die Sicherstellung der Ausbildungsqualität obliegt) und an den Erwerb eines eidgenössischen Facharztstitels angerechnet wird/werden. „Der spezifische Weiterbildungsbedarf im Bereich der Hausarztmedizin ist in den von den Kantonen mit den Spitälern zu schliessenden Leistungsvereinbarungen zu regeln. Diese können beispielsweise höhere Entschädigungen für die Einrichtung entsprechender Weiterbildungsstellen bei Grundversorgern im ambulanten Bereich oder die Verpflichtung zur Berücksichtigung von angehenden Ärztinnen und Ärzten mit dem Weiterbildungstitel „allgemeine innere Medizin“ in gewissen zweckmässigen anderen Weiterbildungsrichtungen (Chirurgie, Dermatologie etc.) vorsehen.“ (GDK 2014, S. 8).

Für den im Weiterbildungsprogramm geforderten Mindestweiterbildungsanteil in der ambulanten Versorgung/Allgemeinen Inneren Medizin (Basisweiterbildung) empfiehlt das Weiterbildungsprogramm AIM die Praxisassistenz in einer hausärztlichen Praxis. Auch Praxisassistenzen in einer kinderärztlichen Praxis sind möglich. In der Aufbauweiterbildung kann auch die ambulante Allgemeine Innere Medizin mit bis zu 2 Jahren anerkannt werden.

Zur finanziellen Unterstützung der Assistenzärztinnen/-ärzte während ihrer Weiterbildungszeit in der ambulanten Versorgung gibt es in der Schweiz seit 1998 das Programm „Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenz)“, das im Jahr 2009 an die Gemeinnützige Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM) (Gründungsjahr: 2008) übertragen wurde. Das Programm subventioniert die Löhne der Praxisassistenzärztinnen/-ärzte zu einem Teil und organisiert

¹²³ Der Betrag wurde normativ auf der Grundlage von Kostenstudien festgelegt. (Kanton Nidwalden 2022)

Lehrpraktiker-Kurse und Praxisführungskurse für Assistenzärztinnen/-ärzte (siehe unten).

Zudem haben als Folge der 2006 von der GDK verabschiedeten Empfehlungen („Financement de la formation postgrade spécifique“) alle Kantone Programme zur Förderung der Praxisassistenten konzipiert und umgesetzt, um durch eine attraktive hausärztliche Weiterbildung die Entscheidung der Ärztinnen und Ärzte für eine berufliche Laufbahnwahl als Hausärztin/-arzt zu befördern und damit insbesondere auch in ihren Kantonen einen Mangel an grundversorgenden Ärztinnen/Ärzten zu lindern. (Gerber et al. 2022) In Bezug auf die Finanzierung der kantonalen Praxisassistenten gibt es größere Unterschiede. Diese unterscheiden sich bspw. im Hinblick auf den verpflichtenden Lohnbeitrag der Lehrpraxis und zum Teil bindet sich die Entlohnung der Praxisassistentinnen/-assistenten an deren bereits absolvierter Weiterbildungszeit. Nur in wenigen Kantonen sind auch die Spitäler in die Finanzierung der Praxisassistenten eingebunden. In aller Regel bindet sich der Finanzierungsanteil der Kantone nicht an eine spätere Niederlassung der Praxisassistentinnen/-assistenten im jeweiligen Kanton. (Häuptle & Erlach 2019)

Schweizweit werden die Kosten der Lehrpraxis zu 61 % von den Kantonen, zu 31 % von den Lehrpraxen und zu 8 % von den Spitälern getragen. Während der Praxisassistenten richtet sich der Bruttolohn der Ärztinnen/Ärzte in nahezu allen Kantonen am Bruttolohn aus, der ihnen im jeweiligen Weiterbildungsjahr auch im Spital gezahlt wird/würde. Die Koordination der Praxisassistentenprogramme erfolgt je nach Kanton durch Hausarztinstitute oder Ärzteverbände/-vereine, Spitäler oder durch speziell gegründete Projekte/Programme. Auch bezüglich der Mentoringangebote gibt es eine beträchtliche Heterogenität zwischen den Kantonen. Ende des Jahres 2021 überstieg in 11 der 26 Kantone die Nachfrage nach Praxisassistentenangeboten mit geförderten Stellen für eine Praxisassistenten das bestehende Angebot. (Gerber et al. 2022) Die Administration der Praxisassistenten erfolgt in den meisten Kantonen über ihre kantonalen Spitäler partiell in Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle oder den Hausarztinstituten. Evaluationen der Praxisassistentenprogramme werden in nahezu allen Kantonen durchgeführt, häufig durch die Kantone selbst. (Häuptle & Erlach 2019)

Die Praxisassistenten kann in einer weiteren Variante auch durch die Lehrpraktikerin/den Lehrpraktiker zu 100 % selbst finanziert werden, was häufig in Wintersportgebieten mit saisonaler Arbeitsbelastung und bei Praxisassistentinnen/-assistenten mit bereits fortgeschrittener Weiterbildung der Fall ist. In dieser Konstellation kann die Entlohnung frei verhandelt werden.¹²⁴

Die Angaben zu den Gehältern der Assistenzärztinnen/-ärzte in der Schweiz variieren. Das Assistenzarztgehalt unterscheidet sich auch in Abhängigkeit von der jeweiligen Region und der/dem Arbeitgeber/-in. Die folgenden Angaben wurden

¹²⁴ Vgl. unter: <https://www.my-aim.ch/basics/weiterbildung#praktischer-arzt> (Abruf am 30.03.2023)

dem Internetauftritt <https://www.praktischerarzt.ch/arzt/assistentenarzt/> entnommen (Abruf am 30.03.2023). Das Einstiegsgehalt einer Assistenzärztin/eines Assistenzarztes im ersten Jahr liegt bei 6.981 CHF. Je geleistetem Nachtdienst, Samstags- oder Sonntagsdienst erhöht sich das Gehalt um 47,50 CHF. Das Bruttogehalt beläuft sich mit zwei Nacht- oder Wochenendschichten pro Monat demnach auf 7.076 CHF. Als Quelle dieser Angaben wird die FMH benannt. Unter Verweis auf das Lohnbuch Schweiz wird ausgeführt, dass das Grundgehalt mit dem Stand 2022 zum Einstieg zwischen 5.027 CHF und 7.329 CHF und ab dem 5. Berufsjahr zwischen 7.253 und 12.334 CHF beträgt.

9.6 Maßnahmen zur (gezielten) Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeine Innere Medizin

Evaluationen der kantonalen Praxisassistentenprogramme (bspw. für die Kantone Solothurn und Bern¹²⁵) belegen, dass die Etablierung von Praxisassistentenprogrammen in allen Kantonen in Verbindung mit der Gewährleistung eines spitalsäquivalenten Gehalts während der Zeit der Praxisassistenten (vgl. Abschnitt 9.5) ein wichtiges Element der gezielten Förderung der Weiterbildung darstellt.

Die im Abschnitt 9.5 genannten Abgeltungsbeträge können auch überschritten werden, bspw. wie im Kanton Bern, um die Weiterbildung in festgelegten ärztlichen Fachrichtungen gezielt zu fördern. So werden hier auch die Weiterbildungsleistungen der ambulanten Leistungserbringer (auch für Weiterbildungsleistungen im Praxisassistentenprogramm) mit einer jährlichen Pauschale von 15.000 CHF pro Weiterbildungsstelle abgegolten. Zudem werden bestehende und die Errichtung neuer Weiterbildungsstellen in unterversorgten Fachrichtungen (darunter die Allgemeine Innere Medizin) und/oder unterversorgten Regionen zusätzlich gefördert. Die Festlegung von Unterversorgung erfolgt – vereinfacht ausgedrückt – durch eine Expertengruppe in Orientierung am (zukünftigen) Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Die zusätzlichen Mittel werden u. a. durch Ausgleichszahlungen aufgebracht, die von jenen Leistungserbringern der Spitalversorgung im Kanton Bern geleistet werden, die sich nicht in einem geforderten Umfang an der ärztlichen Weiterbildung beteiligen. (Kanton Bern 2022)

Eine von der SGAİM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin) eingesetzte Arbeitsgruppe hat im Jahr 2018 eine Reihe von Empfehlungen entwickelt, mit denen die Nachwuchsförderung verbessert werden soll. „Die Arbeitsgruppe empfiehlt eine Überarbeitung des fachlichen Lernzielkatalogs, den Aufbau von systematischen, koordinierten Weiterbildungscurricula und ein aktives Mentoring, damit standardisierte, zur erfolgreichen Berufsausübung relevante Lerninhalte in einer 5-jährigen Weiterbildung auch tatsächlich erlernt und von Generalisten/-innen selbst vermittelt werden können.“¹²⁶ (Gaspoz et al. 2018, S. 301)

¹²⁵ Vgl. unter: <https://saez.ch/article/doi/saez.2020.18996> und <https://saez.ch/article/doi/saez.2019.17691> (Abruf am 30.03.2023)

¹²⁶ Zum überarbeiteten Lernzielkatalog vgl. Abschnitt 9.4.

Zudem sollten gerade im Spital attraktivere Berufsprofile für die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin entwickelt werden und an den universitären Spitälern und Hausarztinstituten akademische Karrieretracks gefördert werden. (Gaspoz et al. 2018)

Mit der Eröffnung neuer Institute für Hausarztmedizin wurde die Präsenz des Themas Grundversorgung an den universitären Hochschulen der Schweiz gezielt gestärkt. Diese Institute haben Programme und Curricula für die Weiterbildung entwickelt. (Studerus et al. 2018) So wurde im Jahr 2018 beispielsweise das von der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin Bern in Kooperation mit dem Berner Institut für Hausarztmedizin entwickelte Berner Curriculum AIM umgesetzt. Ziel ist es insbesondere, die häufig fragmentierte Weiterbildung in der Allgemeinen Inneren Medizin koordinierter zu gestalten und den angehenden Hausärztinnen/-ärzten und Spitalsinternistinnen/-internisten eine rasche und strukturierte Weiterbildung zu ermöglichen. Hierfür werden 136 Rotationsstellen in 25 Fachgebieten vorgehalten, womit es in dieser Größe und Vielfalt schweizweit einzigartig ist. Die Planung der komplexen Rotationen liegt bei einem ärztlich geführten professionellen Team. Mit dem Angebot von Teilzeitstellen und Jobsharing wird dem Wunsch vieler Assistenzärztinnen/-ärzte nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie Rechnung getragen. Auch ein persönliches longitudinales Mentoringprogramm mit Karriereberatung wird angeboten. (Streit 2018) Mit dem strukturierten Ermöglichen der curricularen Weiterbildung auch „in kleinen Fächern“ und für kürzere Zeiten (bspw. drei Monate) soll der Erwerb einer Breitenkompetenz der Assistenzärztinnen/-ärzte gewährleistet werden. Diesbezüglich ist die Lage in den Kantonen sehr uneinheitlich.

Die SAFMED (Swiss Academy of Family Medicine) fungiert als Dachorganisation von acht Schweizerischen Instituten für Hausarztmedizin. Gemäß ihrer Charta agiert die SAFMED als Plattform zur Förderung und Entwicklung der Forschung und Lehre in der Hausarztmedizin, koordiniert die Aktivitäten in den Bereichen Forschung und Lehre in der Aus- und Weiterbildung und fördert den Nachwuchs der Hausarztmedizin im klinischen und akademischen Umfeld.¹²⁷

9.7 „Weiche Faktoren“, die die Wahlentscheidung für die Allgemeinmedizin beeinflussen können

9.7.1 Spätere Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten als FÄ Allgemeinmedizin

In einer Befragung von Medizinstudierenden aus dem Jahr 2017 wurde erhoben, bezüglich welcher Faktoren/Charakteristika die Hausarztmedizin attraktiv ist oder nicht. Unabhängig davon, wie stark das Interesse an der Hausarztmedizin ausgeprägt war, gaben 96 % der Teilnehmenden an, dass die Arzt-Patientenbeziehung

¹²⁷ Details unter: <https://safmed.ch/>

für die Hausarztmedizin spricht. Ebenfalls hohe Zustimmungswerte erreicht die Arbeitsautonomie (95 %), die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit (89 %) und die Ärztliche Tätigkeit (80 %). 53 % der Teilnehmenden gaben an, dass (mangelnde) Karriere-möglichkeiten gegen die Hausarztmedizin sprechen. Ebenfalls mehr Negativ- als Positivvoten gab es bei den Faktoren Einkommen (43 %) und politisches Umfeld (35 %). (Diallo et al. 2019)

Einzelne der vorgenannten Aspekte werden im Obsan-Bericht 01/2023 aufgegriffen und deuten darauf hin, dass sich die Arbeitsbedingungen für die Hausärztinnen/Hausärzte wandeln und flexiblere Möglichkeiten für die Gestaltung der eigenen Arbeit bzgl. Umfang und Form und Teamsetting (siehe auch Ende des Abschnitts) bieten. So ist der Anteil der in der Grundversorgung tätigen Praktischen Ärztinnen und Ärzte und Ärztinnen und Ärzte für Allgemeine Innere Medizin, die lange Arbeitswochen von 45 oder mehr Stunden leisten, in den letzten zehn Jahren auf 45,9 % bzw. 52,4 % stark zurückgegangen. Auch in der Schweiz ist der Anteil der in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte¹²⁸, die in einer Einzelpraxis tätig sind, stark rückläufig (2012: ca. 56 %; 2022: ca. 33 %), während sich der Anteil der in einer Gruppenpraxis tätigen Ärztinnen und Ärzte zwischen 2012 und 2022 entsprechend von ca. 44 % auf 67 % erhöht hat. Im Durchschnitt sehen die in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte in einer typischen Arbeitswoche etwa 84 Patientinnen und Patienten und wenden ca. 21 Minuten für einen Routinetermin auf. Etwa 80 % der Ärztinnen und Ärzte oder Personal aus der Praxis unterstützen ihre Patientinnen und Patienten oft oder gelegentlich mit Hausbesuchen, auf dem Land tätige Ärztinnen und Ärzte etwa zu 92%. Etwa ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte zeigt sich äußerst oder sehr zufrieden mit der Zeit, die von Ihnen pro Patientin/Patient aufgebracht werden kann. Dies ist der höchste Zufriedenheitswert aller in den International Health Policy Survey des Commonwealth Fund einbezogenen Länder. Die höchste Zufriedenheit zeigt sich in der Schweiz im internationalen Vergleich auch bezüglich des täglichen Arbeitspensums (hohe Zufriedenheit: ca. 30 %) und bezüglich der Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance (äußerst, hoch oder mäßig zufrieden: 70,5 %). (Pahud & Dorn 2023)

Andererseits gibt es eine Reihe von Hinweisen für eine zunehmende Belastung der hausärztlichen Tätigkeit. So gaben von den Ärztinnen und Ärzten mit einem Facharzt-titel Allgemeine Innere Medizin im Jahr 2022 nur noch 62,5 % an, dass sie neue Patientinnen und Patienten aufnehmen. Im Jahr 2019 hatten noch 72,4 % der Befragten dieser Arztgruppe über Neuaufnahmen berichtet. (Pahud & Dorn 2023)

Die mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz führen aus, dass die Haus- und Kinderarztpraxen mit jedem Jahr mehr Patientinnen und Patienten versorgen müssen. So haben die Hausärztinnen/-ärzte allein im Pandemiejahr 2021 13 % mehr Patientinnen und Patienten versorgt. Die geleistete Arbeitszeit der Grundversorgerinnen/-

¹²⁸ Die Stichprobe von Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung, die in die Befragung einbezogen wurden, setzte sich zusammen aus Ärztinnen und Ärzten mit folgenden Facharzt-titeln: Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin.

versorger erhöht sich jedes Jahr um 2 %, allein im Pandemiejahr 2021 um 7,5 %. Es wird auch hier über zunehmende Schwierigkeiten der Bevölkerung berichtet, eine Hausärztin/einen Hausarzt oder eine Kinderärztin/einen Kinderarzt zu finden. Gleichzeitig wird kritisiert, dass die Preise für die TARMED-Positionen (ärztliche Leistungen) seit Jahren nicht angepasst wurden. (Hügli & Rielle 2022)

Insgesamt zeigen sich die in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2022 zu fast 58 % äußerst oder sehr zufrieden mit der ärztlichen Tätigkeit, was den höchsten Wert im Vergleich der in den International Health Policy Survey des Commonwealth Fund einbezogenen Länder darstellt. (Pahud & Dorn 2023)

In der Schweiz sind in den Praxen häufig medizinische Praxisassistentinnen/-assistenten (MPA) tätig, die weitgehend identische Aufgaben wie in Deutschland die MFA übernehmen. Üblicherweise auf der MPA-Ausbildung und einigen Jahren Berufserfahrung aufbauend oder nach einer anderen abgeschlossenen Berufsausbildung im Gesundheitswesen auf Sekundär- oder Tertiärstufe kann eine Weiterbildung Medizinische Praxiskoordinatorin/Medizinischer Praxiskoordinator (MPK) „in praxisleitender Richtung“ oder in „klinischer Richtung“ absolviert werden. Mit dieser Qualifikation können im Praxisbetrieb (insbesondere in Gruppen- und Großpraxen) Zuständigkeiten für die Bereiche Personalwesen, Finanzen, Marketing, Qualitätssicherung bzw. in ärztlich delegierter Verantwortung Aufgaben in der Betreuung und Beratung chronisch kranker Menschen (Chronic Care Management) übernommen werden. Es wurden Hinweise darauf gefunden, dass die MPK verstärkt von den Praxen gesucht und in den Betrieb eingebunden werden. Dies wurde auch in den Expertengesprächen bestätigt, wobei auf die Problematik der bislang noch nicht geregelten Vergütung der MPK-Leistungen hingewiesen wurde, die voraussichtlich im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstrukturen berücksichtigt werden soll.¹²⁹

9.7.2 Verdienstmöglichkeiten

Das Einkommen der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte¹³⁰ lag im Jahr 2019 in der Grundversorgung bei ca. 200.000 CHF (Medianwert: ca. 172.000) (Stundenlohn im Durchschnitt: 105 CHF; Medianwert: 87 CHF). In der Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit betrug das Einkommen ca. 279.000 CHF (Medianwert: ca. 212.000 CHF) (Stundenlohn im Durchschnitt: 136 CHF; Medianwert: 104 CHF). In der Fach-

¹²⁹ Vgl. hierzu Oeschger (2023).

¹³⁰ Die Berechnung des Einkommens erfolgt anhand des Betriebsergebnisses des Unternehmens (Differenz zwischen dem Gesamtertrag und dem Gesamtaufwand). Im Fall eines Einzelunternehmens im Besitz einer Ärztin oder eines Arztes entspricht das Betriebsergebnis dem Einkommen der als Unternehmerin tätigen selbstständigen Ärztin bzw. dem als Unternehmerin tätigen selbstständigen Arzt. Bei diesem Betrag handelt es sich somit ungefähr um das „Nettoeinkommen“, das nach Abzug der obligatorischen Sozialabgaben und Vorsorgebeiträge zur Verfügung steht.

medizin mit chirurgischer Tätigkeit betrug das Einkommen ca. 319.000 CHF (Medianwert: ca. 266.000 CHF) (Stundenlohn im Durchschnitt: 163 CHF; Medianwert: 128 CHF).

Über alle Arztgruppen hinweg betrachtet fällt das Einkommen bei Mitarbeit in einer Gruppenpraxis um etwa 21.000 CHF geringer aus als ohne Mitarbeit in einer Gruppenpraxis. Bei der weit überwiegenden Zahl der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte machen die KVG-Patientenkontakte 90 % oder mehr aller Patientenkontakte aus, obwohl die Einkommen bei Ärztinnen und Ärzten mit einem geringeren Anteil an KVG-Patientenkontakten höher liegen. Sowohl das Gesamteinkommen als auch der Stundenlohn erhöhen sich mit einer zunehmenden Zahl von Patientenkontakten. Bei der vom Bundesamt für Statistik veröffentlichten Statistik handelt es sich um eine Erhebung zu „Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren“ (MAS), an der alle als Unternehmen organisierten Arztpraxen und ambulante Zentren (außerhalb des Spitalbereichs) teilnehmen müssen und in der auch die Finanzdaten erhoben werden. (Clausen & Klinke 2021)

41 % der in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte zeigen eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Einkommen aus der Praxistätigkeit, was im internationalen Vergleich den zweiten Rang bedeutet. Eine hohe Zufriedenheit zeigt sich eher bei den jüngeren Ärztinnen und Ärzten und den in Gruppenpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzten. (Pahud & Dorn 2023)

9.7.3 Ansehen/Reputation der Allgemeinmedizin

Auf der Schweizer Skala des beruflichen Ansehens 2019 erreichten die Allgemeinärztinnen/-ärzte 80 von möglichen 100 Punkten, angestellte Fachärztinnen/-ärzte 82 von 100 Punkten und selbstständige Fachärztinnen/-ärzte 86 von 100 Punkten, was dem höchsten Ansehen aller abgefragten Berufe entspricht. Höhere Ansehenswerte als die Allgemeinärztinnen/-ärzten erreichten lediglich Direktorinnen/Direktoren großer Unternehmen (85 Punkte), Universitätsprofessorinnen/-professoren (85 Punkte), Richterinnen/Richter (84 Punkte) und Flugzeugpilotinnen/-piloten (81 Punkte). (Joye 2023)

Danksagung

Wir danken folgende Expertinnen und Experten für wertvolle Ratschläge:

- Frau Dr. med. Monika Reber, Vorstandsmitglied mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz (Ressort Nachwuchs) (Interview am 07.06.2023)
- Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit, Universität Bern, Medizinische Fakultät, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) (Leiter Interprofessionelle Grundversorgung) (Interview am 13.06.2023)

Literaturverzeichnis (nach Abschnitten untergliedert)**Abschnitte 1 bis 4**

- Bundesärztekammer (BÄK) (1996). Beschlussprotokoll des 99. Deutschen Ärztetages vom 04.–08. Juni 1996 in Köln. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Beschlussprotokoll_99_DaET_Koeln.pdf. (Abruf am 14.08.2023)
- Bundesärztekammer (BÄK) (1997). Beschlussprotokoll des 100. Deutschen Ärztetages vom 27.–30. Mai 1997 in Eisennach. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Beschlussprotokoll_100_DaET_Eisennach_1997.pdf. (Abruf am 14.08.2023)
- Bundesärztekammer (BÄK) (1998). Stenografischer Wortbericht 101. Deutscher Ärztetag in Köln – Anträge zum TOP I: Gesundheits- und Sozialpolitik. <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt1998/arzt/top1/item03.htm#I-4>. (Abruf am 14.08.2023)
- Bundesärztekammer (BÄK) (2000). Ärztestatistik zum 31. Dezember 1999. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/10Stat99pdf.pdf. (Abruf am 14.08.2023)
- Bundesärztekammer (BÄK) (2013 bis 2023). Ärztestatistik zum 31.12. des Jahres – Statistiken der Jahre 2012 bis 2022. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2022>. (Abruf am 14.08.2023)
- Clade H (1998). Allgemeinmedizin: Länder wollen „Negativtrend“ stoppen. Dtsch Arztebl 1998; 95(16): A-927 / B-789 / C-747. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=10599>. (Abruf am 14.08.2023)
- Gottberg A (2022). Die Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin – Eine Erfolgsgeschichte? GKV 90 Prozent Ausgabe 29 September 2022. https://www.gkv-90prozent.de/bilder/ausgabe_29/20220919_autorenbeitrag_allgemeinmedizin_gottberg.pdf. (Abruf am 14.08.2023)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022). Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V – Evaluationsbericht 2021. https://www.kbv.de/media/sp/Weiterbildungsfoerderung_Evaluationsbericht_2021.pdf. (Abruf am 14.08.2023)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014 bis 2023). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung – Tabellenbände der Jahre 2013 bis 2022. <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php#content6889>. (Abruf am 15.09.2023)
- Kopetsch T (2007). Berufsanfänger: Mehr als die Hälfte sind Ärztinnen. Deutsches Ärzteblatt 104 (11), A698–A704. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/54919/Aerztestatistik-Berufsanfaenger-Mehr-als-die-Haelfte-sind-Aerztinnen>. (Abruf am 01.11.2023)
-

Natanzon I, Seelig A, Nahlinger S, Walter N (2021). Das Hessische Weiterbildungsregister: Soziodemografische Trends zu den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *Hessisches Ärzteblatt* 10/2021, S. 578–580. https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2021/10_2021/Hessische_Weiterbildungsregister.pdf. (Abruf am 14.03.2023)

Natanzon I, Seelig A, Walter N (2023). Zehn Jahre Hessisches Weiterbildungsregister. *Hessisches Ärzteblatt* 10/2023, S. 580–582. https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2023/10_2023/Zehn_Jahre_Hessisches_Weiterbildungsregister.pdf. (Abruf am 02.11.2023)

Nolting H-D, Ochmann R, Zich K (2021). Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert Bosch Stiftung. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf. (Abruf am 14.03.2023)

van den Bussche H (2019). Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt* 2019 62:1129–1137. DOI: 10.1007/s00103-019-02997-9.

van den Bussche H (2022). Ergebnisse der KarMed-Kohortenstudie sowie Schlussfolgerungen für die fachärztliche Weiterbildung und die vertrags-, insbes. hausärztliche Tätigkeit. Zi-Paper 24-2022. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_24-2022_KarMed-Studie.pdf. (Abruf am 15.09.2023)

Abschnitt 5

Beersmans A, Euben T, Gils M (2023). Rapport: Analyse Tijdbesteding Huisartsen. in opdracht van de Minister van Volksgezondheid en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230417_nl_im_associates_-_rapport_tijdsindeling_huisartsen.pdf. (Abruf am 30.05.2023)

Ceulemans F (2019). België heeft te weinig huisartsen. <https://www.domusmedica.be/actueel/belgie-heeft-te-weinig-huisartsen>. (Abruf am 14.03.2023)

De Maeseneer J, De Prins L, Heyerick JP (1994). Het huisbezoek in België: analyse van een wereldrecord. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 552–6. https://www.henw.org/system/files/download/1994_November_Article_09.pdf. (Abruf am 14.03.2023)

Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002 Aug 31;325(7362):472. DOI: 10.1136/bmj.325.7362.472.

- DOMUS MEDICA (2022). Huisarts 2023. <https://www.domusmedica.be/sites/default/files/bijlagen/Huisarts%202030%20-%20visiedocument%20%28website%29.pdf>. (Abruf am 14.03.2023)
- Frank JR, Snell L, Sherbino J (Herausgeber) (2015). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- Gerkens S, Merkur S (2020). Belgium – Health System review. Health Systems in Transition. Vol 22 No. 5 2020. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf>. (Abruf am 20. April 2023)
- INAMI-RIZIV (2022). Médecins généralistes – Consultations et visites en médecine générale – Consultations et visites en médecine générale. Analyse de la répartition et de l'évolution de la pratique médicale en volumes et en dépenses par assuré en Belgique (analyses et tendances par régions, provinces et arrondissements) pour l'année 2021. https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Consultations_et_visites_en_medecine_generale_2021.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- Miermans P-J, Durand C (2019). Huisartsen op de arbeidsmarkt, 2004-2016. Resultaten van de PlanKad Gegevenskoppeling FOD VVVL – Datawarehouse AM&SB – RIZIV. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Juni 2019. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/01_127_nl_huisartsgeneeskunde.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- RIZIV (2015). Tabel 1 – Beroepsbeoefenaars met recht om prestaties te verrichten (31-12-2013 en 31-12-2014) en actieve beroepsbeoefenaars (jaar 2013) per beroepsgroep. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiek_gv_proff_tabel1.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- RIZIV (2022a). Tabel 2 – Beroepsbeoefenaars met recht om prestaties te verrichten (31-12-2021) en actieve beroepsbeoefenaars (jaar 2021) per beroep/specialisme. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiek_2021_gv_proff_tabel2.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- RIZIV (2022b). Tabel 3 – Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme en per beroep – Evolutie 2012 -2021. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiek_2021_gv_proff_tabel3.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- Schoenmakers B et al. (2021). Co-location of out of hours primary care and emergency department in Belgium: patients' and physicians' view. BMC Health Services Research (2021) 21:282. DOI: 10.1186/s12913-021-0628.
- Smits M et al. (2019). Examining differences in out-of-hours primary care use in Belgium and the Netherlands: a cross-sectional study. Eur J Public Health. 2019 Dec 1;29(6):1018-1024. DOI: 10.1093/eurpub/ckz083.
-

- Statan (2021). JAARSTATISTIEKEN MET BETREKKING TOT DE BEOEFENAARS VAN GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN IN BELGIË – Aantal beoefenaars met het recht om het beroep uit te oefenen op 31/12/2020 en instroom 2020. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2020_-_nl.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- SUIvzw (2022). HUISHOUDELIJK REGLEMENT voor huisartsen-in-opleiding, praktijkopleiders, ziekenhuisopleiders, coördinatoren en regionale coaches praktijkopleiding an toepassing in academiejaar 2022-2023 voor praktijkstages vanaf 01/10/2022. <https://www.icho-info.be/userfiles/files/huishoude-lijkgereglementsui010322%20aanp.pdf>. (Abruf am 14.03.2023)
- Vandenbroucke F (2022). Naar een New Deal voor de Huisarts(praktijk). Minister Frank Vandenbroucke, 17 Juni 2022. https://www.vlaamsartsensyndicaat.be/sites/default/files/new_deal_huisartsen_17062022_def_nl.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming (2021). Vlaams onderwijs in cijfers – schooljaar 2020-2021. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/48367>. (Abruf am 14.03.2023)

Abschnitt 6

- Bourgueil Y, Kanhonou N (2017). Travailler à l’articulation soins premiers et second recours : pourquoi, comment ?. Les Tribunes de la Santé, No. 57, hiver 2017, pp. 23-33. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-4-page-23.htm>. (Abruf am 01.11.2023)
- Centre National de Gestion des Practiciens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Public Hospitalière (CNG) (2022). Données sur les contrats d’engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie. https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/2021_CESP_Etude.pdf. (Abruf am 01.11.2023)
- Conférence Cartesia (2023). LES SALAIRES DES INTERNES ET DES EXTERNES EN MÉDECINE. <https://www.conference-cartesia.fr/salaires-interne-externe-medicine>. (Abruf am 14.07.2023)
- Conseil national de l’Ordre des médecins (CNOM) (2017). La réforme du 3e cycle. 11. Oktober 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/etudiants-inter-nes/etudes-medecine/reforme-3e-cycle>. (Abruf am 14.07.2023)
- Conseil national de l’Ordre des médecins (CNOM) (2022a). Les secteurs d’exercice. Stand vom 30. Juli 2022. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/secteurs-dexercice>. (Abruf am 14.07.2023)
- Conseil national de l’Ordre des médecins (CNOM) (2022b). Atlas de la démographie médicale en France. Stand : 1. Januar 2022. <https://www.conseil-natio->

- [nal.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf](https://www.nal.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf). (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2017). En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. *Études et Résultats*, No. 1006, Mars 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1006-2.pdf>. (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2019). Les dépenses de formation et de recherche en santé. Edition 2019. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/35-7.pdf>. (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2021a). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? Les dossiers de la DREES. No. 76, mars 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>. (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2021b). Les dépenses de santé en 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2020-resultats>. (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2021c). Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Paru le 11/01/2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps>. (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2022a). Accessibilité aux soins de premier recours : dégradation de la situation pour les médecins généralistes, amélioration pour les sages-femmes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes. Paru le 01/12/2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communique-de-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-degradation-de-la>. (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2022b). Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluri-professionnel en 2022. *ÉTUDES ET RÉSULTATS*. No. 1244, 26.10.2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>. (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2022c). Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros
-

- constants entre 2014 et 2017. ÉTUDES ET RÉSULTATS. No. 1223, 03.03.2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/revenu-des-medecins-liberaux-une-hausse-de-19>. (Abruf am 14.07.2023)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2023). ÉTUDES ET RÉSULTATS. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. Mai 2023. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1267.pdf>. (Abruf am 16.10.2023)
- Dumontet M, Buchmueller T, Dourgnon P, Jusot F, Wittwer J (2017). Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the médecin traitant reform. *Health Policy*, 121 (6), 675–682. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.04.006.
- Fauchier-Magnan E, Fenoll B (2021). La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Inspection Générale des Affaires Sociales. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/280358.pdf. (Abruf am 01.11.2023)
- Gautier S, Bourgueil Y (2019). How to engage French professionals to undertake social responsibility at a local level? *European Journal of Public Health* 29 (Supplement_4). DOI: 10.1093/eurpub/ckz186.361.
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (2020). Tableau de l'économie française. Population par âge. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>. (Abruf am 14.07.2023)
- InterSyndicate Nationale des Internes (ISNI) (2023). Le temps de travail de l'interne. <https://isni.fr/tout-sur-le-statut-de-linterne/le-temps-de-travail-de-linterne/>. (Abruf am 16.10.2023)
- L'Assurance Maladie (2022). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf. (Abruf am 14.07.2023)
- L'Assurance Maladie (2023). Réaction de l'Assurance Maladie au rejet de la convention médicale par les syndicats de médecins libéraux. 1. März 2023. <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-03-01-cp-reaction-rejet-convention-medecins>. (Abruf am 14.07.2023)
- Légifrance (2020). Ordonnance n° 2020–562 du 13 mai 2020 visant à adapter le fonctionnement des institutions locales et l'exercice des compétences des collectivités territoriales et des établissements publics locaux à la prolongation de l'état d'urgence sanitaire dans le cadre de l'épidémie de covid-19. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041876437>. (Abruf am 14.07.2023)
-

- Marques A (2022). Toujours plus de médecins spécialistes en secteur 2. 25. Mai 2022. <https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration-specialistes/74155-toujours-plus-de-medecins-specialistes-en-secteur-2>. (Abruf am 14.07.2023)
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2022). Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=mL8b6rX4f9sk2IJLqMgArMkGG4m2KoowblfFzk-GW98=>. (Abruf am 14.07.2023)
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2023a). Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=GRqEXBtcolqqdSAistw5ZGcJ1urIFSOCiH6EGwgWdnM=>. (Abruf am 16.10.2023)
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2023b). Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation – MIGAC. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=GRqEXBtcolqqdSAistw5ZGcJ1urIFSOCiH6EGwgWdnM=>. (Abruf am 16.10.2023)
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2023c). Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation – MERRI. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/innovation-et-recherche/l-innovation-et-la-recherche-clinique/merri>. (Abruf am 16.10.2023)
- Observatoire national de la démographie des professionnelles de santé (ONDPS) (2021a). Conférence Nationale du 26 mars 2021 Rapport et propositions. Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf. (Abruf am 14.07.2023)
- Observatoire national de la démographie des professionnelles de santé (ONDPS) (2021b). Les flux d'internes de médecine Suivi de la filiarisation 2013 – 2018. 2021 - numéro 2. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/etude_ondps_les_flux_d_internes_en_medecine_suivi_de_la_filiarisation2013-2018_droit_au_re-mords.pdf. (Abruf am 14.07.2023)
- Office national d'information sur les enseignements et les professions (Onisep) (2023). Les études de médecine. <https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine>. (Abruf am 15.10.2023)
- Pham B-N, Renker M, Saint-Lary O, Oustric S (o. J.). Rapport. Ajout d'une quatrième année au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ajout_d_une_4eme_annee_au_des_de_medecine_generale.pdf. (Abruf am 16.10.2023)
-

Roberto A (2022). La fin du numerus clausus n'aura pas d'effets avant 2035 à moins de revoir les règles de sélection en études de médecine. Publié le 19 juillet 2022. <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/la-fin-du-numerus-clausus-naura-pas-deffets-avant-2035>. (Abruf am 14.07.2023)

Safon M-O (2022). Soins de santé primaires. Les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>. (Abruf am 14.07.2023)

Sénat (2020). RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (1) par le groupe de travail sur les déserts médicaux (2). N° 282. Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 janvier 2020. <https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-2821.pdf>. (Abruf am 14.07.2023)

Abschnitt 7

Batenburg R et al. (2019). Balans in vraag en aanbod Huisartsenzorg. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL): Utrecht 2019. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Balans_in_vraag_en_aanbod_huisartsenzorg.pdf. (Abruf am 12.04.2023)

Batenburg R et al. (2023). Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken – Een actualisering voor de periode 2020-2022. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel): Utrecht 2023. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004340.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)

Brabers A, de Jong J (2019). Toekomst van de huisartsenzorg: Het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers (NIVEL): Utrecht 2019. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_toekomst_huisartsenzorg_perspectief_van_burger.pdf. (Abruf am 12.04.2023)

Centraal Bureau voor de Staistiek (CBS) (2022). Beloning van in zorg werkzame artsen; leeftijd en geslacht. 23.06.2022. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84062NED>. (Abruf am 12.04.2023)

College voor Zorgverzekeringen (2013). Pakketbeheer in de praktijk deel 3. Rapport aan de Minister van VWS. 1. Oktober 2013. <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2013/10/18/pakketbeheer-in-de-praktijk-deel-3/Pakketbeheer+in+de+Praktijk+%28deel+3%29.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)

Dankers-de Mari E et al. (2023). The influence of government policies on the nurse practitioner and physician assistant workforce in the Netherlands, 2000–2022: a multimethod approach study. *BMC Health Serv Res* 23, 580 (2023). DOI: 10.1186/s12913-023-09568-4.

de Geit E, Schäfer W, van Tuyl L, Batenburg R (2022). Inzicht in de rol en positie van doktersassistenten in Nederland in 2022 – Visie van werkgevers en leiding-

- gevenden in huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en klinieken. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL): Utrecht 2022. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004259.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- De Geneeskundestudent (DG) (2022). Onbekend maakt onbemind; lost meer bekendheid van bepaalde specialismen tekorten op? 27.07.2022. <https://degeneeskundestudent.nl/nieuws/onbekend-maakt-onbemind-lost-meer-bekendheid-van-bepaalde-specialismen-tekorten-op/>. (Abruf am 12.04.2023)
- de Vries S, Mulder J, von Rhijn L, Klaasen J (2017). Model Leerwerkplan & Profiel van de opleidingspraktijk, Versie 1.5 (2017). (im Auftrag von „Huisartsopleiding Nederland“). https://huisartsgeneeskunde-umcg.nl/system/files/bijlage_c_leerwerkplan_en_profiel_opleidingspraktijk.pdf. (Abruf am 12.04.2023)
- Frank JR, Snell L, Sherbino J (Herausgeber) (2015). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- Kaduskiewicz H, Teichert U, van den Bussche H (2018). Ursachen und Abhilfestrategien für den Mangel an Hausärzten und Amtsärzten in unterversorgten Gebieten – Eine kritische Analyse der Evidenz bezüglich der Aus- und Weiterbildung. Bundesgesundheitsblatt 61:187–189. DOI: 10.1007/s00103-017-2671-1.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2022). Herregistratie-eisen en duur herregistratie in het kort. <https://www.knmg.nl/download/infographic-herregistratie>. (Abruf am 14.03.2023)
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2017). Health Systems in Transition – The Netherlands: Health System Review 2016. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330244/HiT-18-2-2016-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. (Abruf am 14.03.2023)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LVH) (2021). Vraag en aanbod huisartsenzorg – Nu en in de nabije toekomst. <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/LHV-factsheet-vraag-en-aanbod-huisartsenzorg.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LVH) (2022). Huisartsentekorten in Nederland. <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/03/infographic-huisartsentekorten-2022.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2020). Rapportage Beschikbaarheid van (medische) vervolgoopleidingen SBOH – Kostenonderzoek 2015–2018. Juli 2020. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316248_22/1/. (Abruf am 12.04.2023)
-

- Nyst E (2022). Jonge huisartsen haken af. Medisch Contact März 2022. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/jonge-huisartsen-haken-af>. (Abruf am 12.04.2023)
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (OECD) (2017). Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2017. OECD Publishing, Paris. DOI: 10.1787/9789264285330-nl.
- Paauw S (2018). Wat ga je verdienen als je arts bent? Inkomens van artsen in Nederland. <https://www.medischcontact.nl/arts-in-spe/nieuws/ais-artikel/-wat-ga-je-verdienen-als-je-arts-bent>. (Abruf am 12.04.2023)
- Ramerman L et al. (2023). Zorg op de huisartsenpost. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022. NIVEL. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004418.pdf>. (Abruf am 08.08.2023)
- SBOH (2019). SOCIAAL JAARVERSLAG 2018 – Opleiding Huisartsen, Specialisten Ouderengeneeskunde & Artsen Verstandelijk Gehandicapten. https://www.sboh.nl/images/bestanden/Algemeen/Organisatie/sociaal_jaarverslag_SBOH_2018.pdf. (Abruf am 14.03.2023)
- SBOH (2022). Jaarbeeld SBOH: feiten en cijfers 2021. <https://jaarbeeldsboh.nl/wp-content/uploads/2022/07/SBOH-Sociaal-Jaarverslag-2021.pdf>. (Abruf am 14.03.2023)
- SBOH (2023a). Factsheet huidige instroomcijfers en beschikbare opleidingsplaatsen vervolgopleidingen buiten het ziekenhuis. April 2023. https://www.sboh.nl/images/bestanden/Algemeen/publicaties/Bijlage_1_Factsheet_huidige_instroomcijfers_en_beschikbare_opleidingsplaatsen_vervolgopleidingen_buiten_het_ziekenhuis.pdf. (Abruf am 03.07.2023)
- SBOH (2023b). Jaarsverslag 2022. <https://jaarbeeldsboh2022.nl/wp-content/uploads/2023/06/Samengevoegd-aanpassing-16-juni.pdf>. (Abruf am 03.07.2023)
- Schäfer W, Groenewegen P, van den Berg M (2016). De werkbelasting van huisartsen – Nederland in internationaal perspectief. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL): Utrecht 2016. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport_werkbelasting_huisartsen.pdf. (Abruf am 12.04.2023)
- Smits M et al. (2019). Examining differences in out-of-hours primary care use in Belgium and the Netherlands: a cross-sectional study. *Eur J Public Health*. 2019 Dec 1;29(6):1018-1024. DOI: 10.1093/eurpub/ckz083.
- Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen (Capaciteitsorgaan) (2019). Capaciteitsplan 2021–2024: Hoofdrapport Voor de medische, klinisch technologische, tandheelkundige, Geestelijke Gezondheid, Fonds Ziekenhuis Opleidingen, Physician Assistant, Verpleegkundig Specialist en aanverwante (vervolg)opleidingen. Utrecht, Desember 2019.
-

- https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2020/04/2019_12_11-Capaciteitsplan-2021-2024-Hoofdrapport-DEFINITIEF.pdf. (Abruf am 12.04.2023)
- Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen (Capaciteitsorgaan) (2022a). Capaciteitsplan 2024–2027: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde – Bijlage bij het integraal overzicht Capaciteitsplan 2024–2027. Utrecht, Desember 2022. <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde-DEF-12-januari.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen (Capaciteitsorgaan) (2022b). Capaciteitsplan 2024–2027: Deelrapport 9 Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg-Bijlage bij het integraal overzicht Capaciteitsplan 2024–2027. Utrecht, Desember 2022. <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-9-PA-VS-AGZ-DEF-12-jan-23.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen (Capaciteitsorgaan) (2022c). Capaciteitsplan 2024–2027: Integraal overzicht Bij de deelrapporten voor de raming 2024–2027. Utrecht, Desember 2022. <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Integraal-overzicht-DEF.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- Suichies H (2011). <https://www.vphuisartsen.nl/het-echte-inkomen-van-de-huisarts>. (Abruf am 12.04.2023)
- Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M (2015). Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach*. 2015;37(11):983-1002. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1060308. Epub 2015 Jul 14. PMID: 26172347.
- van Schaaijk A, Flinterman L, Geit E de, Keuper J, Vis E, Batenburg R. (2022). De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit, najaar 2021. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL): Utrecht 2022. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004153.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- van Aken E, Groen M, Sandkuyi S (2020). BEROEPSKEUZE VEEL TWIJFEL EN KEUZESTRESS ONDER GENEESKUNDESTUDENTEN. *De Geneeskundestudent*. Juli 2020. <https://degeneeskundestudent.nl/wp-content/uploads/2020/07/Onderzoeksrapport-Beroepskeuze-2.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- van Schaaijk A, Batenburg R (2022). Dit is de poh: bijna één op de vijf huisartsenpraktijken heeft zowel een poh-somatiek, poh-ouderenzorg, poh-jeugdzorg als poh-ggz. Dit soort weetjes komt naar voren uit een Nivel-enquête, TvPO: 2022, 17, S. 12–15. <https://postprint.nivel.nl/PPpp7986.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
-

- Vis E, Flinterman L, Batenburg R (2022a). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: resultaten van de peiling in 2022. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL): Utrecht 2022. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004304.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- Vis E, Flinterman L, Batenburg R (2022b). De kwaliteit van de opleiding tot huisarts in 2021 – Een onderzoek onder huisartsen in opleiding. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL): Utrecht 2022. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004127.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)
- VVD, D66, CDA und ChristenUnie (2021). Aufeinander achtgeben, die Zukunft im Blick – Koalitionsvertrag 2021–2025. 15. Dezember 2021. <https://www.government.nl/binaries/government/documenten/publications/2022/01/10/2021-2025-coalition-agreement-in-german/koalitionsvertrag-2021-2025-.pdf>. (Abruf am 12.04.2023)

Abschnitt 8

- Ärztammer Niederösterreich (ÄKNÖ). <https://www.arztnoe.at/fuer-aerzte/angestellte-aerzte/aerzte-in-ausbildung/ausbildung-zur-aerztin/-zum-arzt-fuer-allgemeinmedizin/faqs-allgemeinmedizin-ausbildung>. (Abruf am 19.12.2022)
- Ärztammer Oberösterreich (2022): Erhöhung der Gehälter der Spitalsärztinnen und Spitalsärzte. Ab 1. Jänner 2022 <https://www.aekooe.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=8164&token=3676391dbaa176a8d6d3534c53f5221376a09494>. (Abruf am 02.01.2023)
- Ärztammer Salzburg (2018): Lehrpraxis und Lehrpraxisförderung Allgemeinmedizin. Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung zur Allgemeinmedizin (05. Juli 2018). <https://www.aeksbg.at/aus-fortbildung/ausbildung/lehrpraxis>. (Abruf am 21.12.2022)
- Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) 2015. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009186>. (Abruf am 19.12.2022)
- Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. (2019). Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, 2019, 20(3): 1–288. https://jasmin.goeg.at/434/13/Das%20%C3%B6sterreichische%20Gesundheitssystem_2019.pdf. (Abruf am 16.12.2022)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2019). Das österreichische Gesundheitssystem. 3. vollständig überarbeitete Auflage, 2019. Zahlen – Daten – Fakten. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636>. (Abruf am 16.12.2022)
- Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) (2020). Vortrag an den Ministerrat: „Uni-Med-Impuls 2030“ – das Impuls-Programm zur

- Stärkung der universitären Medizin-Forschung und Ausbildung in Österreich. BMBWF. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:b532ef42-4fea-4a0b-9b54-aaa9016534f0/27_37_mrv.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) (2021). Schallenberg, Faßmann: Regierung startet Umsetzung von Med-Impuls-Programm. <https://www.bmbwf.gv.at/Ministerium/Presse/20211201.html>. (Abruf am 30.03.2023)
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Sozialministerium) (2016). Lehrpraxen und ärztliche Gruppenpraxen Kollektivvertrag. <https://www.kollektivvertrag.at/kv/lehrpraxen-und-aerztliche-gruppenpraxen-ang>. (Abruf am 21.12.2022)
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Sozialministerium) (2021). SONDERRICHTLINIE LEHRPRAXISFÖRDERUNG FÜR DEN ZEITRAUM 2022–2023. https://www.arztnoe.at/fileadmin/Data/Documents/pdfs/pdf_lehrpraxis/Sonderrichtlinie_Lehrpraxisfoerderung_2022_-_2023_BF.pdf. (02.01.2023)
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (Sozialministerium) (2022). Das Handbuch zur Gründung einer PVE. Stand September 2022. https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2022-09/20220912_Gr%C3%BCndungshandbuch_Version%20f%C3%BCr%20PPV_0.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Ettinger K (2022). Ärztemangel. Im Schnitt 150.000 Euro im Jahr für Kassenärzte. Wiener Zeitung. <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2134391-Im-Schnitt-150.000-Euro-im-Jahr-fuer-Kassenaerzte.html>. (Abruf am 30.03.2023)
- Franczukowska A, Krczal E, Braun A (2020). Primärversorgung in Österreich – Quo vadis?–Online ZFA. 11, 11(963), 467-467.
- Hofer K (2012). „Traumjob: Landarzt?“ Untersuchung zur Motivation für oder gegen die Übernahme einer Kassenstelle für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen. Soziale Sicherheit online, 2012. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844645>. (Abruf am 21.12.2022)
- Hummer M., Maier G, Stoppacher A (2021). Studie zur Abklärung von Fragen zur Quotenregelung für Medizinstudienplätze. Aktualisierung 2021. Gesundheit Österreich, Wien. https://pubshop.bmbwf.gv.at/index.php?rex_media_type=pubshop_download&rex_media_file=humanmedizin_ergebnisbericht_21.pdf. (Abruf am 16.12.2022)
- MedAT (2023). Statistik für die Aufnahmeprüfung 2023. <https://www.get-to-med.com/medizin-studieren/medat-statistiken-detailliert>. (Abruf am 30.03.2023)
-

- MedMedia (2019). Ärztemangel: Interesse an Allgemeinmedizin halbiert. <https://www.medmedia.at/relatus-med/allgemeinmedizin-das-interesse-bei-jungemedizinern-sinkt/>. (Abruf am 30.03.2023)
- Nextdoc (2023). Gehaltsvergleich: Wo verdienen junge Ärzt:innen wie viel? Beitrag vom 3. Juni 2023. <https://www.medmedia.at/nextdoc/arzt-gehalt-dach-region/>. (Abruf am 06.07.2023)
- Niendenzu S (2018). Lehrpraxis: Finanzierung steht bis 2020. <https://www.medmedia.at/nextdoc/finanzierung-der-lehrpraxen/>. (Abruf am 30.03.2023)
- Niendenzu S (2022). Facharzt Allgemein- und Familienmedizin – Beginn einer neuen Ära. In: Österreichische Ärztezeitung. <https://aerztezeitung.at/2022/oaz-artikel/aktuelles-aus-der-oeak/facharzt-allgemein-und-familienmedizin-beginn-einer-neuen-aura/>. (Abruf am 19.12.2022)
- OeAD-GmbH (o. J.). Stipendium der ÖGK für Medizinstudierende. <https://oad.at/de/oegk-stipendium> (Abruf am 30.03.2023)
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2022): Österreich: Länderprofil Gesundheit 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://read.oecd.org/10.1787/bdde3767-de?format=pdf>. (Abruf am 30.03.2023)
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2020a). 358/ 2020 Rundschreiben: Betrifft: Erratum ÖÄK-RS 222/2020 - Stufenweise Erhöhung der Lehrpraxis gemäß § 235 Abs 7 ÄrzteG 1998. https://www.aekwien.at/documents/263869/280864/%C3%96%C3%84K_RS+2020_358+Stufenweise+Erh%C3%B6hung+der+Lehrpraxis+gem+%C2%A7+235+Abs+7+%C3%84rzteG+1998.pdf/dcf3d65d-494b-9524-f737-c863e568c334?t=1660037335970. (Abruf am 30.03.2023)
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2020b). Jahresbericht 2019 gemäß § 117b (1) Z 14 ÄrzteG. <https://www.aerztekammer.at/documents/261766/417836/%C3%96%C3%84KJahresbericht-2019.pdf/e034bd93-13f5-bc15-20fa-f3535bdfcb60?t=1600339854191>. (Abruf am 21.12.2022)
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2021). Ärztestatistik für das Jahr 2020. <https://www.aerztekammer.at/statistik-2020>. (Abruf am 21.12.2022)
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2022a). Ärztestatistik für das Jahr 2021. <https://www.aerztekammer.at/statistik-2021>. (Abruf am 21.12.2022)
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2022b). Jahresbericht 2021 gemäß § 117b (1) Z 14 ÄrzteG. <https://www.aerztekammer.at/documents/261766/417836/%C3%96%C3%84K+Jahresbericht-2021.pdf/8109d7d4-8f93-b226-a67b-ad29e71dffc5?t=1649142867035>. (Abruf am 21.12.2022)
-

- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2023a). Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2022. Januar 2023. <https://www.aerztekammer.at/documents/261766/1815987/%C3%84rztestatistik+2022.pdf>. (Abruf am 30.03.2023)
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2023b). Die Situation in der niedergelassenen Versorgung spitzt sich weiter zu. Die ÖÄK ruft eine Petition zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung ins Leben. Presseinformation vom 26.01.2023: 300 offene Kassenstellen: Österreichische Ärztekammer schlägt Alarm. https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/pa-offene-kassenstellen-petition/261766?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_assetEntryId=1743789&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fpresseinformation%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_cur%3D4%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_delta%3D5%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_assetEntryId%3D1743789. (Abruf am 30.03.2023)
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK 2023c). Den jungen Ärztinnen und Ärzten müsse endlich zugehört werden, wenn es um deren Karriere- und Lebensplanung geht, fordert die Österreichische Ärztekammer. Meldung vom 16.05.2023. https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/pa-was-jungaerzte-wollen/261766?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_assetEntryId=1948256&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fpresseinformation%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_cur%3D0%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_assetEntryId%3D1948256 (Abruf am 30.05.2023)
- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) (2023a). ÖGK Gesundheitsbarometer Jahresrückblick: e-Rezept, Primärversorgung und Photovoltaik: Das war die ÖGK 2022. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.889811&portal=oegkportal>. (Abruf am 30.03.2023)
-

- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) (2023b). Innovatives Modell sichert ärztliche Versorgung: Sorglos mit der ÖGK. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.891054&portal=oegkporta> (Abruf am 30.03.2023)
- Poggenburg S, Avian A, Siebenhofer-Kroitzsch A, Berghold A, Jeitler K (2017). Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland. Eine Studie des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2017/IAMEV_BMotiv-AM_final.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Posch E (2023). Ärztekammer will mehr ärztliche Hausapotheken. Medonline. Beitrag vom 24.08.2023. <https://medonline.at/news/politik/10160590/aerztekammer-will-mehr-aerztliche-hausapotheken/>. (Abruf am 30.10.2023)
- Rabady S, Poggenburg S, Wendler M, Huter S, Fürthauer C (2018). Masterplan Allgemeinmedizin. Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Wien. https://oegam.at/system/files/images/3_langversion_offiziell_mpam_basisdok_1.01.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Rippinger C, Popper N (o. J.). Modellierung, Analyse und Szenarienrechnung zur Entwicklung der Ärzt*innenzahl in Österreich. dwh – technical solutions simulations services. https://www.aerztekammer.at/documents/261766/1105875/211007_PK+%C3%84rztemangel+Pr%C3%A4sentation.pdf/78f79ba9-323a-e353-b6dc-a99905e76a44?t=1633601676488. (Abruf am 30.03.2023)
- Scharer S, Freitag A (2015). Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. Wiener klinische Wochenschrift, 2015. 127(9-10): p. 323-329. DOI: 10.1007/s00508-015-0786-7.
- Sensor Marktforschung (2014).: Einstellung zum derzeitigen Primärversorgungssystem, Gruppendiskussion mit MedizinstudentInnen. Wien 2014. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714825&version=1414058399>. (Abruf am 21.12.2022)
- Sönnichsen A, de la Cruz Gomez Pellin M (2018). Österreichische Qualitätsinitiative Allgemeinmedizin (ÖQAM). Ein Konzept zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.741079&version=1606989207>. (Abruf am 02.01.2023)
- Statistik Austria (2019). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Oesterreichische-Gesundheitsbefragung2019-Annex.pdf>. (Abruf am 30.03.2023)
-

Statistik Austria (2023). Einrichtungen und Personal im Gesundheitswesen. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesund-heit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/einrichtungen-und-personal-im-gesundheitswesen>: https://www.statistik.at/fileadmin/pages/385/Personal_in_Krankenanstalten_2021.ods. (Abruf am 30.03.2023)

Stigler F, Jeitler K, Schirgi J, Semlitsch T, Zipp C, Siebenhofer-Kroitzsch A (2017): Prävention eines allgemeinmedizinischen Landärztemangels (Bericht)Graz. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2017/IAMEV_Praevention-AM-Landaerztemangel_final.pdf. (Abruf am 30.03.2023)

Abschnitt 9

Bauer W, Spycher S, Hodel M, Shokry S, Wyss N (2018). Bericht der Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“. September 2018. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung/bericht-themengruppe-koordination-aerztl.-weiterbildung.pdf.download.pdf/Bericht%20der%20Themengruppe%20Koordination%20der%20C3%A4rztlichen%20Weiterbildung.pdf>. (Abruf am 30.03.2023)

Berchtold P, Schmitz C, Zwahlen M (2019). Dauer der ärztlichen Weiterbildung: Untersuchung über die Gründe der Abweichungen von der Mindestdauer zum Erwerb des ersten Facharztstitels. College M Bern. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung/studie-dauer-der-aerztl-weiterbildung.pdf.download.pdf/Studie%20C2%ABDauer%20der%20C3%A4rztlichen%20Weiterbildung%C2%BB_college%20M%202019.pdf. (Abruf am 30.03.2023)

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2016). Gesamtsicht Aus- und Weiterbildung Medizin im System der Gesundheitsversorgung: Gemeinsamer Bericht WBF/EDI. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/gesamtsicht-aus-weiterbildung-med.pdf.download.pdf/gesamtsicht-aus-weiterbildung-med.pdf>. (Abruf am 30.03.2023)

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2016 bis 2022). Statistiken Ärztinnen und Ärzte für die Jahre 2015 bis 2021. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aerztinnen-aerzte.html>. (Abruf am 30.03.23)

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2017). Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung: Änderung per 1. Januar 2018. Schweizer Eidgenossenschaft. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/rev-tarifstruktur-in-der>

- krankenversicherung/inhalt-und-kommentar-vom-18-oktober-2017.pdf/download.pdf/Inhalt%20und%20Kommentar%20vom%2018%2010%2017_DE.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2020a). Faktenblatt: Erstberatungsstelle. Schweizer Eidgenossenschaft. <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/62428.pdf>. (Abruf am 30.03.2023)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2023). Revision des ambulanten Arzttarifs. Schweizer Eidgenossenschaft. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/revision-tarif-ambulante-aerztliche-leistungen.html>. (Abruf am 30.03.2023)
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) (2020). Verwaltung des Gesundheitssystems. <https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/verwaltung-der-sozialen-sicherheit/die-verwaltung-des-gesundheitssystems>. (Abruf am 30.03.2023)
- Burla L, Widmer M, Zeltner C (2022). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie.: Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Obsan Bericht 04/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Obsan_04_2022_BERICHT.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Clausen F & Klinke G-P (2021). Einkommen der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte in Arztpraxen im Jahr 2019 Statistik der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/19704726/master>. (Abruf am 30.03.2023)
- Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2016). Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven. OBSAN Bulletin 11.2016. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2016-11_d.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Der Bundesrat, Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2020b). Bundesrat beschliesst weitere Massnahmen gegen steigende Gesundheitskosten. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-80111.html>. (Abruf am 30.03.2023)
- Diallo B, Rozsnyai Z, Bachofner M, Maisonneuve H, Moser-Bucher C, Mueller YK, Scherz N, Martin S, Streit S* (2019). Wer strebt am Ende des Medizinstudiums eine Hausärztekariere an? Umfrage unter Schweizer Studierenden. *Praxis*. 2019; 108 (12): 779–786. DOI: 10.1024/1661-8157/a003300.
- FMH-Generalsekretariat (2022). Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Sektoren. Stand per 31.12.2022. <https://aerztestatistik.fmh.ch/>. (Abruf am 30.03.2023)
-

- Gaspoz J-M, Häfliger Berger B, Héritier F, Aujesky D, Capaul R, Providoli R, Troncone D, Zogg F (2018). Nachwuchsförderungsprojekt SGAİM. Allgemeine Innere Medizin: Nachwuchs ins Zentrum gerückt. Schweiz Ärzteztg. 2018;99(10):300-302. DOI: 10.4414/saez.2018.06512.
- Gerber T, Zeller A, Häuptle C, Denti F, Graf S, Merlo C, Pasche O, Rodondi N, Rosemann T, Senn N, Sommer J (2022). Weiterbildung in der Hausarztmedizin. Praxisassistenten in der Schweiz: eine Übersicht in den Kantonen. Prim Hosp Care Allg Inn Med. 2022;22(11):331-334. DOI: 10.4414/phc-d.2022.10571
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (Kanton Bern) (2022). Ärztliche Weiterbildung. Informationen zur Weiterbildungsverpflichtung. Stand November 2022. <https://www.gsi.be.ch/content/dam/gsi/dokumente-bilder/de/dienstleistungen/berufe/weiterbildung/informationen-weiterbildungsverpflichtung.pdf>. (Abruf am 30.03.2023)
- H+ (2023). Die Spitäler der Schweiz (). H+ Spital- und Klinik-Monitor. Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends der Branche. 02.11.2023. <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor?type=1534744687>. (Abruf am 6.11.2023)
- Häuptle C, Erlach M (2019). Weiterbildung in Hausarztmedizin: Praxisassistenten und Curriculaweiterbildung (Rotationsstellen) in der Schweiz. Praxis (2019), 108, pp. 63-72. DOI: 10.1024/1661-8157/a003194.
- Hostettler S, Kraft E (2023). FMH-Ärzttestatistik 2022. Schweizerische Ärztezeitung. 2023;104(12):24–29. <https://www.fmh.ch/files/pdf29/1162604427-de-fmh-aerzttestatistik-5.pdf>. (Abruf am 27.07.2023)
- Hügli S (2020). Haus- und Kinderärzte sind erste Anlaufstelle! <https://www.mfe-standpunkte.ch/de/ausgabe/ausgabe-22020--43/artikel/haus-und-kinderaerzte-sind-erste-anlaufstelle--75>. (Abruf am 30.03.2023)
- Hügli S, Rielle Y (2022). Prämienanstieg 2023. Haus- und Kinderärztinnen: unverändert kostengünstig. Standpunkte. Online-Magazin von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz. Ausgabe 2/2022. <https://www.mfe-standpunkte.ch/de/ausgabe/ausgabe-22022--48/artikel/haus-und-kinderaerztinnen-unveraendert-kostenguenstig--118>. (Abruf am 30.03.2023)
- Joye D, Lemel Y, Wolf C (2023). Das Ansehen von Berufen in der Schweiz. Social Change in Switzerland, N°33. DOI: 10.22019/SC-2023-00002.
- Kanton Nidwalden (2022). Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen. Bericht an den Landrat. Bericht Regierungsrat vom 3. Mai 2022. https://www.nw.ch/_docn/307759/02_Bericht_RR_Vereinbarung_Finanzierung_aerztliche_Weiterbildung.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Maier J (o. J.). Facharztausbildung in der Schweiz. <https://www.praktischerarzt.ch/arzt/facharztausbildung-in-der-schweiz/>. (Abruf am 30.03.2023)
-

- Oeschger C (2023). Fahrplan zur TARMED-Ablösung steht. Schweiz Ärztezg. 2023;103(06):28-31. DOI: 10.4414/saez.2023.21491.
- Pahud O (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich: Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_15_2019_bericht-korr-mai2020.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Pahud O, Dorn M (2023). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-02/Obsan_01_2023_BERICHT.pdf. (Abruf am 26.07.2023)
- Rüefli C, Huegli E, Berner D (2016). Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bern: Büro Vatter. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/rapports-de-recherche/umsetzung-art-55a-kteBuero-Vatter.pdf.download.pdf/2016.pdf>. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerischer Bundesrat (2008). Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)- Änderung vom 22. Oktober 2008 [AS 2008 5105]. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2008/709/de>. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizer Bundesversammlung (2011). Botschaft zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» vom 16. September 2011: [BBl 2011 7553]. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2011/1253/de>. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizer Bundesversammlung (2014). Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung (Direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»): [AS 2014 2769]. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2014/476/de>. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) (2020). Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. DOI: 10.5281/zenodo.3635309.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2014). Erläuternder Bericht. Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung
-

- WFV) vom 20. November 2014. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/medizinalberufe/aerztliche_weiterbildung/bt_wfv_plenar_beitrv_20141120_d.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2023). Tabelle der von den Kantonen als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge (Beitritte bis 24.9.2022), Datengrundlage 2020. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/medizinalberufe/aerztliche_weiterbildung/Tabelle_Ausgleichszahlungen_2023_d.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerischer Bundesrat (2013). Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: [SR 832.103]. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/471/de>. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (2013). Praktischer Arzt / Praktische Ärztin – Weiterbildungsprogramm vom 1. Juni 2002 (letzte Revision: 5. Dezember 2013). https://www.siwf.ch/files/pdf18/praktischer_arzt_version_internet_d.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (2017a). Koordination der ärztlichen Weiterbildung. Positionspapier. Stand vom 6. Januar 2017. https://www.siwf.ch/files/pdf22/koordination-der-aerztlichen-weiterbildung_positionspapier-siwf.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (2017b). Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Positionspapier. Stand vom 6. Januar 2017. https://www.siwf.ch/files/pdf22/finanzierung-der-aerztlichen-weiterbildung_positionspapier-siwf.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (2022a). Fachärztin oder Facharzt für Allgemeine Innere Medizin: Curriculum Hausärztin/Hausarzt. Curriculum Spitalinternistin/Spitalinternist. Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2022. https://www.siwf.ch/files/pdf21/aim_version_internet_d.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (2022b). Anhang 1 Einleitung zum Lernzielkatalog Allgemeine Innere Medizin. https://siwf.ch/files/pdf16/aim_anhang_1_d.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (2022c). Was ist unter strukturierter Weiterbildung zu verstehen? https://www.siwf.ch/files/pdf18/strukt_wb_d.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (2022d). Weiterbildungsordnung (WBO): 21. Juni 2000 (letzte Revision: 23. Juni 2022). https://www.siwf.ch/files/pdf7/wbo_d.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
-

- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) (o. J.). Sonderprogramm Humanmedizin. <https://www.sbf.admin.ch/sbf/de/home/hs/hochschulen/hochschulpolitische-themen/sonderprogramm-humanmedizin.html>. (Abruf am 30.03.2023)
- Stierli R, Rozsnyai Z, Felber R, Jörg R, Kraft E, Exadaktylos A K, Streit S (2021). Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025 – a cross-sectional study for the Canton of Bern. *Swiss Medical Weekly*, 151(3536), w30024. DOI: 10.4414/smw.2021.w30024.
- Streit S, Aujesky D, Perrig M, Rodoni N (2018). Das Berner Curriculum für Allgemeine Innere Medizin. *Schweiz Ärztztg.* 2018;99(21):649-651. DOI: 10.4414/saez.2018.06704.
- Studerus L, Ahrens R, Häuptle C, Goeldlin A, Streit S (2018). Optional part-time and longer GP training modules in GP practices associated with more trainees becoming GPs – a cohort study in Switzerland. *BMC Fam Pract* 19, 5 (2018). DOI: 10.1186/s12875-017-0706-1.
- swissuniversities (2018). Aufnahmekapazitäten für medizinische Studiengänge 2019/2020. https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Lehre/Medizin/Aufnahmekapazitaeten_2019_2020.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- swissuniversities (2022a). Aufnahmekapazitäten für medizinische Studiengänge 2023/2024. https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Lehre/Medizin/220831_Medizin_Kapazitaeten_23_24_def.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- swissuniversities (2022b). Anmeldung und Zulassung zum Medizinstudium – Durchführung des Selektionsverfahrens 2022: Mantelbericht swissuniversities zuhanden der Schweizerischen Hochschulkonferenz. https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Lehre/Medizin/2022_swissuniversities_Mantelbericht_d_Zulassungsverfahren_Medizin_ZTD_Bericht_EMS.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- swissuniversities (2023). Anmeldezahlen zum Medizinstudium 2023. https://www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Lehre/Medizin/230216_Anmeldezahlen_de.pdf. (Abruf am 30.03.2023)
- Tandjung R, Hanhart A, Bärtschi F, Keller R, Steinhauer A, Rosemann T, Senn O (2015). Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. *Swiss Med Wkly.* 2015;145:w14244. DOI: doi.org/10.4414/smw.2015.14244.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

